



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

FACULTAD DE MEDICINA
CAMPO DE CONOCIMIENTO ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE
MUJERES ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN UN HOSPITAL FEDERAL DE
ESPECIALIDAD

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS

PRESENTA:

SERGIO RAMÓN LEMUS ALCÁNTARA

DRA. ALICIA HAMUI SUTTON
FACULTAD DE MEDICINA

DR. ALFREDO PAULO MAYA
DEPARTAMENTO DE HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA
DR. GILBERTO HERNÁNDEZ ZINZÚN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO DE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

En la academia destaca la obra de hombres y mujeres que se distinguen por su empeño que da forma a magníficas producciones teóricas y metodológicas. La mayoría con el genuino interés de aportar algo e incidir, mejorar, algún aspecto de nuestra realidad, entendida en el sentido más amplio. El reconocimiento que obtienen después de la ardua labor, no necesariamente es el más merecido. Sin embargo, parto de una profunda enseñanza para dar orden a este tópico toral. Leemos en la epístola a los Romanos 13:7: *Pagad a todos lo que debéis: al que tributo, tributo; al que impuesto, impuesto; al que respeto, respeto; al que honra, honra.* Atendiendo a ese orden, mi deuda prístina es con Dios. Para muchos, figura religiosa, ícono de una creencia, otros lo entienden como tradición. Quien piensa así, es porque aún no le conoce. Para mí ÉL es **EL QUE ES**, y no hay lugar más seguro, más sólido, más firme, que habitar bajo su sombra.

DIOS es fuente de sabiduría, profunda sabiduría, erramos cuando afirmamos que se opone al conocimiento, prefiere la ignorancia, o que está enclaustrado en las religiones y el misticismo. También nos equivocamos al pensar que hay temas que no le competen o interesan, aspectos de la vida que no entiende o lo rebasan como si hubiera algo que no conociera. Nada hay oculto para ÉL, ni siquiera los tópicos que nos pudieran parecer más vergonzosos. En su sabiduría encuentro el mejor marco de reflexión, análisis y guía en lo individual y colectivo. ÉL es Autor vivo de su Palabra y a la fecha la sostiene con poder y autoridad. Como privilegiado estudioso de la misma doy testimonio de ello, por eso, como deudor suyo le dedico el primer agradecimiento a mi Señor y Padre.

El proyecto se construyó con distintos encuentros y apoyos. El ánimo de Martha, mi compañera de vida, fue vital. Su voz y compromiso concreto estuvieron siempre presentes. Tuve el apoyo, la participación de mis hijos, Irak, Daniela y Helena en distintas actividades. Les estoy muy agradecido.

Mi más sincero agradecimiento a la Dra. Alicia Hamui Sutton, Liz de cariño, por su enorme compromiso al dar seguimiento puntual a cada una de las fases de este proyecto. Los encuentros, el diálogo, igual que las divergencias teóricas,

contribuyeron a hacer más sólido y dar sentido a este trabajo. Es indiscutible su invaluable profesionalismo con el cual me asesoró y en ese proceso la confianza y generosidad al invitarme a sus proyectos.

Al Dr. Alfredo Paulo Maya, quien como académico, intelectual y amigo, se destaca por ser de “altos vuelos”. Tuve el beneficio de conocer su congruencia entre lo que enseña y él mismo practica con sólido compromiso. Asimismo, su generosidad para compartir sus proyectos. Sinceramente, me he visto muy enriquecido por sus aportaciones, reflexividad y sentido crítico. Gracias Doc.

Al Dr. Gilberto Hernández Zinzún un verdadero privilegio contar con él en el posgrado. Su interés, apertura y enorme compromiso, contribuyeron enormemente a mi formación. Su sólida experiencia y producción académica elevan el nivel de la academia. Le agradezco por compartir su conocimiento, trabajo y el ánimo para dialogar, debatir, un gran mentor.

Mi agradecimiento no estaría completo si dejo de mencionar al Dr. Ilario Rossi Batista, lamento su partida. Expreso mi agradecimiento a su compromiso con la enseñanza, su disposición y apertura para el diálogo, siempre accesible y sencillo.

A lo largo del camino también encontré buenas compañeras que llegaron a ser amigas, gracias estima Dra. Jessica Rojas González, te distingue tu apertura para compartir y colaborar. Dos cualidades en peligro de extinción, pero bien reivindicadas por ti.

A los compañeros de trabajo que contribuyeron en distintos momentos y tramos, tomando mi causa para generar las facilidades laborales. De otra forma, este proyecto no se habría realizado. Gracias a la Lic. Yolanda Elizalde por su gestión desde el Sindicato Seccional y generar el enlace con el Mtro. Juan Ocaña Torres, quien tomó mi caso con enorme compromiso y desde la Comisión Nacional Mixta de Capacitación presentó argumentos a favor. Su basto conocimiento y convicción sobre los derechos de los trabajadores fue fundamental. Conocí a su equipo de trabajo igualmente comprometido. No puedo dejar de mencionar al C. Juan Manuel Campos, otro compañero comprometido y profesional. A cada uno mi sincero agradecimiento.

A los compañeros y compañeras trabajadoras que tuvieron disposición y confianza para prestarme su voz y compartir su *hacer*, ambos de enorme valor para mi proyecto. Fue parte consustancial para entender la compleja realidad de la atención a la salud. Su conocimiento, experiencia y apertura me permitieron articular teoría y método.

A las mujeres adolescentes que mediante su narrativa “abrieron una ventana” hacia su realidad social, tal como escribiera la Dra. Liz. Agradezco su confianza para decir <<algo>> de su biografía. Sus historias me ayudaron a profundizar y precisar lo humano y lo social en el proceso de atención.

En respuesta a ello mi agradecimiento no queda en palabras, tengo la firme convicción de contribuir para mejorar condiciones más favorables, tangibles, en la concreción del proceso de atención a la salud. Encontré en la Antropología de la Salud, el campo más fértil para lograr la consiliencia Psicología, construí y propuse un modelo de atención para ese grupo etario. Es importante hacer visible quiénes son y de qué enferman para poder brindarles opciones de atención. De esta forma hago énfasis en la importancia de las instituciones educativas como la UNAM y el CONACYT cuyo respaldo a los programas de posgrado hacen posible que iniciativas y propuestas se hagan realidad, transformándose en acciones concretas.

| | |
|--------------------------|----------|
| LISTA DE ESQUEMAS | 1 |
|--------------------------|----------|

| | |
|------------------------------|----------|
| LISTA DE ABREVIATURAS | 1 |
|------------------------------|----------|

| | |
|----------------|----------|
| RESUMEN | 2 |
|----------------|----------|

| | |
|---------------------|----------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
|---------------------|----------|

| | |
|---|----------|
| CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN | 9 |
|---|----------|

| | |
|---|-----------|
| 1.1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN | 10 |
|---|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 1.1.2 DE LOS SUJETOS Y LOS OBJETOS EN EL PAS | 18 |
|---|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 1.1.3 LOS TRABAJADORES DE LA SALUD (TDS) | 21 |
|---|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 1.1.4 LAS PACIENTES, MUJERES ADOLESCENTES EMBARAZADAS (MAE). BREVE CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL | 27 |
|---|-----------|

| | |
|--|-----------|
| 1.1.5 LA FAMILIA Y SUS RELACIONES EN EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA | 33 |
|--|-----------|

| | |
|--|-----------|
| 1.2 CONSTRUCCIÓN TEÓRICA METODOLÓGICA DEL OBJETO DE ESTUDIO | 35 |
|--|-----------|

| | |
|--|-----------|
| 1.2.1 ATENCIÓN INSTITUCIONAL (AIN), CONTEXTO CLÍNICO (CCL) Y PROCESO DE ATENCIÓN A LA SALUD (PAS) | 39 |
|--|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 1.2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 42 |
|---|-----------|

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 1.3.4 LA NARRATIVA EN EL PAS | 49 |
|-------------------------------------|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 1.2.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN | 56 |
|---|-----------|

| | |
|--|-----------|
| 1.2.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 56 |
|--|-----------|

| | |
|------------------------|-----------|
| 1.3 METODOLOGÍA | 57 |
|------------------------|-----------|

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 1.3.1 APROXIMACIÓN AL CAMPO | 57 |
|------------------------------------|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 1.3.2 LA ETNOGRAFÍA EN EL CONTEXTO CLÍNICO. CONDICIONES DE LA ESTANCIA | 62 |
|---|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 1.3.3 LOS INSTRUMENTOS DE REGISTRO Y OBSERVACIÓN | 69 |
|---|-----------|

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO. NECESIDADES CONCRETAS Y SALUD INSTITUCIONALIZADA | 75 |
|--|-----------|

| | |
|--|-----------|
| 2.1 LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD | 75 |
|--|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 2.2 DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD, A LA TENCIÓN INSTITUCIONAL (AIN) | 81 |
|---|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 2.3 LA ADOLESCENCIA COMO INSTITUCIÓN | 91 |
|---|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 2.4 LOS RIESGOS DE VIVIR LA ADOLESCENCIA | 96 |
|---|-----------|

| | |
|--|------------|
| 2.5 LAS (IN)CERTIDUMBRES INSTITUCIONALES EN LA ADOLESCENCIA | 101 |
|--|------------|

CAPÍTULO 3. LA (IN)DECISIÓN DE EMBARAZARSE. CARACTERÍSTICAS DE LA <<POBLACIÓN ABIERTA>> **106**

| | |
|--|------------|
| 3.1 LA TRAYECTORIA EN LA ATENCIÓN FAMILIAR DEL EMBARAZO. “UNO LES DICE QUE NO VAYAN A SALIR CON LA PANSA Y MIRE DÓNDE ESTAMOS”. | 106 |
| 3.2 EDUCACIÓN INSTITUCIONAL, RUTA INCIERTA EN LA TRANSICIÓN ADOLESCENTE. “NUNCA FUI DE LAS NIÑAS DE DIEZ NI DEL CUADRO DE HONOR”. | 110 |
| 3.3 RELACIONES DE ¿PAREJA? “YO NO ESPERABA QUE REACCIONARA ASÍ”. | 113 |
| 3.4 EL TRABAJO COMO ACTIVIDAD INCIERTA Y PRECARIA. “AHORA SÍ LE TENGO QUE CHINGAR PORQUE YA MI MAMÁ NO ME VA A APOYAR”. | 117 |
| 3.5 EL DILEMA ENTRE EL DERECHO A EJERCER LA SEXUALIDAD Y LA MATERNIDAD (IN)ESPERADA. “ES QUE DEVERAS YO NO QUERÍA TENER UN BEBÉ”. | 123 |

CAPÍTULO 4. LA CONCRECIÓN DEL PAS. APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LA RAIGAMBRE SOCIOCULTURAL DE LA AIN **139**

| | |
|--|------------|
| 4.1 EL HEGO COMO CENTRO SOCIOCULTURAL DE LA ATENCIÓN | 139 |
| 4.1.2 UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y ACCESO. | 140 |
| 4.1.3 LAS DINÁMICAS SOCIALES EN TORNO AL HEGO | 144 |
| 4.2 ITINERARIO DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL | 152 |
| 4.3 ¿DERECHO A LA SALUD? EL ACCESO Y LA ATENCIÓN EN URGENCIAS. “AL MENOS AQUÍ SÍ ME ACEPTARON, YA NO TENÍAMOS QUE BUSCAR OTRO”. | 155 |
| 4.4 CONDICIONES MATERIALES DE LA AIN. “MI’JA, TE VAS A QUEDAR” | 172 |
| 4.5 EXIGENCIAS Y TERRITORIALIDADES LABORALES. “DOCTOR, NO LE INFORMÓ A LA PACIENTE” | 181 |

CAPÍTULO 5. LA ATENCIÓN DEL PARTO. CLÍMAX DE LA CONCRECIÓN **189**

| | |
|--|------------|
| 5.1 LA CONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA | 189 |
| 5.2 ENTRE EXPECTATIVAS Y TRABAJO TÉCNICO. “ENFERMERA DEL AMOR”. | 197 |
| 5.3 LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE RECUPERACIÓN DE LA UTQ. “PERO UNO LES DICE Y NO HACEN CASO” | 215 |

CAPÍTULO 6. RECTA FINAL DE LA AIN. EL EGRESO DISÍMBOLO **226**

6.1 ESTANCIA Y EGRESO, ENTRE SATISFACCIÓN, TENSIONES Y CONFLICTO. “NO DEPENDE DE MÍ, POR ESO SE LES DA LA INFORMACIÓN”. **226**

6.2 EL INGRESO A ALOJAMIENTO CONJUNTO **228**

6.3 EL PASE DE VISITA MÉDICA. “SÍ, SÉ QUE LE DUELE, YA TIENE ANALGÉSICO, ESTO ES ASÍ” **232**

6.4 MULTIDIRECCIONALIDAD EN EL PAS. “NO LE DIGAS QUE NO TIENES JABÓN PORQUE TE VA A AVENTAR SU LETANÍA” **248**

6.5 LAS TENSIONES EN EL EGRESO. “NO DEPENDE DE MÍ SEÑORA, POR ESO SE LES DA LA INFORMACIÓN DESDE QUE LA PACIENTE SE HOSPITALIZA” **253**

CAPÍTULO 7. **263**

CONCLUSIONES **263**

BIBLIOGRAFÍA **277**

Lista de esquemas

| | |
|---|-----|
| 1. Itinerario de la atención institucional del parto en el HEGO | 67 |
| 2. Interrelaciones en el CCL | 153 |
| 3. Concreción del PAS en el HEGO (ingreso, sala de espera, triage y UTQ) | 156 |
| 4. Itinerario de la AIN en la UTQ | 197 |
| 5. Tramo final del itinerario de la AIN (alojamiento, sala de espera 2º piso, egreso) | 228 |
| 6. Dimensiones de la AIN | 264 |
| 7. Dialéctica de la AIN. Ejes articuladores | 265 |

Lista de abreviaturas

| | |
|--------------|--|
| AIN | Atención institucional |
| CCL | Contexto clínico |
| PAS | Proceso de atención a la salud |
| UTQ | Unidad tocoquirúrgica |
| TDS | Trabajadores de la salud |
| MAE | Mujeres adolescentes embarazadas |
| Fa | Familiares |
| EPi | Enfermera de piso |
| EdL | Enfermera de labor |
| Ecu | Enfermera de cubículo |
| EE | Estudiante de enfermería |
| MAds | Médico adscrito ginecoobstetra |
| MR (1,2,3,4) | Médico residente de la especialidad de ginecología y obstetricia |
| MIP | Médico interno de pregrado |
| AN | Médico anesitólogo |
| RAN | Médico residente de anestesiología |
| NE | Médico neonatólogo |
| MP | Médico pediatra |
| C | Cobrador de caja |
| CC | Contacto ciudadano |
| AC | Archivo clínico |
| Aux | Auxiliar Administrativo |
| TS | Trabajadora social |
| TL | Trabajador/a de limpieza |
| Cam | Camillero |
| OV | Oficial de vigilancia |

Resumen

El eje del documento es la atención, actividad toral del sistema nacional de salud. Sigue dos grandes vertientes, el desarrollo nacional y cumplir compromisos internacionales. En ese contexto, la atención debe entenderse como algo local y global. En el primero, su configuración representa la rectoría del Estado a través de lo normativo, para ello utiliza distintos dispositivos técnico-operativos. Tales regulaciones le sirven para responder a sus compromisos internacionales. Esto implica que la atención de las necesidades concretas de la población en materia de salud, tenga fuerte carga ideológica y esté alineada a la dinámica político-económico. Así, la atención a la salud se torna en realidad poliédrica que convoca a múltiples disciplinas empeñadas en estudiar la *realidad social*.

En la investigación ambos niveles son consustanciales porque permitieron construir el objeto de estudio y dieron solidez al trabajo en el nivel micro, el de la concreción, pues las políticas y los discursos en torno a la salud, así como la organización y funcionamiento del sistema, influyen, modelan, limitan, garantizan y brindan la atención a millones de personas en México. No es asunto de bordes tan definidos como se presenta desde el ámbito político, incluso académico. Tampoco se reduce a relaciones binarias como poder-sumisión o médico-paciente, son parte de un entramado más complejo.

Partimos del enfoque de la antropología de la salud para construir una aproximación crítica que nos permitiera indagar, analizar, reflexionar y discutir cómo se concreta la atención. En la inteligencia de que se trata de un sistema, es decir, una serie de relaciones con tensiones, conflictos, desencuentros, distanciamientos, y no son excluyentes de la colaboración, apoyo y compromiso. Los sujetos se encuentran en una misma estructura, allende lo administrativo, se posicionan *in vivo* en la relación con el otro mediante su praxis humana. Entonces, el proceso de atención no se reduce a relaciones causales, ni a ejecuciones técnico-científicas, implica directa y abiertamente a los sujetos en sus dimensiones social, histórica, cognitiva, política, intersubjetiva, humana, biológica.

Introducción

Necesitamos trazar algunas coordenadas conceptuales para fijar el tema. En este punto es inevitable recurrir a algunas discusiones que han demandado ríos de tinta y montañas de papel. Hecho que desvela la importancia del tema, sus múltiples caras y aristas, asimismo, las imbricadas relaciones que conectan distintos ámbitos y hacen permeables sus fronteras, convocando distintos campos de conocimiento. Condición que guía hacia la apertura al diálogo para descifrar ese sistema, configurado por la salud, la enfermedad, las necesidades concretas, los procesos histórico-sociales de la atención.

La salud es un objeto difícil de aprehender, sin exageración es un campo abierto, extenso en términos de las inquietudes, intereses y reflexiones que genera. Escapa al genuino propósito holista que intenta abordarla en su sentido más amplio y completo. Parte de esas dificultades es porque a la fecha no ha sido posible domesticarla desde la academia y a los esfuerzos del conocimiento especializado que celebra reuniones cumbres, en las cuales son objeto de reflexiones retrospectivas y prospectivas (Organización Panamericana de la Salud, 2019). La definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud no cumple con los cánones del concepto, amén del trabajo de Hartman (1964), permanece en la periferia de las ideas¹.

La discusión guiada por Álvarez (2019) desvela las dificultades vigentes en torno a la definición de la salud, ¿cuáles son los criterios que deben incluirse? O bien, ¿qué justificaría integrar esos y no otros? Es interesante la propuesta que retoma de Diego Gracia y plantea la salud como un valor en sí. El planteamiento es por demás atractivo porque se aproxima más a la realidad social, al tiempo que se aleja de los marcados límites biológicos. Sin embargo, no podemos soslayar la interrogante sobre el concepto, ¿tiene propiedades o atributos que permitan su traducción operativa? Concretamente hablamos de la atención. Prácticamente dos décadas atrás, Ortiz Quezada (2004) escribió sus disquisiciones en torno a la

¹ No es tarea fácil definir el concepto, encontramos posturas antagónicas, unas que fijan los criterios de exigencia afirmando que debe mantenerse lo más cerrado posible, pues es el camino que da mayor claridad y otras que sostienen una necesaria condición de apertura y flexibilidad.

definición de la salud y las posibles dificultades operativas que cruzan el asunto. Por ejemplo, cuando se dice que la salud es el completo estado de bienestar, no hay parametría para mostrarlo, tampoco cuantificar el daño causado por la enfermedad. Sin embargo, Boixareu (2016:77-84) analiza las ventajas, desventajas y riesgos de la propuesta del organismo internacional. La definición introducida por la OMS tiene sus bondades, el estatus del cual goza le permitió marcar los derroteros para la atención, tácitamente introdujo la obligatoriedad para los Estados miembro a reflejar esos grandes postulados en las políticas locales. No obstante, como veremos en el desarrollo del trabajo, es un punto neural para evitar el riesgo de asumir que la globalidad del discurso es la única directriz para la confección de políticas públicas, sobre todo, su llana traducción en la operatividad.

Con el propósito de profundizar en este aspecto, lo instituido y lo institucional, partí de la teoría crítica y de los planteamientos de Castoriadis (2013) en el campo histórico-social porque permiten establecer diálogo entre distintos campos de conocimiento, filosofía, ciencias sociales y naturales que se han ocupado de la salud. A veces, con aportaciones en sentido amplio, otras de forma muy específica, como lo son las especialidades médicas. Sin soslayar el desgaste o sobreuso de algunos conceptos clave: construcción social, sociocultural, realidad social, imaginario social. El problema no radica en los conceptos, *per se*, sino en su polisemia y uso cotidiano dada su disponibilidad en el lenguaje, su función como mediadores de las relaciones y la experiencia. No hay regla efectiva para restringir su uso con varios sentidos y propósitos. No pretendo buscar cuál es correcto y cuál yerra, sino cómo éstos se encuentran y construyen nuevos sentidos y significados en el contexto clínico.

Los problemas en torno a la salud no se inscriben sólo en el campo teórico, están engarzados a la vida misma, *por ende*, adquieren niveles de complejidad distintos porque en una sociedad organizada por instituciones, es sumamente difícil mantener bordes tan claros en términos de lo conceptual, las facultades o competencias, nos aleja de la realidad social. Kosick (1976) advirtió que hay fenómenos que no se muestran de manera directa al humano, para aprehenderlos es necesario hacer algunos rodeos, para ello propone el concepto de praxis

humana. Resulta *ad hoc* para el desarrollo de esta investigación a fin de resolver dos problemas fundamentales que históricamente se han construido.

En el ánimo de entender lo que hacemos para atender la salud, dicho en sentido amplio, históricamente hemos explorados varias vías, algunas han adquirido un estatus concluyente, por ejemplo, separar la atención de la cotidianidad como la plantea Kosick (1976), permeada por el hacer del hombre y expresa su biografía, historia, conocimiento, experiencia, subjetividad. Elementos centrales que quedan desdibujados en la formalidad de una realidad social organizada que todavía apela a la propuesta organicista de Durkheim (Díaz Polanco, 1997). Sin embargo, al reflexionar, desde el materialismo histórico, en ese espacio y encuentro, no pocas veces sacralizado, no hay forma de mantener esas distancias tan nítidas que conducen a la idea de unos sujetos detentores del conocimiento, *por ende*, afines al poder que definen relaciones de dominio y hegemonía sobre otros sujetos anulados en su totalidad (Foucault, 2001).

Es el argumento más popular en muchos estudios antropológicos y sociológicos que pierden de vista la configuración del sistema, hablo de su estructura, organización, por supuesto, funcionamiento en distintos niveles, macro, meso y micro. Esto obliga a establecer puntos de referencia que disloca la clínica como espacio del conocimiento especializado con su bina relacional médico-paciente, de la cual se desprenden otros objetos, construidos para dar cuenta de fenómenos como la comunicación médico-paciente. Los alcances han sido vastos, abrieron paso a la influencia filosófica de la corriente fenomenológica, sin embargo, muchas veces acaba por ser un cajón de sastre porque se trabaja con cierto desparpajo. Los planteamientos parten de certezas poco claras o poco discutidas que, establecen relaciones espurias, al entrar en la idea de que todos los abordajes sociales tienen algo fenoménico. Por supuesto, es responsabilidad y facultad de cada autor fundamentarlo, rechazarlo o trazar los límites necesarios.

El trabajo que el lector revisa, está orientado por el materialismo histórico, sin sugerir superioridad teórica a otras propuestas, sino por el interés centrado en el sujeto concreto y la concreción de la atención a la salud. Esto no me lleva a recusar tópicos abordados por la psicología o el psicoanálisis, identidad o consciencia,

porque en algún punto del diálogo con *los otros* se presentaron, pero quedaron plasmados como parte del imaginario social porque no se trata de construcciones puramente personales, dan cuenta de las circunstancias vitales. Entonces, más que enclaustrarlos en un fenómeno psíquico, los propongo como atributos que expresan la capacidad o necesidad de trascender, para unos puede ser más clara y para otros no lo es tanto. En ese continuo de “cuidar la salud” y “de sí mismo”, requiere que el sujeto integre aspectos materiales, sociales, históricos, simbólicos, políticos, culturales, económicos, cognitivos, construyendo así, un entramado complejo.

Lo anterior explica la enorme variabilidad de los posicionamientos que adoptan los sujetos frente a los temas trascendentes de su vida. Aquí, advertimos un riesgo, la idea poco precisa de múltiples experiencias, hasta el punto de establecer un *cosmos experiencial*. Es atractivo, sin duda, pensar en la infinitud de la experiencia humana porque brinda al antropólogo una fuente, casi, inagotable de material para trabajar, pero un planteamiento de ese tipo entra en tensión con los principios antrópicos como el sentido gregario, articulador de acciones de beneficio colectivo. En el trabajo de Laplantín (2010) leemos su importancia prístina, al relacionarse estrechamente con la protección, supervivencia, seguridad y desarrollo del grupo o comunidad. Sin embargo, nosotros mismos abrimos el vórtice de la crisis al privilegiar lo individual en grado superlativo. Ahora vivimos sus efectos en todas las dimensiones humanas y las profundas escisiones en los temas vitales, formalizadas mediante el discurso.

Siguiendo a Foucault (1996) encontramos cómo el discurso desborda el ámbito político, penetra lo institucional y halla buena acogida en el nicho social porque observamos cómo se repite y reputa al sujeto que lo pronuncia, quien goza del respaldo de esa lógica social, pues a diferencia del sujeto empeñado en mantenerse en la periferia, no batalla para acreditarse. En otro de sus trabajos el prolífico autor examinó cómo se construye el discurso (Foucault, 1979), aunque en momentos destaca su lejanía con el sujeto, la fuente del discurso, política, economía, es imposible excusarlo como responsable de producirlo, reproducirlo y apropiárselo. En consecuencia, lo externa en aspectos concretos como su realidad estamental o institucional. El mismo Foucault (1979: 321-322) no sugiere que la construcción

discursiva sea ordenada, tampoco sistemática, como muchas veces se pretende. Esto, amén de los sesgos con los cuales algunos presentan los planteamientos del autor, oscureciendo el análisis, cuando enfatizan el ejercicio del poder, por ejemplo, en la figura del médico, como si éste en el tramo donde elabora y reproduce un discurso, no fuera afectado por el mismo sistema. Entonces, no hay forma de establecer límites tan definidos que den cuenta del origen discursivo sobre los temas y actividades torales en la vida de los sujetos.

Conviene mantener abierto el horizonte del análisis, pues aquellos que acuden a las instituciones de salud no lo hace en condición de *tabula rasa*, poseen cierto nivel de conocimiento al respecto porque han vivido en una sociedad organizada por instituciones (Castoriadis, 2013). Asimismo, quienes las integran responden a los límites institucionales, sobre todo en un momento histórico-social donde el derecho individual es el corazón de *lo institucional*, si ignoramos estas bases, acabaremos haciendo juicios insostenibles. Por ejemplo, es muy común que las pacientes busquen atención asumiendo que su embarazo transcurrió sin riesgos, por lo tanto, no debe haber complicaciones. Esto, amén de los sesgos con los cuales algunos presentan los planteamientos del autor, oscureciendo el análisis, al enfatizar el ejercicio del poder, por ejemplo, en la figura del médico, como si éste no fuera afectado por el mismo sistema se busca la atención con la certeza de que en el embarazo la paciente no presentó complicaciones en sus consultas previas. No obstante, la atención prenatal no fue la adecuada, en los hábitos se identifican factores de riesgo como alimentación inadecuada, alteración de los ciclos circadianos, pero la narrativa de las mujeres adolescentes y sus familiares se construye al margen de eso. En consecuencia, la expectativa sobre la atención del parto, es que debe ocurrir sin complicaciones. Ese distanciamiento es fuente de suspicacias, desconfianza, tensiones y conflictos. Pacientes y familiares expresan elementos discursivos que tomaron de distintos ámbitos.

Con base en lo anterior, puedo sustentar por qué la *praxis humana* es el concepto *ad hoc* para descifrar el sistema dentro del cual se concreta la atención. Las interrelaciones que sostienen los distintos grupos diferenciados como trabajadores de la salud (TDS), mujeres adolescentes embarazadas (MAE) y

familiares se encuentran e interrelacionan en una estructura que, definimos como atención institucional (AIN). Los sujetos no la construyen, no es su competencia, más bien expone de forma concreta la rectoría del Estado. La estructura, si bien, se define en el nivel meso con influencia de directrices políticas y compromisos del nivel macro, posibilita los espacios físicos y temporales para concretar la atención, en los cuales convergen lo biológico, lo social, lo administrativo, lo laboral. Dimensiones albergadas en el contexto clínico (CCL). Al tomar la decisión de tener como directriz la praxis humana, me permitió librar el claustro administrativo que, desde hace más de cuatro décadas se convirtió en el ariete de la AIN. Así, las grandes preguntas y respuestas en torno a la estructura, organización y funcionamiento de la atención pública han residido ahí.

La premisa dominante es el orden provisto por el diseño administrativo correcto, idea introducida por Taylor (1961), cobró fuerza y popularidad porque se orientaba a mantener y mejorar la productividad, al simplificar del proceso de trabajo mediante la división del trabajo, consistente en asignar tareas específicas que sumaban para obtener un producto final. Bajo ese principio también replanteó los problemas que interfieren en el proceso de producción, los presentó como eventos evitables y susceptibles de manejar. La atención pública de la salud estuvo fuertemente permeada por tales principios y cobró auge en la cruzada por la calidad (Secretaría de Salud, 2015). Desde entonces, se convirtió en bastión de la organización y funcionamiento de los hospitales, *por ende*, la configuración del contexto clínico.

El valor del trabajo antropológico consiste en caracterizar el funcionamiento de las instituciones públicas de salud como sistemas, allende los modelos o principios administrativos. Esto se logra al trabajar *in situ*, en la inmersión en el campo donde es posible observar, registrar e interactuar con los involucrados en el proceso de atención a la salud (PAS). Hablamos de la concreción de la atención pública y el hacer de los sujetos no se acotan al diseño administrativo previo, aunque la AIN establece las posiciones para cada sujeto el encuentro en el CCL no se da en esos términos. La praxis humana es como un crisol donde se funden el conocimiento especializado, las habilidades sociales, los aspectos laborales, se expresa el sistema simbólico (Castoriadis, 2013). Asimismo, los sujetos fijan propósitos, entran

en tensión y conflicto, al igual que colaboran y se apoyan. Por lo tanto, no hay forma de excusar la intencionalidad, los imaginarios, la subjetividad e intersubjetividad.

En la investigación no privilegiamos a ningún grupo o sujeto, tampoco el evento del embarazo, el parto o la maternidad, de modo que no se encontrarán los sentidos, significados o representaciones del embarazo. Tampoco seguimos la arista de la bina médico-paciente o el nivel de satisfacción de pacientes y familiares. Hay abundante trabajo que me precede, bien logrado, y me aportó información valiosa. El trabajo se enfoca en analizar cómo se concreta el PAS, descifrar sus elementos y las relaciones que suceden durante el itinerario que establece la AIN durante el parto de mujeres adolescentes embarazadas en un hospital federal de especialidad.

Capítulo 1. Fundamentación teórico-metodológica del Protocolo de Investigación

1.1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La atención es la actividad central de todo sistema de salud en el mundo. En las *sociedades modernas*² los sistemas de salud son heterogéneos³, pero hay rasgos que comparten. En el caso de México podemos distinguir sus características en dos grupos: a) administrativas referidas al diseño de su estructura, organización y funcionamiento, conllevan un caudal de requisitos económico-administrativos, plantean una observancia obligatoria para regular las acciones de tipo preventivo, curativo que puede darse bajo las formas de tratamiento farmacológico, quirúrgico o rehabilitación, de urgencia y paliativo. Respaldados por la Declaración Universal de los Derechos Humanos que orientó la salud hacia el derecho constitucional (Carbonell & Carbonell, 2013); b) operativas, exigen la aplicación de conocimiento y técnicas altamente especializadas que aportan distintos campos y disciplinas, pero el ariete es la medicina científica (Mayer, 2010; Milos, 2003).

La salud configurada como derecho y la atención como factor operativo quedan blindadas por la regulación del marco jurídico-legal y el sustento técnico-científico. Ambos, afirman la figura del Estado como único rector de la atención a la salud. Aunque el discurso del Estado sostiene que se trata de un proyecto de nación, es decir, local, fueron las macroestructuras político-económicas las que “empujaron” la certeza jurídica e incidieron en la política nacional, modelada a lo largo de quince

² La modernidad es un concepto ampliamente discutido, su rasgo principal es que no hay acuerdos ni en su definición ni en sus características. Al referirme a ella parto del trabajo de Castoriadis (2008) por el excelente análisis que hace sobre el tema, el impacto que tiene y antagoniza con el desarrollo histórico-social de la humanidad, los cismas que introduce. Por otro lado, las enormes desigualdades de un mundo que discursivamente aspira a la igualdad en el desarrollo mundial, pero detrás están los dictados de un modelo económico y su lógica de mercado que, irrumpe, prácticamente en todas las actividades humanas, y posee la fuerza suficiente para marcar la directriz en las políticas locales. La modernidad tiene indicadores económicos, desarrollo científico-tecnológico y capacidad comercial, principalmente.

³ La heterogeneidad resulta del nivel de desarrollo del Estado y su modelo económico. En el caso de los Estados Unidos de América el financiamiento del Estado es reducido, condición que dejó mayor margen a las lógicas de mercado y se ha mantenido en constante disputa por limitar de forma importante acceso y cobertura (Oberlander & Marmor, 2015:55-74). En cambio, otras naciones desarrolladas mantienen un sentido social, *grosso modo*, bajo la premisa de financiar la atención con gasto público, lo cual no les exime de serios problemas que atañen a todos los sistemas de salud, así como por los avances derivados de la ciencia, la tecnología (Griffiths, 2003) y la injerencia de organismos internacionales (Wall, Persson, & Weinehall, 2003). La paradoja se traza cuando lo global marca un hito para los diseños locales y convergen en las macroestructuras, las cuales comparten similitudes en el diseño de sus instituciones, allende su funcionamiento, al tiempo que provocan múltiples presiones para los gobiernos locales y afianzan propuestas como la estandarización mediante intrincados modelos que den cuenta de su aplicación.

reformas hechas al artículo 4º constitucional. Iniciaron en 1974 con Luís Echeverría Álvarez, la de 1983 se considera la de mayor importancia bajo la administración de Miguel de la Madrid, al asentarse la salud como derecho humano⁴. No obstante, la raigambre histórica-social de la atención está vinculada al trabajo, un entramado complejo definidos por marcados intereses económicos, políticos, sociales⁵.

En México la construcción del bienestar de la población ha tenido caminos sinuosos, abigarrados por múltiples eventos que poco a poco se fueron definiendo, para luego legislarse y dotarlos de recursos jurídicos, administrativos, económicos y materiales. El proceso, además de entrañar tensiones y disputas, carecía de claridad en términos de los niveles de competencia jurídica, tampoco sobre cómo se relacionaban con los intereses de un tipo mercado creciente y al paso del tiempo, mostrando una constante, el debilitamiento de algunos bastiones sociales e incidió en la vulnerabilidad de la población (Rojas & Ulloa, 2002).

Es un asunto de claros oscuros, porque hay avances cuando los asuntos quedan inscriptos en las agendas de distintas instituciones, pero ahí pueden convertirse en materia del conocimiento altamente especializado y quedar enclaustrado en problemas disciplinares que, si bien buscan dotar de mayor claridad y precisión, también se alejan de la máxima que persiguen como expone Kurczyn Villalobos (2011:196):

“La seguridad social significa la realización efectiva de los derechos sociales a través de la aplicación de los principios de la justicia distributiva, como la realización de la justicia legal material a través del Estado de derecho social, entendiendo éste como la fórmula para preservar la libertad a través de la dignidad humana”.

⁴ http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum_art.htm

⁵ Es difícil precisar la fecha que permita ubicar el fenómeno de la globalización. En cambio, es posible señalar los antecedentes que guiaron las ideas y acciones en su preminencia para comprender nuestra realidad social. El Estado es figura central y ha incorporado las ideas del bienestar, de las naciones, ahora economías, más desarrolladas. Aunque separada por siglos, el tratado de Westfalia sigue ejerciendo influencia en el ámbito político. Sin embargo, el panorama no es tan nítido como muchas veces se propone o utiliza (Bremen, 2013:58-59). Es innegable la influencia de otros fenómenos que los desplazan, subsumen o replantean esos principios fundantes. En la actualidad el discurso sobre el respeto a la soberanía es primordial, pero se vulnera mediante tratados comerciales, económicos, de inversión y geopolíticos.

En la afirmación de la jurista encontramos el núcleo estructurante del PAS y resulta útil para explicar los beneficios y las tensiones en su concreción. Entonces, lo que sucede en las instituciones públicas no es un asunto totalmente contextual ya que las interrelaciones de los sujetos están pautadas por los aciertos determinados por la estructura, al otorgar beneficios a las pacientes y sus familiares, igual a los TDS. Esto no significa eliminar los problemas en torno al servicio público, por dos razones. Al vivir en una sociedad organizada mediante instituciones (Fassin, 2015; Castoriadis, 2013; Ricoeur, 2012) lo esperado es la apropiación de esa realidad. Acción que no está libre de problemas, porque si bien existe un consenso general sobre la función de las instituciones públicas, no hay tanta claridad sobre el servicio público dada su inherencia al dinamismo histórico-social (Fernández Ruíz, 2006: 75-95 y 2011: 89-108).

Los cambios, ajustes o modificaciones en el servicio público, no son cuestiones estrictamente locales, se añaden las directrices y exigencias dimanadas de las instituciones globales responsables del diseño de una “agenda mundial” que está lejos de resolver los serios problemas en torno a la desigualdad, marginación como fenómenos mundiales (Murphy, 2005). Por otro lado, mantienen importantes niveles de abstracción, pues las transiciones de lo global a local no son tareas nítidas, parten de grandes pronunciamientos en foros, encuentros, cumbres internacionales, sin la menor idea de cómo pueden aplicarse a la realidad concreta (Fernández Varela Mejía & Sotelo Monroy, 2002). Así, la concreción de las agendas mundiales, se torna en tareas laberínticas porque el tema central que convocó tiene implicaciones jurídicas, laborales, políticas, económicas. Además, de intereses particulares, un serio problema extremadamente difícil de aprehender, pero tiene enorme impacto y causa el debilitamiento de las instituciones públicas. Amengual & Dargent (2020: 161-182) dan cuenta de los estudios hechos en torno a la aplicación de la norma para disminuir las brechas en los temas sociales sensibles o de interés público, encontrando cómo se pierde lo abstracto de la figura del Estado. Sin soslayar que la responsabilidad se traslada directamente a los sujetos, no sólo quienes son parte de las instituciones, también los que acuden a estas. No obstante, despuntan los grupos políticos que mantienen intereses particulares y dentro de la

estructura son los responsables de aplicar o no los criterios normativos. La inobservancia de la norma es, de acuerdo con los autores, un atentado directo contra el bienestar social. Además, favorece el debilitamiento del Estado vía la desconfianza, la inconformidad, la corrupción.

Si tomamos en cuenta los gradientes de desarrollo institucional entre las naciones, encontramos cómo en las menos desarrolladas se configuran escenarios inciertos, acciones paliativas que generan la sensación de cumplimiento de los compromisos atraídos. Esto, me permite ubicar en el horizonte correcto al hospital de especialidad ginecológica y obstétrica (HEGO) como institución. De modo que se trata de un espacio de configuración compleja en el cual convergen múltiples representaciones dentro de la sociedad, dicho en sentido amplio. La más evidente es la rectoría del Estado, el responsable de definir las formas y condiciones en las que serán atendidos los problemas de salud. Desde ahí se construye un discurso que, justifica la consolidación del sistema nacional de salud (SNS), con su labor inagotable <<la mejora continua>>. Es la ruta que le permite enfrentar los grandes desafíos y ofrecer mejores soluciones. Ahora, no podemos ser ingenuos, esa misma ruta no está centrada en el bienestar de las personas, tiene un aspecto fáctico, busca los datos porque son la evidencia de las acciones del Estado, de sus logros y de las tareas pendientes.

Ese conjunto de acciones entra en lo que Castoriadis (2013) definió como autonomización institucional. El Estado está facultado para crear instituciones, así mismo, para desaparecerlas, haya cubierto la necesidad que justificó su origen o no. Entonces, la prioridad no es la necesidad en sí, sino mantener la lógica que garantice el funcionamiento de la institución en cuestión. Aunque invariablemente parta de una necesidad concreta, educación, trabajo, salud, seguridad, para ello contamos con una secretaría de educación, de trabajo, de salud, de seguridad. Bajo esa lógica, el primer aspecto que queda cubierto es el jurídico, dota a la institución de estructura, diseña su organización y define su funcionamiento el tiempo que políticamente convenga, se resuelva o no la necesidad en cuestión⁶, es no impide

⁶ Pasada la mitad de la década de los 70's el Estado, bajo la administración portillista, lanzó un ambicioso programa en franco combate contra la pobreza y sus efectos indeseables en la población. En el libro

el funcionamiento de la institución. Así, el Estado a través de sus instituciones, se convierte en administrador de las necesidades.

Las instituciones se guían bajo esa misma lógica, no es que la tengan clara o puedan definirla, sólo forma parte de sus recursos para ocuparse de los asuntos que van surgiendo. El trabajo de Lemus Alcántara y Suárez Rienda (2022) da cuenta de esa práctica al interior de una institución de salud, la creación de servicios es una práctica administrativa que no siempre inicia bajo la premisa de responder o satisfacer la necesidad de las personas. La acción ocurre a partir de las exigencias marcadas por otras instancias o niveles superiores que giran alguna indicación específica. Esto muestra la distancia con el diseño administrativo puntualmente descrito por Fernández Ruíz (2011), porque el funcionamiento de las instituciones públicas no es unidireccional, concentra intereses académicos, formativos, de investigación que llegan a competir con la función sustantiva, la atención. Tomemos en cuenta que para la administración pública toda actividad que se desarrolla en las instituciones debe adoptar las características del *servicio público*, pero no significa que suceda de esa manera. Tampoco se aleja totalmente de ese marco.

El HEGO representa para la población el *hacer* del Estado, ahí sucede la atención a la salud por medio de la prestación de servicios. Descola (1987: 10) propone que en el trabajo de campo el investigador debe prestar atención aún a los detalles más modestos porque están colocados en un contexto significativo. La acotación es pertinente, pero en el caso de las instituciones públicas, esos detalles no están del todo expuestos a la vista, sino en el diseño. El valor de conocerlos permite construir una visión más certera sobre esa realidad social, ya que ahí es

presentado por la Comisión General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos marginados (COPLAMAR) coordinada por Julio Boltvikin (1983), leemos los pormenores sobre la complejidad de cada una de las áreas clave para hacerlo, alimentación, educación, salud, vivienda y migración. Tarea monumental que demandaba la movilización del engrosado aparato estatal, herencia de la administración anterior y en su incipiente intento de modernización, el mayor logro fue duplicar funciones y competencias. Sin embargo, el discurso se mantuvo en ese tenor, en el de la preocupación y acciones del gobierno dirigidas a <<esos grupos>>. Contrario a ello, en el análisis hecho por Barajas (2002) expone que ni siquiera se trata de un programa, sino de un sistema de coordinación, dirigido a un sector de la población denominado grupos marginales. Lo interesante son los contrastes entre el porcentaje de población que vivía en esa condición, allende las parametrías aplicadas para la obtención de datos y los criterios que definían la pobreza y la marginalidad, se trata de millones de personas. Claro ejemplo que ilustra la autonomización institucional de Castoriadis (2013). La prioridad para el Estado es que las instituciones funcionen, resuelvan o no la necesidad de fondo.

donde se encuentran los sujetos y tienen lugar las interrelaciones. Cuando no sucede así, el lugar se torna oscuro, incluso inaccesible al entendimiento, dando paso a interpretaciones a modo.

Puntualizar los aspectos institucionales del PAS, no es para desacreditar los trabajos que exponen los problemas en torno a la atención, pero sí importa ampliar el marco de análisis porque a veces dominan las generalidades, por ejemplo, la de entender la práctica médica como hegemónica o autoritaria. Enfoque que, quizá no repara en un hecho, el de la anulación de las bases ontológicas de la disciplina que la han acompañado desde sus inicios y siguen siendo un referente para la práctica (Svenaeus, 2000). El problema de fondo es el cuestionamiento hacia la trayectoria formativa de los sujetos, simplemente no lo considera. Entonces, de una pincelada se borra lo institucional, como el diseño curricular bajo el cual se guía la formación de los profesionales (Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A.C., 2008), o bien, están planteando un problema de mayores dimensiones que estaría relacionado con la fragmentación de la realidad social. Si fuera el caso el abordaje teórico estaría incompleto. Entonces, no es el enfoque más adecuado para aprehender los problemas en el sistema relacional de la AIN, porque de inicio plantean asimetrías y tensiones que desplazan otro tipo de relaciones y dinámicas sociales que involucran a las instituciones.

La organización social vigente tiene raigambre histórico-social. Ricoeur (2012) entiende el desarrollo de las civilizaciones en tres niveles, no habla ni propone estados acabados, puntos de llegada, pero sí parte de una generalidad, la condición humana como elemento dinámico. De manera que no estamos frente a muchas historias, sino frente a una. Su planteamiento es interesante, al vincular a los sujetos en cada uno de los niveles, el que nos interesa es el industrial, se refiere a todo aquello que los sujetos construyen para apropiarse de su realidad. En ese sentido, las instituciones de salud son el recurso que nos permite, como sociedad, tratar los problemas en torno a la salud. Teóricamente es claro, la concreción tiene caminos sinuosos porque las instituciones creadas con el fin de ocuparse de los asuntos colectivos, han trazado un paralelismo que, lejos de acercar a las personas, las mantiene a distancia y no favorece a ninguna de las partes, excepto cuando hay

intereses muy marcados y favorecen el debilitamiento institucional, una parte debido a la distancia entre la norma y su aplicación.

Brinks, Levitsky y Murillo (2019) muestran la fineza de la configuración entre la norma de carácter público, constitutiva y rectora de las instituciones, proponen distinguir entre institución formal e informal. Es un acierto porque a través de su estudio observan la distancia entre lo escrito y las prácticas que dan vida a las instituciones. Conceptualmente es de gran utilidad, pero falta la articulación porque al interior de las instituciones no hay paralelismos, tampoco lo formal e informal son polos opuestos o excluyentes. Los sujetos, quienes dan vida a las instituciones, se posicionan en la estructura, allende el diseño administrativo y generan esos entrecruzamientos donde no todo es formal, o sea, las acciones de los sujetos al interior de la institución, no suceden en estricta observancia de las normas, tampoco *su hacer* es del todo informal, dependiente de prácticas sociales. Aquí destaca la importancia de nuestros conceptos AIN, CC y PAS, porque la observancia de la norma no puede reducirse a la praxis de uno solo de los grupos identificados. Pensarlo así, nos conduce a l paternalismo al pretender resolver la complejidad de los problemas de salud en unas horas de hospitalización.

Con base en lo anterior, podemos replantear el inicio de la AIN. Pacientes y familiares llegan al HEGO impelidas por la necesidad, institucionalmente es el recurso que les permite apropiarse de la realidad porque en términos generales saben que es el lugar adecuado para resolver un problema o cubrir esa necesidad. Ambas confirman al HEGO como un espacio de encuentro. Ortega y Gasset (2014) señaló que el origen de lo social es precisamente el encuentro entre dos. Afirmación fundante porque es imposible pensar que el PAS suceda al margen al anteponer premisas teóricas, como la especialización del conocimiento que de inicio marca asimetrías y distancias con el otro (Menéndez, 2020; Foucault, 2001). Ciertamente son innegables las pautas estructurales en el encuentro, pero los sujetos también deciden un posicionamiento dentro del CCL. Se trata de una relación que puede dar paso al entendimiento, apoyo, colaboración, compromiso, asimismo, a la tensión, conflicto, desconfianza, desinterés, porque <<lo social>> toma distintos sentidos, aunque el eje articulador sea la atención.

Es necesario estudiar la AIN desde un panorama más amplio para indagar el sistema de relaciones en el CCL a partir de la concreción del PAS porque al final de toda declaración política y diseño administrativo, está la fase operativa. La cual depende de la praxis humana, permeada y modelada por el proceso histórico-social que ha configurado la forma particular de brindar atención en nuestra época, pero se ha desplazado por el énfasis puesto en el encuentro médico-paciente. El aspecto clave es que dentro de la AIN es un fragmento en el PAS, pues las pacientes sostienen múltiples contactos con diferentes TDS. Hablamos de rostros, nombres, muchas veces fugaces porque la AIN no tiene al paciente como centro de su labor como proponen los modelos de atención (Secretaría de Salud, 2015). Responde a diversos factores, como los de eficiencia y productividad, dos grandes sellos de la calidad (Secretaría de Salud, 2014).

El HEGO representa una realidad poliédrica, los encuentros que ahí suceden desvelan distintos intereses, unos se ponen de manifiesto por medio de los sujetos, otros son *suigéneris* porque dimanan de la política de salud. Entonces, es prioritario identificar esas directrices que permanecen en el trasfondo, para ello recurrimos a dos niveles estrechamente relacionados en el desarrollo del presente trabajo; el meso que comprende al SNS y el micro, el HEGO espacio de concreción. Sin embargo, para entender el nivel micro no es posible prescindir del sistema al que pertenece, responsable de dirigir los criterios de calidad con sus distintas vertientes, el paciente, la eficiencia, la productividad.

En el marco normativo leemos la denominación dada a las instituciones de salud, los encontramos como establecimientos públicos prestadores de servicios de salud. En la cotidianidad se transforma, los sujetos se lo apropian como hospital, institución, hospital-escuela, centro laboral, cubre ese amplio espectro. Aquí resulta pertinente el concepto de *crisol* propuesto por Castoriadis (2013) porque las ideas, representaciones, los imaginarios que acompañan el PAS se funden y cuestionan la armonía administrativa propuesta por el Estado, quien busca cumplir con la máxima administrativa << toda acción debe ser susceptible de medición >> conforme dicta Ley Federal de Metrología y Normalización, sobre todo cuando las actividades pueden poner en riesgo la seguridad de las personas.

El marco propuesto por el derecho administrativo es el bastión para regular las acciones técnicas, pero no es de ninguna forma un foro abierto. El asunto se convierte en objeto del conocimiento especializado, pero Huerta Ochoa (1997) nos da pauta para encontrar los vacíos que surgen porque las propuestas se hacen en altos niveles de abstracción y trascienden a los ámbitos de concreción. Así, la falta de precisión en los objetos de su disciplina, en las áreas de competencia, sobre todo en la interpretación, son fuente de incesantes discrepancias. Entonces, dejan un campo abierto, fértil para distanciarse de la realidad al plantear elevadas exigencias que rebasan los exiguos recursos de las instituciones. Las distancias, tensiones y contradicciones entre lo normativo y lo no normativo, no sólo dimana de lo simbólico, tiene fuentes concretas como la exigencia de generar evidencia que satisfaga los criterios técnico-administrativos. Así, aseguran el funcionamiento de lo institucional, incluso si se aleja de la realidad social, o sea, la necesidad concreta de la población, el punto de convergencia de todos los involucrados.

1.1.2 DE LOS SUJETOS Y LOS OBJETOS EN EL PAS

Distinguimos tres grupos al interior del HEGO para el desarrollo del protocolo, TDS, MAE y familiares. De acuerdo con el trabajo coordinado por Gluckman (1964) los sujetos que comparten espacio, se mueven dentro de estructuras determinadas, responden a roles, jerarquías y comparten ciertos códigos, en su conjunto integran una comunidad. No se trata de tomar llanamente los conceptos de un campo para aplicarlo en otro a fin de salvar huecos teóricos y conceptuales. Asimismo, importa evitar la obstinación de construir algo novedoso, guiado más por la pretensión de nunca haberse estudiado o mantenerse en el argumento de las divisiones como estricto producto del desarrollo de las disciplinas científicas. Castoriadis (2008) tiene un excelente trabajo, descifra con precisión el núcleo de la fragmentación. Las academias no siempre están interesadas en contribuir en la aprehensión de la realidad porque están inmersas en los procesos histórico-sociales. Así que, también proponen e imponen rupturas en la temporalidad, generan distancias, tienden a anular del desarrollo ulterior, ya que sus aportaciones buscan diferenciar y destacar

la época, esto es, la modernidad. Sin duda, dan certeza sobre ciertos aspectos, pero igual propician incertidumbre sobre el sentido que sigue la humanidad. El punto de articulación es el distintivo de nuestra época, la ruta del conocimiento y la razón.

Ante un proceso de tal magnitud, la investigación no sólo debe enfocarse en la novedad, también en construir los puentes, los vínculos, sin evitar la controversia, amén del trabajo de Nudler (2011: 11-28). Pensar que no sucede es negar la oportunidad para abrirse a la discusión en torno al conocimiento disciplinar, en cómo nos aproximamos a un mismo objeto desde marcos diferentes. El vacío aquí consiste en el nivel de consciencia respecto al posicionamiento disciplinar, la continuidad o la ruptura, si es uno u otro ¿qué lo fundamenta? Si pensamos en la salud, puntualmente en la atención, gran parte de la historia y la filosofía de la ciencia nutren la idea de la continuidad. Incluso apelan a las bases ontológicas como si éstas permanecieran incólumes y los sujetos tuvieran el mismo sistema de valor (Svenaeus, 2000), o bien, que la salud significa lo mismo para todos.

Ahora, justo es decir que, muchas posturas críticas focalizan y sobreexplotan el poder del capitalismo para escindir las actividades humanas, por ejemplo, el trabajo. Ocurre en cierta medida, pero no es el único factor. Muchas propuestas nacen de la filosofía o del seno de alguna disciplina con la consigna de generar cismas epistemológicos, en franca pugna para lograr acreditar su linaje científico, mediante el desplazamiento de otros. El problema es que quedan lejos de su tarea, no logran ese efecto y dan paso a antinomias. El HEGO, como institución pública, no es ajeno a los problemas de la academia, a simple vista parece no afectarlo, pero tomemos en cuenta que tanto la estructura, organización y funcionamiento corresponde a la visión de distintas disciplinas, siendo la administración y el derecho las dominantes. Así, las entidades públicas guían sus acciones bajo las premisas modernas de la administración que no se opone a la fundamentación filosófica porque las reviste de profundidad y dota de sentido⁷. Douglas (1996) señaló la distancia existente entre

⁷ La triada misión, visión y valores son un buen ejemplo de los recursos adoptados por el Estado y cómo a través de la visión gerencial de la administración, resulta compatible con planes de expansión, mercado, incluso de productividad y competitividad, aunque no necesariamente con la necesidad concreta de los sujetos a quienes se dirige la atención o el servicio. Sin embargo, tiene un valor estratégico para generar uniformidad entre los trabajadores. Las empresas buscan construir una identidad, no entre los trabajadores, sino con éstas para que se apropien de los objetivos y metas. Incluso hay quienes hablan de la filosofía de la

la idea de pertenencia institucional, la cual asume que los sujetos adoptan los principios de la institución sólo por el hecho de formar parte de ésta. En el caso de las instituciones públicas, añadiría el marco legal. Representaría un parteaguas de la modernidad al establecer << criterios muy claros >> que norman las conductas. Es un asunto de fondo, tiene componentes cognitivos y valorales, con base en estos el sujeto se posiciona frente a la institución y ante la situación *del otro*. Es decir, toma decisiones que no siempre responden a los principios de la institución.

El asunto es complejo porque el nivel micro no opera exclusivamente bajo lo normativo, tiene lugar un segundo sentido cuando << el otro >>, el externo a la institución, socialmente está facultado para apropiarse de lo institucional, mediante su racionalidad, ya que el encuentro con los TDS es en la misma estructura administrativa. Es en ese mismo sentido que el encuentro puede concretarse en acuerdos, apoyo y colaboración, o dar paso a las tensiones, desencuentros y conflictos, a pesar de las pautas fijadas por el diseño de la AIN. Distinguir los tres grupos de sujetos en la concreción del PAS, no busca destacar su heterogeneidad, ni algún tipo de homogeneidad. Cada uno posee criterios que los definen y agrupan, y no evita la construcción de sentidos durante el PAS, convirtiéndolo en un crisol de experiencias y magma de significados como apunta Castoriadis (2013).

Antes de caracterizar los tres grupos identificados en el PAS, conviene aclarar que hay otros TDS que no están integrados debido a que no cumplían con un criterio, el trato directo con las MAE ni familiares. Sin embargo, sus actividades sí afectan en la concreción del PAS. En otro momento sería muy valioso identificar las actividades de esos servicios como la administrativa, especialmente los puestos de confianza con funciones en jefaturas y directivas, al igual que otras operativas, porque son parte de la AIN.

Tomemos en cuenta que se trata de un sector heterogéneo porque muchos de los servicios ahora se brindan bajo el esquema de subrogación, efecto de la

empresa, echando mano de algunos fundamentos como los de la fenomenología. Para mayor detalle se puede consultar el trabajo de Kilkauer (2013). La triada misión, visión y valores llegó a ser parte fundamental en la política de calidad nacional. Las instituciones públicas de salud debían contar con ello y hacer la difusión como parte de las acciones para lograr su certificación como instituciones de calidad (Consejo General de Salubridad, 2018).

modernización del Estado y eso ha marcado una fina distinción en el mismo grupo de TDS, no sólo por la trayectoria formativa, también el tipo de relación laboral que tienen con la institución. Los trabajadores de confianza quienes se asumen como la representación de la <<autoridad>>, la esencia de lo institucional, parecen moverse bajo una consigna, el cumplimiento de lo normativo. A veces, en franco soslayo de si existen las condiciones para hacerlo o no. Así que, es una tarea pendiente indagar las áreas de gobierno que mantienen estilos muy diferentes en su gestión, a veces pueden ser muy cercanos al PAS, otras muy distantes al priorizar el trabajo administrativo y proyección extramuros de la institución. Una buena aproximación a este tópico es el trabajo de Hamui Sutton, Fuentes García, Aguirre Hernández, & Ramírez de la Roche (2013).

1.1.3 LOS TRABAJADORES DE LA SALUD (TDS)

En la literatura especializada en el campo de la salud encontramos una variedad de nominativos para quienes realizan algún tipo de actividad en las instituciones. Los más comunes son: *personal de salud, profesionales de la salud, trabajadores de la salud, personal sanitario, prestadores de servicios de salud, recursos humanos en salud*. Aunque se toman como sinónimos, cada uno cubre un espectro de rasgos arraigados a una visión político-administrativa particular. En el caso concreto de México, el marco normativo los define como servidores públicos y los ubica en la categoría de trabajadores al servicio del Estado. Aunque, inevitablemente, contraen obligaciones y responsabilidades específicas (Muro Ruíz, 2007; Ivanega, 2007; Ambrosio Morales, Carrillo Fabela, & González Mora, 2007), tienen finas diferencias incompatibles con el concepto de sistema, entiéndase SNS. El artículo 123 constitucional consigna dos apartados, “A” y “B”, que concede distintos derechos y garantías a los trabajadores, pero en el discurso político se habla como si tuvieran la misma base para desempeñar su labor. Lo cual es totalmente falso porque no es lo mismo trabajar en el IMSS que en el ISSSTE, prestar los servicios en los servicios de salud de la Ciudad de México que en la Secretaría de Salud o en un instituto de tercer nivel. Asimismo, hay diferencias entre los TDS de PEMEX y los adscritos a la

SEDENA y Marina. Entonces, el término utilizado no es una mera preferencia, ni debe entenderse como sinónimo. Esta tendencia de homogeneizar, en franco soslayo de las serias diferencias existentes, no es un asunto aislado, como leemos en Lemus Alcántara, Hamui Sutton, Paulo Maya, & Ixtla Pérez (2017). Los autores analizan las nociones de paciente, usuario y cliente, señalan que, el cambio de un término a otro, responde a intereses de mercado, promueven cierta ideología política en el tipo de relación, acorde al momento histórico-social.

La asignación de un nombre desvela el posicionamiento que se adopta. Al darse en las estructuras altamente reguladas, se garantiza su difusión para influir en la construcción de las relaciones entre los sujetos. Así, la elección nominal expone la posición político-económica de la institución, no por ello es explícita para todos los que integran la institución. Por supuesto, siempre está la posibilidad de que algunos no se identifiquen con la nominación ni la posición oficial porque muchas de esas cavilaciones tienen lugar en foros, cumbres, reuniones internacionales donde el gran ausente son los TDS. Aun así, se toman decisiones sobre su labor y sus planteamientos pueden quedar lejos de las condiciones laborales⁸ (World Health Organization, 2016).

La definición del <<objeto antropológico>>, una atinada precisión del Dr. Hernández Zinzún, en los Coloquios de Investigación del Posgrado, me permitió identificar una categoría para resolver el pluralismo terminológico, ya que el PAS tiene una arista laboral y participan sujetos con trayectorias formativas y perfiles diversos. Esto pone en evidencia las distancias entre el diseño administrativo y la realidad social. Al interior de las instituciones públicas es común que los TDS tengan un perfil profesional y realicen funciones distintas a su nivel educativo. Una de las

⁸ El nivel donde se toman las decisiones no resta responsabilidades ni obligaciones que contraen los TDS. La experiencia reportada en Etiopía es buen ejemplo de las distancias que se generan, hay una expectativa en torno a los trabajadores y se trata de sujetos con formación previa. Es decir, las instituciones educativas les han provisto de conocimiento especializado y bases éticas de acuerdo a su disciplina, pero al momento de incorporarse al ámbito laboral se les considera como un grupo heterogéneo y ajeno al sector por carecer de experiencia en el campo. Además, las instituciones públicas siempre parten de cierto perfil, esperan que los recursos humanos estén disponibles, cuentan con el entrenamiento apropiado, posean las competencias adecuadas y tengan motivación (World Bank, 2010). Condiciones que no se cumplen porque el desencanto no sucede en ese primer contacto descrito por el documento, para muchos estudiantes recién egresados, su formación transcurre bajo condiciones precarias y la ruptura con las expectativas se confirma al encontrar que la fuente de trabajo no será suficiente para resarcir las desventajas que han padecido históricamente.

razones más importantes es la necesidad de trabajar, el aspirante acepta de inicio un puesto menor o similar porque cubre los requisitos, pero lo hace bajo la lógica de ingresar al sistema con la expectativa de permanecer ahí temporalmente y buscar el cambio. Entonces, el trabajo como categoría de análisis sirve para articular la praxis a pesar de la heterogeneidad que supone el nivel formativo. El trabajo como categoría, allende la trayectoria formativa, concede suficiente flexibilidad para romper el claustro administrativo a fin de observar y registrar la praxis humana, sin que sea excluyente del marco laboral.

El propósito no es homologar a los trabajadores al interior de la institución, sino integrar aspectos del imaginario dada la identidad profesional o gremial que construyen, porque emplear el término <<trabajador>> no es reducirlo a *homo faber*, pues son sujetos con atributos humanos (Zemelman, 2005; Todorov, 2005), los cuales son irrenunciables, aunque esas mismas cualidades lleguen a ser foco de conflictos porque los propios sujetos no logran conciliarlos y la estructura de la AIN tampoco contribuye a su armonización. Pensemos en las diferencias que marca al asignar códigos, funciones y salario, lo cual genera asimetrías laborales y vitales. Tópico álgido que a la fecha se guía bajo las lógicas desiguales implementadas por el propio sistema. Asunto que no es ajeno para los TDS, para compensarlas recurren a otras dinámicas como alianzas, favores, negociaciones que reorientan el sentido de sus interrelaciones. No significa que sea la mejor vía para hallar una solución, más bien se centra en lo inmediato.

Los problemas que alberga la institucionalización del trabajo parten de su concepto, como sucede con muchas otras actividades torales para nuestra sociedad, nos enfrentamos al desafío que supone aprehenderlas. ¿Cuál es el marco correcto? O sin mayor aspiración o pretensión ¿cuál es el más adecuado? Pesa sobre nuestro tiempo la visión arcana del trabajo definido por Adam Smith (1974), cuya lógica asentó la distinción entre lo productivo o improductivo. En una lógica más o menos nítida porque reconoce el trabajo como una actividad ligada al progreso de las naciones, pero no todo contribuye de la misma manera. La acotación es para tratar de hacer una lectura más justa de su visión, dado que sucedió bajo un contexto histórico-social. No obstante, llama la atención cómo tal

distinción se ha modelado conforme a las formas de producción y la influencia de los grandes teóricos. Si bien importa la medida para entender el sentido de las aportaciones, no borra el contexto, pues el trabajo improductivo históricamente es la piedra angular para mantener las asimetrías sociales, la diferencia de clases. Ni siquiera Marx (2010) logró destrabar el asunto a pesar de su acucioso análisis sobre el trabajo, la caracterización que hace al destacarlo como actividad humana para la realización y no como medio de reproducción del capital. Quizá el núcleo de su análisis ejerció una lógica que jugó en contra al mantenerse en el sistema de producción, pues el capital depende de la cosificación, la producción de objetos, pero es sólo una cara de nuestra realidad poliédrica porque para mantenerla el sistema demanda la concatenación de múltiples actividades que califican de trabajo improductivo.

Consideremos lo siguiente, la atención a la salud dentro de la clasificación vigente de las actividades económicas, se ubica en el sector de los servicios. Volviendo a Marx (2010) se trata de bienes de consumo inmediato, no contribuyen a la producción de nada. Es una de las razones por las cuales salud y educación se tipifican como <<gasto>> y no inversión. Por supuesto, destaca la solidez de la teoría marxista, pues es innegable el dominio de la raigambre capitalista, cuya lógica introduce enormes dificultades en el diseño del trabajo en las instituciones públicas porque oscilan entre la fragmentación taylorista y el enfoque multidisciplinario del modelo de atención. Por ejemplo, ¿cómo conciliar la distancia de conocimiento entre el médico especialista y la de otros TDS? Es bien conocida la territorialidad del campo biomédico en la atención a la salud que aprovechan los médicos para marcar la directriz en la concreción del PAS, pero hablamos de la AIN, la cual demanda el trabajo de múltiples trabajadores. Es claro que un camillero, incluso si contara con alguna formación paramédica, jamás podría ejercer la función del especialista. Aun así, la estructura de la AIN le permite posicionarse laboralmente mediante alianzas para fijar el sentido de sus actividades y no quedar bajo la completa rectoría de los médicos. Hay un vacío en teórico al respecto que limita la articulación entre campos de conocimiento, áreas y servicios, pues la asimetría se mantiene incluso con otros trabajadores cuya praxis está guiada por un marco teórico como trabajado social.

Es diferente al de la medicina o enfermería, epistemológicamente no hay forma de decir cuál es más importante y la AIN estipula la importancia de cada uno. No obstante, es inconcuso la intervención de otros factores que permiten a los TDS posicionarse laboralmente. En el caso de enfermería numéricamente es superior al del resto de trabajadores, por ende, está presente en todos los servicios y áreas clínicas. Esa condición les concede varias ventajas laborales que no les otorga ni su disciplina ni la estructura burocrático-administrativa.

La concreción del PAS depende de la praxis humana de los TDS, aun cuando hay elementos estructurales que escapan a su control. Así que, no todo ocurre en los estrictos límites de lo profesional, ni en un nítido diseño laboral. El trabajo, como actividad, no representa un eje tan claro para los trabajadores porque no se trata de meras ejecuciones técnicas, pero sin duda para muchos califica como una rutina. Coriat (2000) sigue el hilo histórico de los cambios en esta actividad antrópica, pasó del control del sujeto a una lógica de producción que lo absorbió y convirtió en un engrane más de la maquinaria productiva, donde ya no importaban sus habilidades, el conocimiento, ni el detalle de su labor. En esa nueva dinámica las habilidades se llevaron al extremo del simplismo. Frente a la cadena de montaje debía repetir la misma acción toda su jornada de trabajo. Ahí se abrió un umbral para la expresión de ciertas dinámicas de resistencia, el trabajador encuentra la forma de reducir su *hacer* al mínimo indispensable como respuesta a las altas exigencias del trabajo. Decidirlo así, también le resulta conveniente.

Esa dinámica y posicionamiento laboral no anulan las posibilidades que otros encuentran en el trabajo, al considerarlo como un espacio de realización profesional y personal. Para Marx (2010) el trabajo debe reunir cualidades que contribuyan a la realización de los sujetos y no se reduzca a ejecutar actividades repetitivas que, atrofien o limiten sus habilidades y aprendizaje. Al contrario, debe ser estimulante, dar oportunidad a la expresión de creatividad y el sujeto deje su huella indeleble en esa obra; la remuneración no sería la finalidad del trabajo. La propuesta marxista es certera, pero conviene guardar las proporciones de sus planteamientos teóricos y aplicación a otros campos, porque *las cosas* no se mantienen en el orden teórico

propuesto. El mayor riesgo es presentarla como marco omnisciente. Es necesario ver los alcances en el tiempo presente, por el innegable dinamismo social.

El *trabajo* es un concepto de basto alcance, pero los sujetos como trabajadores, no son anulados ni están subsumidos por el proceso, esto nos hace volver al argumento de los atributos del sujeto. Ahora, tampoco significa que tengan control sobre todo el proceso de trabajo y no los afecten las condiciones en las que lo desarrollan. El punto central son esas dinámicas de tensión en el desarrollo. Sin duda, conceptualizar el trabajo proporciona claridad, con ello la posibilidad de diálogo, debate, reflexión, análisis, pero conviene mantener apertura y flexibilidad porque las teorías no dictan la realidad. Por ejemplo, en el servicio de enfermería la visión del trabajo no es unánime, mientras unas ven un campo fértil para aplicar su conocimiento, encuentran retos, desafíos que les permiten hacer propuestas, impulsar su disciplina, incluso su praxis⁹, otras lo reducen a acciones técnico-operativas, parte de una rutina por cubrir.

Lo rutinario es una dinámica inevitable en el trabajo, pero se torna polisémico, *por ende*, abarca un amplio espectro de conductas, desde la observancia normativa como criterio obligatorio de la AIN, hasta los reduccionismos que convierten la praxis profesional en ejecuciones técnicas, propiamente dicho, mecanicistas. El marco normativo lo considera y lo califica como riesgo. La NOM-007-SSA-1993 advierte de manera reiterada que debe evitarse ejecutar actividades de forma rutinaria ya que son fuente de errores en la atención. A pesar de todos los recursos que inciden en el diseño de la AIN, no hay forma de regular esas finezas por varias razones: a) pasan inadvertidas dada su complejidad enmarcada en la subjetividad de los sujetos, aunque se hacen visibles mediante los posicionamientos en el CCL; b) la heterogeneidad en el conocimiento del marco normativo, desde donde hacen interpretaciones y son parte sustancial de su praxis; c) las prácticas sociales-

⁹ Las iniciativas sobre las funciones de enfermería se han incrementado con propuestas y replanteamientos sobre las actividades que son de su competencia. Las iniciativas nacen del empeño mayoritariamente intrínseco de la disciplina. Con el apoyo de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud han construido un marco sobre su praxis (OPS, 2018). Sin embargo, no es de ninguna forma un hecho factual en las instituciones públicas de salud. El nivel de desarrollo de la enfermería en los hospitales es muy diverso. Situación que se soslaya porque todos los establecimientos públicos cuentan con la presencia de los profesionales de esta disciplina.

laborales al interior de los servicios. Estructuralmente todos responden a la norma, pero su organización y funcionamiento es diverso.

El trabajo como categoría permite articular las actividades de todos los sujetos involucrados en la concreción del PAS, allende el nivel de conocimiento y ejecución técnica altamente especializadas y las que se cumplen por la repetitividad y requieren un mínimo de conocimiento. No obstante, pensar que su intervención no es tan relevante es un yerro, se hace evidente cuando no hay quién la ejecute. En ese escenario, el PAS sufriría serios desajustes y la estructura de la AIN caería en contradicciones, ya que las responsabilidades no pueden dejarse *abiertas*, o sea, sin asignar, lo cual compromete el derecho a la salud.

1.1.4 LAS PACIENTES, MUJERES ADOLESCENTES EMBARAZADAS (MAE). BREVE CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL

El embarazo <<adolescente, precoz, anticipado, no deseado, juvenil>> está clasificado como problema de salud pública, contrario a lo que podría suponerse, no se definió siguiendo criterios biomédicos exclusivamente. Es entendido como indicador en el desarrollo de los países, impulsado por la dinámica globalizadora que, lo puso en la palestra internacional (Trucco & Ullmann, 2015; Näslund-Hadley & Binstock, 2011). Los países con aspiración al desarrollo económico asumen compromisos para mantener el embarazo en la adolescencia dentro de sus prioridades político-económicas. Así, la política local referente a salud debe seguir la directriz de la protección de las MAE. El discurso global adopta configuraciones locales, o sea, el nivel meso, donde el Estado es responsable del diseño administrativo para cubrir las necesidades específicas de la población (Yáñez, 2000). Aspecto toral porque establece el marco de acción para las instituciones, el nivel micro, donde se ancla esta investigación. Así, las instituciones de salud se enfocan en atender determinadas enfermedades, agrupadas en una suerte de amalgamamiento definido por las especialidades médicas, la información demográfica y epidemiológica, por supuesto, la política-económica. Esto explica por qué pesan tanto los señalamientos que hacen ciertas organizaciones que muestran una

especie de omnisciencia como la Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). La salud no es su campo, pero tiene facultad para analizar el sistema de salud mexicano y señalar directrices sobre problemas de salud marcados en su agenda (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2016), como el embarazo en la adolescencia. De acuerdo a sus criterios se trata de problema de salud pública.

En sentido estricto, esas directrices, califican más bien como ratificaciones, pues se trata de problemas globales, no locales. En este punto conviene ser cautelosos porque pasar de lo global a lo local, no es un curso *normal*, son configuraciones que buscan construir justificaciones de tipo social, humana y ética. Así, el Estado tiene la base para difundir su política e ideología, avanzar y penetrar en las dinámicas sociales¹⁰. De esa forma asegura el sustrato necesario para afianzar las actividades económico-comerciales. No son relaciones que estén a la vista de todos. Kosick (1976) apunto que para aprehender algunos fenómenos hay que hacer algunos rodeos. Lo cual implica superar la dimensión de *lo formal*. Entonces, la atención del embarazo en la adolescencia en este tiempo, tiene sustento político, legal, económico, biomédico, educativo, social y laboral. Si lo contextualizamos en el campo histórico-social. No podría ser de otra forma ya que vivimos en la cúspide de la modernidad, gozando de sólidas instituciones, del vigor del desarrollo científico y tecnológico, de democracias más consolidadas, de la universalidad de los derechos humanos. Al continuar bajo esa lógica, encontramos la guía de una insondable racionalidad sin precedentes, flanqueada por elevados valores de libertad, justicia, igualdad, soberanía, cooperación. El discurso político y

¹⁰ Hinkelammert (1995) se ocupa de esas dinámicas globalizadoras. Debate en torno a la intención de generar condiciones más justas y benéficas para todos, pero en el fondo se trata de <<fuerzas compulsivas>> que limitan libertades. Las economías dominantes necesitan controlar el desarrollo para asegurar el cumplimiento de sus objetivos. Entonces, lo que representa un problema de salud para estos, también debe serlo para el resto. En ese escenario, los países de ingresos medios y bajos deben adoptar la misma lógica. A pesar de las décadas transcurridas el debate sigue abierto, para Mézáros (2015) la política pública es una herramienta de los grupos en el poder, quienes buscan ajustar la realidad social a intereses particulares. A diferencia del grueso de la población, los responsables de la toma de decisiones cuentan con altos perfiles académicos. Sabiendo que no es el personaje político quien fundamenta la decisión, sino algún asesor de élite y no actúa en los estrictos marcos de lo académico, opta por la vía de la urdimbre política que antepone el interés de establecer mecanismos de control social antes que resolver problemas de fondo.

su ideología afirman que, sólo a través de estos podemos aspirar y coadyuvar en la construcción un mejor mundo, una mejor sociedad.

El problema de los grandes postulados es la ahistoricidad, si nos enfocamos en la “agenda mundial” que contempla las acciones para atender el embarazo en la adolescencia, encontramos que el tema no es tan nuevo, tampoco el interés es estrictamente la salud de las mujeres adolescentes. Antes apareció en la agenda política, las dos décadas siguientes a la Segunda Guerra Mundial. Los países punteros de la economía, EE.UU y varios europeos, experimentaron cambios demográficos, acompañados de protestas y demandas sociales. Las cuales no giraban en torno a la salud, cuestionaban las acciones del Estado, los roles sociales y demandaban libertad (Furstengber, 2003). Pasados poco más de diez años en América Latina y el Caribe también surgieron cambios demográficos, por supuesto en un contexto diferente, y comenzó a prestársele atención al embarazo en la adolescencia (Stern, 2012). Hasta ese tiempo se volvió tópico central en la política pública y en la agenda mundial de salud.

La investigación sobre el embarazo en la adolescencia tiene más de 50 años. El interés no ha disminuido, en 2008 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó un documento técnico sobre salud sexual y reproductiva dirigido a adolescentes; en 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer la estadística de las tasas de muerte materno-infantil con un apartado específico para las mujeres adolescentes. Otros organismos internacionales, WHO, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, presentaron un reporte sobre tópicos de mortalidad materna en el periodo 1990-2010 destacando a este grupo etario. En 2015 la ONU publicó la estrategia mundial dirigida a mejorar la salud de la mujer, el niño y el adolescente, derivada del plan de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) 2016-2030. Mismos que se han acompañado de documentos de carácter técnico: Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice 2015. Destaca también el Análisis del proceso de la Agenda 2030 desde una perspectiva juvenil y el Modelo de atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes; ambos también del 2015. Todos tienen en común la influencia de la política global de salud y el enfoque biomédico.

La investigación sociológica, pionera en el estudio del fenómeno, perdió terreno frente al abordaje epidemiológico. El embarazo en la adolescencia se trató bajo los mismos criterios que se aplican para el control de la viruela o el cólera, en su tiempo demandaron acciones de impacto inmediato, protocolos, proyecciones estadísticas, medidas de contención. Los niveles de exigencia se incrementaron con el avance de las tecnologías de la informática y la comunicación, la evidencia debía ser más fina y animaron a realizar investigaciones comparativas de gran escala. Kearney y Levine (2012) estudiaron las diferencias entre las tasas de MAE en EE.UU, Canadá, Alemania, Noruega y Suiza; concluyeron que la probabilidad de embarazo en las adolescentes americanas era considerablemente más alta. Aslam *et al* (2015) encontró que, a pesar de registrarse gradual disminución en la tasa embarazos en la adolescencia, el Reino Unido siguen siendo el país con mayor rango en la región de Europa Occidental.

La ola informática también favoreció conocer la situación de América Latina y el Caribe (ALC). La CEPAL y la UNICEF reportaron que después de un crecimiento demográfico acelerado, como ocurrió en Europa y los EE.UU, la región tendió a la estabilidad, no así las tasas nacionales de MAE. A lo largo de dos décadas, entre 1990 y 2010, la tendencia fue irregular; algunos países registraron descensos, mientras en otros creció de manera significativa (Organización de las Naciones Unidas, 2007). Rodríguez (2013) señaló que la efectividad en el control poblacional a partir de las políticas de salud, mostró resultados en el control natal en mujeres adultas no en las adolescentes. Puntualiza que las fallas en la intervención de los gobiernos a través de sus instituciones, no están sólo en las políticas, sino en las características de las adolescentes: menarca a edades más tempranas igual que el inicio de relaciones coitales. La UNICEF (2014) descarta el descenso en la tasa de MAE y advierte una dinámica de crecimiento hasta las décadas 2020 y 2100. El organismo enfatiza que la gravedad no consiste en la elevación de las tasas, sino en los efectos en las mujeres y los hombres adolescentes por la condición de vulnerabilidad tras la experiencia del embarazo.

En el ámbito nacional el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) informó que en 2012 la tasa de MAE alcanzó su punto más elevado con 19.4%. Al

siguiente año tuvo ligero descenso con 19.3%, y recientemente se ubicó en 18.4%. Las causas del descenso son desconocidas. Las cifras correspondientes al 2015 reportaron dos millones 353 mil 596 nacimientos, de estos 77 de cada mil fueron de mujeres adolescentes¹¹. Las líneas políticas para la atención de las MAE son claras. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; el Programa Sectorial de Salud y el Plan de Acción Específico del mismo periodo, establecen acciones e indicadores. El conjunto de documentos precede a cualquier acción e institucionalmente integran parte de la evidencia local y global. Los esfuerzos internacionales y regionales para disminuir las tasas de MAE se plasman en las políticas y modelos de intervención. Sin embargo, eso no constituye en sí una solución, tales iniciativas apuntan a los mismos objetivos, difusión de información sobre salud sexual y reproductiva, y campañas de anticoncepción que se mantienen con resultados marginales.

Aproximarse a la realidad de las MAE en sus diversos contextos implica, según Villaseñor (2008), adentrarse a la perspectiva de los adolescentes para entender y comparar si las prioridades marcadas por el sistema de salud son las mismas que experimentan. Donas (2001) habló sobre la “mirada adultocéntrica”, para referirse a las interpretaciones descontextuadas, debido a que dentro del sistema institucional se mantienen criterios negativos sobre la adolescencia y la juventud, colocándolos al centro del problema, pues son ellos quienes deciden mal y mantienen “estilos de vida” nocivos. Esos posicionamientos anulan el contexto sociocultural, la circunstancia político-económica e histórica que configuran, magnifican y agravan las condiciones verdaderas para el desarrollo.

Con base en lo anterior, el perfil de las MAE permite estudiar con precisión la concreción del PAS, porque el sistema de salud, por ende, las instituciones públicas tienen suficiente información sobre la problemática. Asimismo, en una sociedad democrática como la nuestra guiada por instituciones, el tramo vital definido como adolescencia, goza de amplia protección constitucional, asistido por leyes específicas y tratados universales. Es parte de la responsabilidad que corresponde al Estado y la lleva a cabo dependiendo del conocimiento científico (Merhy, Macruz Feuerwerker, & Burg Ceccim, 2020). No significa afinidad a la ciencia, más bien, la

¹¹ INEGI en línea: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/default.html>

ve como un menú y elige aquello que le ayuda a justificar sus decisiones. Sin embargo, no podemos soslayar que las MAE han sido objeto de los más diversos intereses, políticos, económicos, de salud, de investigación. Stern (2012) cuestionó si el trabajo investigativo se ha dirigido en la dirección correcta, inquirió sobre la decisión de tratar el embarazo en la adolescencia como problema de salud pública¹².

El embarazo en la adolescencia es un objeto de vasta complejidad, pero no es el objeto de estudio, sino el sistema de relaciones que se dan, con motivo de éste, en un hospital público de especialidad, propiamente las interrelaciones entre TDS, MAE y familiares en la concreción del PAS, porque de ninguna forma un encuentro casual. Todo encuentro en la AIN está pautado porque institucionalmente las posiciones están definidas para los TDS, las MAE, incluso para los familiares. No obstante, en la concreción del PAS hay condiciones que no son explícitas y orientan las interrelaciones a una dinámica dialéctica, no sinérgica como propone el diseño del modelo de atención oficial (Secretaría de Salud, 2015). De inmediato entra en tensión porque las acciones que deberían asegurar el ejercicio pleno del derecho a la atención, no se cumplen al conjugarse factores y circunstancias unas externas y otras muy propias de las dinámicas de las instituciones públicas (Fassin, 2012; Auyero, 2012). Sobre todo, cuando se cuenta con un marco legal específico para este grupo etario. Así, las MAE que llegan al HEGO buscando atención, son un baremo para la concreción del PAS, si ocurre en los términos plasmados en el marco legal, las políticas de salud, si recibe los beneficios del conocimiento especializado. Asimismo, si las instituciones públicas cuentan con las condiciones para ofrecer servicios garantizados por el Estado, o si las MAE, como miembros de la sociedad, han logrado apropiarse de las actividades instituidas durante su trayectoria vital que, las faculta para ejercer sus derechos.

¹² Furstenberg (1990) ya había señalado este aspecto, argumentando que, en el embarazo en la adolescencia, convergían factores ideológicos y políticos; movimientos de igualdad entre hombres y mujeres; cambios sustanciales en el sistema de valor, cuestionamientos hacia la estructura social a partir del vínculo matrimonial y, la prominencia de la mujer en la sociedad animada por la perspectiva de género.

1.1.5 LA FAMILIA Y SUS RELACIONES EN EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

En este punto, importa tener presente que la familia también es una institución, pese a la buena cantidad de estudios donde converge la influencia del darwinismo y el materialismo histórico, socialmente se valida como un sistema y nicho de desarrollo de los sujetos, tanto mujeres como hombres adolescentes (Minuchin, Reiter, & Borda, 2021; McGoldrick, Carter, & Garcia-Preto, 2015). Es el espacio donde ocurre el proceso de apropiación e incorporación de la realidad social. Entonces, ni la familia ni sus integrantes escapan a la lógica social, ni son ajenos a las expectativas sociales y culturales. En este punto el trabajo de García Hernández (2016) despierta al interesarse sobre las expectativas de este grupo etario, el trabajo que desarrolla, en la alcaldía Iztapalapa marcada por contrastes sociodemográficos, permite ver esa realidad social llena de claroscuros, porque están las instituciones importantes, pero las mujeres y hombres adolescentes se posicionan y optan por seguir otro sentido. La gran mayoría está lejos de ejercer una conciencia política distinta, de resistencia, más bien, viven su educación como actividad de paso¹³.

A lo largo de su investigación no es claro el lugar que la familia tiene para las mujeres adolescentes. Es decir, la apropiación en términos de los valores adoptados, del acompañamiento que tuvieron previo a su embarazo. En muchos casos las relaciones familiares están sostenidas más en el imaginario que en acciones concretas como corresponsabilidad o colaboración. A veces, el embarazo sucede lejos de la familia y el retorno está marcado por situaciones conflictivas. Asimismo, porque muchas de ellas encuentran marcadas limitaciones para responder a las nuevas exigencias del rol materno y de la vida de pareja. Entonces, el concepto *de familia* tiende a resignificarse bajo lógicas idealistas que se acompaña de marcada dependencia. Las mujeres adolescentes sostienen haberse realizado mediante la maternidad, pero muchas de ellas vuelven para delegar la responsabilidad en el otro, madre, padre o alguna figura adulta.

¹³ El problema es serio porque no es claro el nódulo que articula esta situación tan compleja. Por una parte, está el esfuerzo de las familias por dar la oportunidad de estudiar a sus miembros más jóvenes, es un hecho concreto. Las hijas, los hijos están inscritos en alguna de las instituciones, cumplen los requisitos básicos para asistir a clases. Ahí, se abre un vórtice porque el hecho educativo no se traduce en el acompañamiento, por ejemplo, en términos de la organización y colaboración que deberían compartir docentes, alumnos y familia para hacer de esa actividad un espacio de realización para los sujetos (Delors, 1996).

Los estudios desarrollados con base en la teoría del género sobre la reproducción y el embarazo, parten del supuesto centrandose en la responsabilidad de una figura, sea el Estado o el patriarcado. En la introducción de la obra coordinada por Sánchez Bringas (2014), la autora destaca la importancia de la familia, más que como grupo cerrado, acertadamente reconoce la compleja red de relaciones familiares, pero el problema estriba en la creciente dificultad para delimitarla. La crisis presente no la provoca sólo la ausencia de la figura paterna, la figura materna influye al limitar las responsabilidades de su rol. Por otro lado, no es posible dejar de considerar la responsabilidad de los adolescentes, los valores que adoptan o recusan. No permanecen inertes, optan por relaciones individualizadas, más difusas y laxas. Bauman (2010) diría que son líquidas porque en un momento los sujetos encuentran todos los motivos para unirse en una relación y en otro, para separarse, independientemente del tipo de vínculo socioafectivo que se trate.

La afirmación con la cual inicia el trabajo coordinado por McGoldrick, Carter y Garcia-Preto (2015: 1-44) con la cual señalan que todos nacemos en una familia, merece un análisis más preciso porque el embarazo en la adolescencia no siempre ocurre en el seno de una familia. La incertidumbre es una constante porque las relaciones están afectadas ya sea porque los vínculos están quebrados o son *sui generis*. El esquema que proponen las autoras (2015: 16) para explicar el desarrollo del individuo hace explícita su exposición al entrecruzamiento de circunstancias y condiciones vitales e incluyen su voluntad, la toma de decisiones. De manera que los individuos no son pasivos en la construcción de las relaciones, tienen opción de contribuir o generar tensiones y conflictos.

Las dificultades en torno al estudio de la familia se refuerzan con el trabajo de Minuchin, Reiter y Borda (2021), los tres subsistemas en la estructura familiar que distinguen, actualmente son parciales y difusos en sus funciones. Las figuras parentales no cumplen con su rol, o bien, lo hacen validando conductas y evitando responsabilidades. Entonces, el embarazo en la adolescencia no se da en un arrebatado de emociones y deseo sexual irrefrenable, tampoco en relaciones de poder guiadas bajo dinámicas patriarcales. La decisión condensa los años de no dar importancia a los límites puestos por el subsistema parental, al igual que no construir

relaciones para generar autonomía y corresponsabilidad, de no encontrar sentido en su praxis humana, excepto la prioridad del momento, cada vez más arraigado a lo individual y al deseo de lo inmediato, pero al mismo tiempo más expuestos a las dinámicas del contexto influido por mercado, modela sus valores y les presenta otras vías para construir sus relaciones (Han, 2014; Illouz, 2009).

1.2 CONSTRUCCIÓN TEÓRICA METODOLÓGICA DEL OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio está engarzado en las interrelaciones que ocurren en las instituciones de salud. Las relaciones y las instituciones no son tópicos nuevos en la investigación social. En realidad, no necesitan serlo porque en buena medida los trabajos que nos preceden han seguido líneas que, si bien profundizan en algunos aspectos, no logran articularlos, lo cual limita la reconstrucción de los sistemas. Quizá la mayor escisión radica en la particularización, como sucede con la bina médico-paciente. El detalle está al presentarse como epítome de la atención, limita la comprensión de la AIN, pues concede un espacio marginal a la estructura, organización y funcionamiento. No logra dar mayor nitidez a su estudio, incluso dota al objeto de cierto encanto (Lifshitz, 2021), pero termina en franca discrepancia con la realidad social de la atención pública. El asunto es importante porque el mayor porcentaje de las investigaciones se realizan en instituciones públicas, por lo tanto, genera un serio compromiso con las instituciones y la producción de conocimiento, igualmente con la dignidad humana de pacientes y familiares. Con base en esto, planteamos el objeto de estudio con el propósito de trascender la lógica de “préstamo”, práctica que advertimos en varios estudios antropológicos. Consiste en tomar objetos biomédicos, patologías, proceso reproductivo, incluso algunos procedimientos, y revestirlos de conceptos propios de la disciplina. Al final, las aportaciones acaban como meros señalamientos que recaen <<en el sistema>> o en alguna figura, por lo general los médicos. Como es de esperarse, lejos de contribuir al diálogo, atrae desconfianza y distanciamiento. Además, es común que se aventuren a generar elevadas expectativas, al grado de lo factible. De fondo quedan esas generalizaciones negativas que subsumen el compromiso y esfuerzo

de otros, en las mismas instituciones públicas (Quattrochi & Magnone, 2020; Sánchez Bringas, 2014). Por supuesto, mi posición no es negar o minimizar los eventos negativos que afectan la prestación de los servicios de salud. El compromiso es aprehenderlos con la objetividad, subjetividad e intersubjetividad necesarias para dar cuenta desde la complejidad que entrañan.

Encontramos trabajos bien logrados, incursionan en el campo de conocimiento de otra disciplina y consiguen construir el objeto antropológico, para desvelar aspectos inadvertidos que inciden en el desarrollo de las actividades sustanciales de las instituciones públicas de salud como las de atención (Paulo Maya & Loza Taylor, 2022; Matamoros Sanin, 2021; Ciara Kierans, 2020, Flinker, 2001), las formativas (Hamui Sutton & Sánchez Guzman, 2022; Hernández Zinzún, 2009), o de organización y funcionamiento (Lemus Alcántara & Suárez Rienda, 2022; González Rojas, 2021; Haro Encinas et al, 2013). Son un buen antecedente, pero queda mucho campo por explorar, para superar el claustro administrativo que define la AIN mediante procesos, modelos, manuales de organización y de procedimientos. La discusión inicia y acaba ahí mismo. Es la lógica que domina los campos de conocimiento, las exigencias académicas obligan a mostrar dominio del objeto (Bourdieu, 2002), sea biomédico o administrativo. También, está la necesaria articulación de la institución al marco de la antropología para sustentar el abordaje, para ello desempolvamos <<el trabajo>> como categoría. En la el ánimo de muchos investigadores su relación con el estudio de la salud no es clara porque privilegian la impronta ontológica, la cual colisiona con los aspectos de esa realidad laboral en la que se concreta el PAS. Ningún TDS realiza actividades de altruismo dentro de su jornada laboral, en el fondo mantiene una relación contractual con el Estado. Eso no impide la multiplicidad de sentidos que construyen en torno a su labor.

En la AIN el PAS es la actividad toral, pero se concreta a partir del trabajo, un conjunto de actividades cotidianas en una comunidad que han ejercido enorme atracción por su riqueza simbólica (Descola, 1987). Por eso es de gran valor la noción de CCL, porque en la antropología todavía resuena la visión clásica, orientada por el estudio de lo lejano o extraño. La ventaja de la que gozamos son todos los estudios que han abierto nuevas rutas de estudio, expandiendo los

alcances del campo. No obstante, sí es de nuestro interés hacer explícitos esos puntos de articulación, pero sin forzar los argumentos ni sacralizarlos. En ese sentido, los TDS no cumplen con los criterios de *comunidad* porque carecen de las estructuras simbólicas. No obstante, gracias a los cambios teórico-conceptuales es posible conceptualizarlos en esos términos. Epstein (1957) señaló que estamos frente a la imposibilidad de pensar en el aislamiento de las comunidades, como todavía algunos puristas pretenden. Entendiendo que muchos de esos encuentros no son intencionales o tengan propósitos claros, unos son causales, derivados de la globalidad de las actividades político-económicas, al grado de modelar las prácticas, tal como ha sucedido con comunidades remotas. Las instituciones públicas son parte del desarrollo alcanzado por nuestra sociedad, una comunidad. No estoy sugiriendo que sea el punto a donde todo grupo debe llegar, pero es innegable la fuerza de la dinámica global para trazar el desarrollo de las sociedades (Castoriadis, 2013; Ricoeur, 2012).

Es inconcuso que la investigación se asocie con descubrir o lo novedoso, pero en el fondo resulta restrictivo y peligroso, añadiendo a lo tratado al inicio de este capítulo, puede dar paso a dogmas sobre los objetos de la antropología. La investigación también debe ocuparse de revisar, corregir, replantear, para afinar y coadyuvar la construcción del conocimiento. El criterio aplica al campo físico-natural y al humano-social. Ocuparse de la AIN y del PAS es un acierto porque nuestra organización social es mediante instituciones. Tomemos en cuenta que, más de la mitad de la población recibe atención bajo el marco de la derechohabencia, mientras que, grosso modo, el considerable porcentaje restante lo recibe atención desde la seguridad social. Ambas modalidades resultan de las decisiones político-económicas que dieron origen al SNS (Gómez Dantés, y otros, 2011) más que la consecución de un proyecto de nación que reivindica discursivamente el avance constante, desarrollo, desafíos y franco compromiso con la calidad (Fajardo Dolci, 2018; Frenk Mora & Gómez Dantés, 2008).

El SNS se vincula con la población mediante la emisión de políticas operativas para garantizar la universalidad, cobertura y acceso a los servicios de salud. Sin embargo, como apuntara Castoriadis (2013) lo institucional funciona, resuelva o no

las necesidades concretas de la población. Entonces, el rol del Estado cambia, se convierte en administrador de las necesidades. Sin embargo, la relación de los sujetos, MAE y TDS, con el Estado se torna distante. Cuando surgen los problemas no apelan a la entidad, sino *al otro*, al que está presente, pero no es parte de sus reflexiones el hecho de que se encuentran y relacionan en la misma estructura definida por el SNS. En consecuencia, escapa a su plano de realidad cómo afecta sus interrelaciones en el hospital (Kierans, 2020).

La estructura es un factor que modela el tipo y el sentido de las interrelaciones en el CCL. Ese aspecto fino de la atención marcó la directriz para reflexionar en las asimetrías en las interrelaciones, por ejemplo, en la bina médico-paciente el marco relacional de ambos es la estructura y, *strictu sensu*, no concede ventajas para ninguno. En el concepto horizontalidad encontramos la base para sustentar nuestro argumento. Cornejo (2019) señala que se construye de forma intencional, pero hay que distinguirla de la práctica académica y de investigación, del sentido que permea la praxis humana y se hace explícita durante el posicionamiento social-humano de los TSD, las MAE y sus familiares durante el PAS. La <<horizontalidad>> no significa negar las condiciones de subsunción ya descritas, pero sí evita seguir llanamente el cauce de lo hegemónico, el poder médico o el patriarcal. Apesoa Varano & Varano (2014: 107-108) registran cómo se concreta la atención, no responden a la descripción ordenada de los modelos administrativos. Dentro de una misma institución los involucrados en el PAS adoptan posiciones, en circunstancias que se desbordan ante la complejidad de los problemas de salud de los pacientes.

La horizontalidad en el CCL es una condición inadvertida, hasta cierto punto, para los sujetos que se relacionan, pero jamás debería justificarse su omisión. En el caso de los TDS es útil para establecer los cruces entre disciplinas que propician debates, conflictos, tensiones a partir de la praxis humana. Los sujetos se posicionan dentro de un campo de conocimiento para relacionarse con *el otro*, sea de la misma disciplina o no. El asunto se replica en las relaciones entre TDS y MAE y sus familiares. Tomemos en cuenta que el PAS tiene como consigna la individualización, pero eso no elimina la horizontalidad porque el proceso salud-enfermedad siempre está en relación con *los otros*, las circunstancias vitales, su

biografía, actividades, dinámicas, ideas, emociones, conocimientos, prácticas. Eso plantea serios compromisos éticos, humanos, sociales y académicos que deben hacerse visibles (Fortuny Loret de Mola & Solís Lizama, 2019).

Definir el objeto es condición prístina para dar claridad al estudio, mas no le confiere rasgos estáticos, sobre todo, si hablamos de interrelaciones. El dinamismo que entrañan da cuenta del sistema al que pertenecen. El trabajo coordinado por Gluckman (1964) advierte sobre los cambios necesarios que conviene hacer en el trabajo antropológico, no ayuda mantenerse bajo cánones teóricos y conceptuales. Cuando se estudia una realidad social en esencia es cambiante, plantea nuevos desafíos y exigencias al investigador. No significa que desechar lo anterior y asumir la obligación de construir un marco totalmente nuevo. La guía es correcta es tener presente que se trabaja en sistemas abiertos y este enfoque no antagoniza con los supuestos de estructura y dinámica.

1.2.1 ATENCIÓN INSTITUCIONAL (AIN), CONTEXTO CLÍNICO (CCL) Y PROCESO DE ATENCIÓN A LA SALUD (PAS).

La primera noción clara en mi protocolo de investigación, fue la de atención institucional (AIN) porque representa la parte estructural del SNS y establece las pautas de acción para todos los involucrados (Frenk Mora & Gómez Dantés, 2008). El punto fino aquí son todos los supuestos que convergen a partir de lo institucional y la distancia con la realidad social¹⁴. Entonces, para entender la atención

¹⁴ En el trabajo de Murayama y Ruesga (2016) podemos observar los elementos que aparecen constantemente en el trabajo, lo formal dictado por <<lo institucional>> y la realidad social, los aspectos “tangibles” de la realidad social. En lo formal los sistemas de salud comparten criterios muy claros para operar. Por ejemplo, encuentran los mismos retos vigentes a los cuales todo sistema de salud debe dar respuesta, para ello siguen líneas biológicas, epidemiológicas, demográficas, económicas. No es la mera acumulación de términos, lo biológico se refiere al conocimiento especializado sobre las enfermedades y nuevas enfermedades, lo epidemiológico específicamente al concepto de transición debido al paso de enfermedades transmisibles a las no transmisibles, lo demográfico versa sobre la transición generacional, por el incremento del grupo de adultos mayores, la máxima alcanzada por la población joven y la gradual reducción de la infantil. Cada grupo con sus particularidades. En el caso del grupo etario ubicado en la adolescencia, abiertamente afectado por las ETS y los embarazos no deseados y un par de décadas atrás los problemas de obesidad y diabetes. Comparten también términos muy propios del ámbito político, pero a lo largo de su trabajo se observan las distancias del significado, pues no es lo mismo ser ciudadano de Canadá que de México, aunque el discurso apele a la declaración de derechos humanos, reuniones cumbre y modificaciones constitucionales. El

precisamos una base que la distinga de las distintas prácticas y las expresiones que adoptan. Como ya señalamos se trata de una actividad antrópica (Attali J. , 2010) y adopta múltiples expresiones porque es parte de la vida misma (Boixareu, 2016:115-122). La AIN no escapa a esa lógica, es otra forma de entender la salud y organizarse para preservarla. Los individuos que conforman ese grupo encuentran ahí una representación específica, congruente a su contexto histórico-social. Con base en esto, la defino como la estructura de diseño legal-administrativo y político-económico que norma la prestación de los servicios públicos de salud. Regulados por instancias burocráticas con responsabilidades puntuales y distintos niveles de autonomía para crear servicios clínicos, asignar códigos y definir funciones técnico-científicas y administrativas, aplicables para TDS, pacientes y familiares.

La AIN como concepto permite fundamentar un aspecto sustancial para la discusión y el análisis. Todo aquél que busca atención en una institución pública, entra en contacto con las estructuras instituidas histórica y socialmente. Este hecho confiere a los sujetos un bagaje de conocimiento con distintos niveles de apropiación. Resulta congruente con nuestro marco sobre el proceso histórico-social. La posición de los sujetos frente a las formas de atención en la época prehispánica, la Nueva España y el convulso periodo revolucionario (Kumate, 2010; Hernández Zinzún, 2009; Ortiz de Montellano, 2005, Fajardo Ortiz, Carrillo & Neri Vela, 2002). A la supuesta democracia consolidada donde encontramos al sujeto de derecho que asume responsabilidades para ejercer sus derechos no frente a otro, sino ante las instituciones (López Moreno & López Arellano, 2015; Carbonell & Carbonell, 2013; Cano Valle, 2010). Por lo tanto, todas las relaciones que sostienen los sujetos ocurren dentro de ese sistema, donde la figura del médico es un elemento más, pero el trabajo de Hernández Zinzún (2007) en el emblemático Hospital General, muestra la prevalencia de relaciones y prácticas de la perenne desigualdad, pobreza y rezago en las instituciones públicas de salud.

La segunda noción fue el CCL, aunque hay abordajes institucionales centrados en el nivel micro (Goffman, 2006) los planteamientos giran en torno a la interacción

ciudadano canadiense no enfrenta las mismas circunstancias para ejercer su derecho a la salud como el ciudadano mexicano. Asimismo, los TDS de esa nación se posicionan de forma diferente que los de la nuestra.

con fuerte valor interpretativo. Mi interés se distancia teóricamente porque el sujeto concreto dista de ser un actor que representa un papel, y sus circunstancias no son un escenario; se trata de asuntos sensibles de enorme complejidad. En la AIN los sujetos se posicionan y toman decisiones que les afectan o benefician, a veces significa moverse “a tientas”, pues el marco que les respalda, también limita sus opciones. Es decir, la iniciativa de los TDS encuentra restricciones muy claras para su praxis. Asimismo, pacientes y familiares no pueden ejercer su derecho a la salud conforme le guíe su necesidad o lógica. Ambos se encuentran y comparten *espacios* determinados, atravesados por la temporalidad. El rasgo distintivo de la AIN es que los sujetos no sostienen relaciones binarias.

Nos apoyamos en el concepto de espacio antropológico desarrollado por Bueno (1996: 89-114). Su trabajo es denso, pero, grosso modo, distingue tres ejes de interrelación, integra la relación consigo mismo, con el otro y el entorno. La circularidad que propone junto con los ejes permite distinguir y abordar el sentido de las interrelaciones. Así resuelve el problema de la linealidad y fundamenta los elementos circundantes que dan paso a lo simbólico. Entonces, los espacios de encuentro, físicos y temporales, son también relacionales, por ende, antropológicos. La sólida propuesta es pertinente y nos ayuda a repensar el planteamiento de Foucault (2001) donde destaca la relación de poder a partir de la especialización del conocimiento y convirtió <<la clínica>> en recinto de conocimiento y dominación, seguido del cisma sociocultural, pero nunca fue así porque el acucioso análisis de Foucault está inscripto en un momento histórico que tuvo impacto social no sólo en el encuentro médico-paciente.

El énfasis es académico, destaca el distanciamiento y ruptura con lo social, pero tenemos de fondo que la especialización alcanzada por la medicina, al aplicarlo siempre tendrá correlato social. La razón principal es que se trata de un fenómeno antrópico, demanda la presencia *de otro*, quien comparte los mismos atributos humanos, por ejemplo, su indivisibilidad (Zubiri, 2006; Zemelman, 2005; Todorov, 2005). En consecuencia, cada encuentro es permeado y articulado por los sistemas simbólicos que dan sentido a la praxis humana (Kosik, 1976). Con base en esto, defino el CCL como el encuentro espacio-temporal de sujetos que se posicionan

para establecer relaciones, con mayor o menor nivel de consciencia sobre la estructura preestablecida y los sistemas simbólicos presentes. Así, las relaciones pueden tomar diversos sentidos: normativo, colaborativo, tensión, incluso conflicto, y de consenso. La característica de estos sentidos es su interdependencia. Aunque los modelos administrativos los presentan por etapas, en realidad, confluyen.

La última noción es el proceso de atención a la salud (PAS), nuestro el objeto antropológico. Lo defino como las interrelaciones entre TDS, MAE y familiares a través del cual se concreta la atención institucional a partir de la praxis humana, que funciona como crisol donde se funde conocimiento, saberes, experiencias, prácticas, la subjetividad e intersubjetividad. Aquí recupero el trabajo de Kosick (1976), en su dialéctica de lo concreto presenta la praxis humana como eje de la concreción. Al tratarse de sujetos concretos, sus acciones no son improvisadas, expresan parte de su biografía, valores, conocimiento y experiencia. La atención de la salud no se reduce a ejecuciones técnico-científicas, tampoco a la observancia de normas, la praxis humana, base de la concreción, está revestida de subjetividad. La aproximación hacia este objeto, anticipaba una tarea compleja porque oscila entre lo individual y lo colectivo, trata del encuentro, entrecruzamiento y fusión de acciones que no dependen únicamente de los sujetos, influyen las circunstancias en las que se interrelacionan.

1.2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando hablamos de atención a la salud, anticipamos un tema vasto, por el entramado legal, económico, político, biológico, científico, tecnológico, cultural, social e histórico, que lo convierten en objeto poliédrico. Entonces, es susceptible de diversos abordajes, por ejemplo, es factible presentarlo de forma objetiva, en sentido positivista, y reducirla a sus componentes biológicos, sean reacciones bioquímicas, estructuras moleculares o genómicas. Los hallazgos tienden a reorientarla. El mismo objeto visto desde otra disciplina se centra en la operatividad, lo cual justifica su intervención para diseñar políticas, modelos, programas o procedimientos. Aunque, el impacto sea magro por la lejanía que mantienen con la

realidad social. Asimismo, el interés para orientarlo hacia lo simbólico, significados y representaciones de la salud, la enfermedad, o las prácticas curativas, se muestra con la abundante producción de la antropología y sociología principalmente.

Las disciplinas explican con precisión, los aspectos finos del objeto, pero al mismo tiempo ha propiciado distanciamiento con la realidad social, por ende, humana. El más evidente es que el cuidado de la salud, siendo de origen antrópico, hablamos de sus articulaciones biológicas, socioculturales, medioambientales, demográficas, políticas (Attali, 1981; Laplantine 1965), aparece modelado por los marcos disciplinares y abre un campo fértil para fundamentar la producción teórica. Muchos convenientemente recurren a la fragmentación, por ejemplo, al modificarse la organización y los medios de producción, el comercio y la economía, es inconcusa la influencia e impacto sobre la forma de atender las necesidades y problemas de salud. Aunque, de fondo se trata de la misma necesidad humana. Estos aspectos, un tanto inadvertidos, porque no somos seres omnímodos, otro tanto intencionales pues hay intereses particulares, dan paso a la territorialidad disciplinar. Vivimos en la época de la producción de evidencia, lógicamente las disciplinas que producen conocimiento científico y desarrollan tecnología, logran posicionarse, hasta marcar los derroteros de la atención.

La atención a la salud no puede entenderse más en la bina relacional médico-paciente. Sin embargo, ese cuadro continúa siendo representativo, pero no favorece el análisis de la AIN por la imagen reduccionista que entraña. Holmes (2013) argumenta cómo se presentan a la sociedad imágenes que sugieren realidades atractivas, deseables y al mismo tiempo invisibilizan las circunstancias particulares de los sujetos detrás de los productos. El campo de la salud es ajeno a esa dinámica, escuchamos grandes ofrecimientos políticos, presentan la salud como derecho, los acompañan de garantías como universalidad, cobertura, accesibilidad, calidad. Sin duda, rasgos deseables para una sociedad como la nuestra organizada mediante instituciones, pero la atención se concreta en condiciones muy distantes, mediante interrelaciones entre TDS, MAE y familiares, quienes se encuentran y relacionan dentro de las estructuras públicas. Asimismo, otros cuadros se presentan

basados en el poder, las asimetrías, la dominación, la hegemonía, demeritan y anulan el esfuerzo, el compromiso y la colaboración.

Las instituciones públicas de salud son la expresión concreta de las acciones del Estado que, primeramente, ratifican su rectoría y la forma en que responde a las necesidades de la población. Subyace la fina idea del proyecto de nación, la conciencia de los retos y desafíos, así como de la claridad de los fines que se persiguen (Fajardo Dolci, 2018; Kumate, 2010; Juan, 2002; Fajardo Dolci, Carrillo, & Neri Vela, 2002). Así, el discurso se abre como fuente de ofrecimientos *cuasi* infinitos, no por mera ideología, sino apelando a la solidez institucional alcanzada. La salud para el Estado es una prioridad, le asigna una partida presupuestal y creó la Secretaría de Salud para tutelar las acciones. Bajo esa lógica, pensar en fracaso es improbable porque actualiza sus avances y no niega los desafíos y compromisos pendientes por resolver. Sin embargo, los especialistas del más alto nivel señalan la urgencia de modificar el sistema de salud (Murayama & Ruesga, 2016; Carbonell & Carbonell, 2013; Cano Valle, 2010).

Cuando una MAE busca atención y acude a alguna institución pública de salud, llega a la estructura de la AIN, el marco que pauta sus interrelaciones con los TDS y sus familiares, por ende, la triada está sujeta a la verticalidad de su organización y funcionamiento (Rossi, 2018). Sin embargo, entre el grupo de TDS algunos permanecen en su visión monádica disciplinar, afirman que, sin importar los cambios en el sistema de salud, la consulta médica seguirá siendo el núcleo de la atención (Pendleton, Schofield, Tate, & Havelock, 2003). El argumento tiene cierto grado de razón, pues los pacientes quieren escuchar al médico, pero hay un vacío inadvertido, la voz del especialista no es diáfana fuente de sapiencia y objetividad, forma parte de un todo. Es decir, el diseño de la estructura también afecta y modela su praxis, comparte la misma condición durante sus interrelaciones y el nivel de conciencia sobre los elementos que inciden en ese encuentro es heterogéneo.

Contamos con trabajos precedentes, bien logrados, destacan los antagonismos entre las figuras centrales en el PAS, desde la episteme *docto-lego* (Foucault, 2001). No obstante, hay una limitación, el sesgo para avanzar en el análisis de la atención como proceso y la profundidad en el conocimiento porque la discusión se centra en

la figura dominante y su contraparte dominada. En el presente, tendríamos que asumir una postura radical, presentar a los TDS como agentes estatales de control. Para no caer en la trampa, la tarea obligada es contextualizar porque los sujetos que se relacionan lo hacen en otro momento histórico-social, dentro de instituciones públicas, entidades altamente normadas para regular el comportamiento de TDS, MAE y los familiares.

Otro problema que se añade es la idea del sujeto moderno, encumbrado en la razón. Base para afirmar la supuesta distancia abismal entre el sujeto del siglo XIX con el del presente siglo. Abiertamente recuso la idea del hombre moderno, enteramente racional, como si se tratara de un estadio evolutivo. Mi marco de referencia es la continuidad y discontinuidad inherentes a la humanidad que influyen y modelan sus circunstancias de vida individual y colectiva (Castoriadis, 2008). La realidad nos ayuda a contrastar y relativizar el asunto, si tomamos en cuenta el denso marco normativo cimentado en criterios de objetividad, convoca a lo racional, pero nada garantiza la apropiación e internalización de reglas y normas. Los sujetos, con mayor o menor conocimiento, habilidades sociales, competencias cognitivas, bagaje cultural, las utilizan, modifican o rechazan, sea por atender a la razón, al impulso, a intereses particulares (Brinks, Levitsky, & Murillo, 2019).

Lo concreto abre el umbral de una dimensión que precisa estudio acucioso porque desvela continuidad y discontinuidad, colaboración y conflictos, los cuales configuran la realidad social de la AIN. El asunto nodal en este trabajo es analizar el PAS allende su diseño administrativo, así como el enfoque cientificista que resalta el conocimiento especializado y secundan las asimetrías relacionales donde queda poco discutir. Ha provisto material profuso para trabajos centrados en el poder y la hegemonía, pero no logran articular los elementos sociales y culturales que convergen en la institución. La AIN es reflejo del modelo político con su raigambre democrática y derechohumanista, es emblemática para la seguridad social, eterna deuda del Estado con la población (COPLAMAR, 1989).

La AIN no antagoniza con la multiplicidad de sentidos, el Estado sabe de la variabilidad en las interpretaciones del marco. Aun así, logra organizar y regular las actividades, más no unificarla ni siquiera bajo la solidez de la evidencia científica.

La premisa en las instituciones públicas de salud la AIN es concretarla, sucede mediante la praxis humana, crisol de ideas, saberes, conocimiento, valores, prácticas sociales, ancladas al imaginario social y expresadas a través de posicionamientos adoptados durante el PAS por los TDS, las MAE y sus familiares en el CCL. Así, el PAS a veces se alinea al diseño administrativo, otras veces se decanta por las prácticas laborales y sociales, alejándose de los procedimientos establecidos. No puede tratarse como actos de desviación del estándar, TDS, MAE y familiares buscan resolver situaciones diversas, ofrecer o mantener beneficios, defender intereses, sean los de la institución, de los TDS o las MAE y sus familiares. Lo más difícil es concretar el PAS con la base del bien común, entendido desde el trabajo de Finnis (2011). No obstante, siempre se mantiene en pugna por cuestiones histórico-sociales, técnico-administrativas y valorales.

El PAS es una actividad sustancial para el sistema de salud, gran parte de la estructura administrativa se enfoca en diseñar, dirigir y evaluar distintos aspectos con el propósito de mejorarla, es el nivel meso. Asimismo, para millones de personas es el único recurso que les permite atender necesidades concretas. Las causas y circunstancias que las motivan son múltiples. El riesgo es romantizar el asunto porque la necesidad no se traduce en disposición para escuchar y seguir indicaciones, incluso si cuenta con evidencia científica. Por otro lado, la praxis de los TDS tampoco es unidireccional, no todos se posicionan de la misma forma para atender a las MAE. Hay buenas aproximaciones a esa realidad, el trabajo de Hamui Sutton, Fuentes García, Aguirre Hernández, & Ramírez de la Roche (2013) registra cómo el funcionamiento de las instituciones públicas se distancia de las necesidades de pacientes y familiares.

El Estado pone a disposición de la sociedad, instituciones para cubrir algunas necesidades de la población, pero la agenda pública tiene otras prioridades, no depende únicamente de las necesidades concretas de la sociedad. El ámbito político es el punto de origen, diseña leyes, reglamentos, normas, guías, modelos, o sea, la estructura. Continúa el económico, el Estado debe asegurar el origen de los recursos económicos, es del conocimiento público que la asignación se mueve por conveniencia, es menos costoso manejar las prioridades mediante programas

en lugar de manejarlos como servicios clínicos¹⁵. A esto, le sigue lo operativo, pues implica dotar de los recursos materiales y humanos para la prestación del servicio. Cada tramo sucede de acuerdo a las prioridades de la agenda política, esto permite reportar el nivel de cumplimiento de los compromisos contraídos con la agenda internacional, la cual contempla el embarazo en la adolescencia. Entonces, la política de salud es un instrumento homogeneizador de la realidad social, por eso no se pone en duda que se trata de un problema de salud pública. En consecuencia, se convierte en prioridad y responsabilidad de las instituciones.

La organización a nivel meso es fundamental para garantizar la prestación de los servicios de salud. Acto seguido, es la cascada de acciones administrativas que diseñan la parte operativa, inicia por lo general con programas. Acción estratégica dado su carácter temporal y aplicación paulatina. Es una ruta paliativa, así ninguna institución pública está obligada a adoptarlo, tampoco puede ser omisa, siempre hay un margen de acción que se traduce en niveles de cumplimiento de la norma (Lemus Alcántara & Suárez Rienda, 2022). La autonomización institucional asegura la producción de datos y aportará la evidencia sobre el cumplimiento de la indicación administrativa. Esto anticipa que en el PAS hay niveles de concreción. Aunque se mantiene dentro del marco normativo, existen las particularidades, por tanto, toman distintos sentidos a los planteados en el modelo de atención.

Según el modelo de atención integral la prestación del servicio sucede bajo tres supuestos, el de la multidisciplinariedad, el humano y el social (Secretaría de Salud, 2015). El primero hace referencia a la forma de trabajo en las instituciones públicas, plantea un alto nivel de organización fundamentado en bases filosóficas, teóricas y metodológicas. El término se ha popularizado, influyendo y acotando el discurso de los TDS, antes que su praxis. La polisemia incide al entender, lo multidisciplinario como sinónimo de trabajo en equipo o colaborativo, favorece la idea de una llana

¹⁵ La atención paliativa es buen ejemplo de esto. En el Atlas de Cuidados Paliativos observamos los distintos niveles de realización, aun cuando se trata de una prioridad internacional (Pastrana, y otros, 2012), cada país responde de acuerdo a sus recursos, invariablemente todos parten del diseño de políticas. Suárez Rienda y Lemus Alcántara (2021) detallan la conveniencia de contar con un programa de atención paliativa y las dificultades que tiene en términos operativos a diferencia de los servicios clínicos. Sin embargo, satisfacía los criterios institucionales para acreditarse y sostenerse dentro de un programa de calidad porque le redituaba la asignación de recursos económicos. Es parte de los manejos políticos de las instituciones de salud, pues la captación de recursos da la libertad de desarrollar otras actividades como la investigación.

disposición a trabajar con otros, o bien, pensarla como actividad sumativa donde cada uno atiende una parte que al final se unen. A pesar de las imprecisiones se sostiene por la participación de múltiples disciplinas en el PAS.

La idea sobre lo multidisciplinaria sirve como fundamento de lo humano porque cada *disciplina científica* ha desarrollado sus propias bases ontológicas. Así exponen las pautas que deben observarse y justifican el beneficio que brinda su intervención. De fondo hay un reconocimiento tácito, la praxis del profesional no se reduce a ejecuciones técnicas, implica una relación. La ontología funcionaría como estructura de análisis y reflexión *del hacer* en función *del otro*. Entonces, los profesionales del campo de la salud cuentan con recursos filosóficos para construir y dirigir sus relaciones, para evitar caer en improvisaciones. Sin embargo, no todos los TDS entran en la categoría profesional, en el sentido académico, la ausencia de esas bases ontológicas se suple con acciones institucionales que expresa mediante códigos de conducta y ética. El HEGO, como toda institución pública, se adscribe a la lógica de la cultura laboral y sin problema adopta y asume la pléyade de términos dimanados de la visión gerencialista.

Lo multidisciplinario y lo humano, administrativamente son congruentes con el marco social de nuestro tiempo. La AIN ocurre en el seno de la vida institucional, tutelada por los derechos individuales y los preceptos de democracia. En ese orden institucional es impensable la no participación del paciente, porque la atención se planifica pensando un tipo de individuo, a quien le reconocen sus derechos. Entonces, su prerrogativa es participar en las dinámicas institucionales. Aquí aparece un vacío, dado que la AIN parte del conocimiento altamente especializado y mucho se ha escrito sobre la distancia entre los especialistas y pacientes, pero el modelo oficial simplemente lo borra al plantearlo como un eje en la relación entre los TDS y las pacientes. Asume que, cada uno sabe qué le toca hacer, cuál es la función a desempeñar y cómo colaborar para brindar el máximo beneficio, logrando la plenitud del derecho de las pacientes. Esto significaría que las MAE y sus familiares poseen sólido entendimiento del funcionamiento del HEGO, sobre todo, de la libertad para participar activamente en su PAS.

1.3.4 LA NARRATIVA EN EL PAS

La característica de algunas disciplinas es la pulcritud para delimitar su campo. En buena medida les allana el camino para definir objetos y métodos, bajo la premisa de distanciarse de la realidad social. Es la ruta segura de la objetividad. Sin embargo, la idea se ha cuestionado fuertemente, sin que necesariamente haya cambiado, a pesar de las aportaciones filosóficas, especialmente epistemológicas. Sumemos las contribuciones disciplinarias que fundamentan la participación de otras y les permite avanzar como la cibernética, la robótica, o los campos que convocan a múltiples disciplinas, ecología, astrobiología, pero el problema de fondo permanece, la articulación del conocimiento y la metodología.

El campo de la salud tiene la misma problemática, ya señalamos algunos puntos nodales sobre los problemas epistemológicos y metodológicos persistentes en la construcción del conocimiento. Argumentamos que no tiene una única fuente, pero mi posición no está abierta al eclecticismo. Entendiendo el serio problema de la fragmentación (Castoriadis, 2008) la congruencia está en construir los vínculos, justificar la articulación entre disciplinas y las herramientas utilizadas. El caso aplica porque decidimos trabajar por medio de entrevistas y narrativas que pueden entrar en contradicción por tratarse de dos rutas distintas. Conviene distinguir si en el fondo hay cismas epistémicos o es la posición del investigador que, privilegia el purismo. Es válido, pero debe hacerse explícito. Por el contrario, si el propósito es conocer <<la experiencia>> de los sujetos, nuestra metodología debe precisar los alcances.

La entrevista nos permite plantear y mantener ciertas directrices, pero con el riesgo de inducir al otro a mantenerse en cuestiones estrictamente técnicas porque en el fondo, las preguntas le implican como profesional y trabajador. Entonces, considerar que está abierto a expresar aspectos a nivel personal, podría parecerle una debilidad ya que la entrevista también tiene contexto. Por ejemplo, las entrevistas con los TDS tuvieron lugar en el HEGO porque muchos debían presentarse a otro trabajo, a su posgrado o atender responsabilidades familiares y domésticas. El contexto de la entrevista, el área, el uniforme, el hacer de los demás, afirmaba en todo momento su rol y posición, el conjunto funciona como ancla de la

estructura y supondría un sesgo. Sin embargo, sucedió lo contrario porque les animó a ahondar en su experiencia como trabajadores.

La entrevista como técnica, tiene que irse ajustando de acuerdo al propósito del investigador (Kvale, 2011), responsable de hacerlo explícito a su entrevistado, pero el desarrollo se va moldeando. Ahí, nos aproximamos a la continuidad con otros recursos, por ejemplo, el de la narratividad. En la entrevista podemos hacer preguntas que guíen al otro mantenerse en niveles altamente técnicos, en la esfera del conocimiento especializado. No obstante, también le podemos solicitar que lo articule con su cotidianidad, su praxis humana. Hamui Sutton (2018: 12-13) detalla los elementos que configuran la narrativa en el campo de la salud, cómo se entrelaza el sentir y pensar del sujeto, cómo influye el contexto, las circunstancias sociales. Asimismo, el posicionamiento del sujeto, sus decisiones y aquello que las permea, ideas, valores. Entonces, el propósito se torna más fino, más íntimo, lograr que la persona abra ese mundo personal, su visión sobre la realidad social. Nos interesa escuchar al sujeto histórico, social, político, biológico, cognoscente, psíquico (Zemelman, 2005). El sujeto que habla desde su unicidad como atributo de su ser (Zubiri, 2006) y le da sentido y significado a su praxis y a sí mismo.

En el caso de las MAE la petición de su producción narrativa no fue enfocada al significado o representación del embarazo. En algún momento aparecieron y se dejaron fluir porque les permitía ordenar su historia, darle congruencia y significado. Además, permitía entender dónde se posicionaban durante el PAS. Además, resultó coadyuvante en la articulación con la AIN, esa forma particular que construimos socialmente para atender necesidades específicas. Eso es parte de su realidad social, pero no garantiza que las MAE hayan logrado el nivel correcto de apropiación de las instituciones por las que han transitado durante su vida. Por ello, su narrativa era sustancial, debía fluir con libertad, era su decisión qué tópicos incluir porque daban sentido a su experiencia y cuáles dejar fuera. Muchos estudios destacan eventos neurales en el embarazo como el parto o la maternidad, pero ambos ocurren precisamente en una institución pública como el HEGO. Aunque ante la mirada especializada del médico se trata de un evento obstétrico, el trabajo de parto para las MAE no se reduce al desencadenamiento de eventos fisiológicos, tampoco

a la realización personal vía la maternidad. La prioridad para muchas de ellas es concluir el embarazo, que por fin termine el dolor, la incomodidad, las limitaciones que experimentaron las últimas semanas.

La pertinencia en el uso de la narrativa es porque no busca la verdad del hecho, sino su sentido y significado, cómo el sujeto se apropia de los eventos y los expresa. Es una necesidad porque le dice algo sobre sí mismo y la relación con los otros, madre, padre o pareja, aun en circunstancias adversas, marcada por la precariedad. Las vive, está expuesto y recibe su impacto al ver modelo su lógica vital (Bronfman, 2000; Lewis, 1967). La vulnerabilidad envuelve su realidad, es consciente de ello, pero no poderse apartar de tal condición, es lapidario para su existencia. Ante la imposibilidad de resolverla, sólo queda paliarla mediante la narrativa para darle otro sentido, pero no es asunto totalmente individual, no encontrar el apoyo que requiere en las instituciones agrava el problema.

Es un tema central en el trabajo porque muchas investigaciones en torno a la experiencia del embarazo en instituciones públicas, si bien son congruentes cuando se mantienen bajo la teoría del género, por ejemplo, lo hacen escindiendo al sujeto de su raigambre histórico-social y generan asimetrías en el sistema relacional que indagan (Sesia, van Dijk, & Sachse, 2014). La contradicción aparece en la ruptura entre el nivel meso y el micro, porque el sujeto no existe aislado del modelo político que pauta las interrelaciones sociales y lo define como sujeto de derecho, por ende, no debería tener dificultades para ejercer sus derechos. Se trata de un principio organizador de la realidad social. Entonces, las MAE gozan de garantías que velan por sus derechos, pero la evidencia da cuenta de las dificultades para ejercerlos. Claro, el propósito no es contradecir las pruebas, si no los reduccionismos y restan importancia al sistema, pero como no hay acción sin sujeto, emergen figuras con facultades desmesuradas, por ejemplo, es muy difundido el poder desmedido de los médicos y sus prácticas hegemónicas en el *encuentro clínico*. Asume de fondo que, los servidores públicos intencionalmente trasgreden el marco jurídico que tutela los derechos de las pacientes. Son afirmaciones que privilegian las asimetrías y base de las agudas críticas que poco ayudan a aprehender el sistema.

La directriz que tomo en la narrativa es desde la propuesta de Bruner (2003), entendiéndola como actividad humana. El sujeto tiene necesidad de dar sentido a sí mismo y en parte lo consigue mediante la experiencia, no se ocupa sólo del evento externo haciendo de éste un ejercicio intelectual, lo incorpora, le dice algo sobre sí mismo. El uso de la narrativa en investigación tiene varias aristas, la desventaja es que los debates teóricos se toman como impronta de la realidad social, heredándole sus problemas. Strawson (2013) dirige su crítica hacia el fundamento de la narrativa, le parece insuficiente para sustentar la construcción de la identidad, distingue dos tesis, la psicológica y la ético-normativa. Con esta base recusa el fundamento psicológico al cuestionar la asunción del sujeto narrativo, a su juicio la piedra angular se tambalea cuando se manifiesta la negativa para narrar por mera preferencia por lo episódico. Sin embargo, Bruner (2003) argumenta que la narración es actividad humana que le permite dar sentido a su vivencia. No habla de ordenar desde su definición tradicional, sino la que viene de incorporar lo externo, apropiárselo. Buscar límites precisos conlleva a conflictos estériles porque es prácticamente imposible definir un tipo de sujeto narrativo en su forma más pura, de otro episódico que evite a toda costa la narrativa de su ser.

En este trabajo, la narrativa ayuda a clarificar el posicionamiento del narrador, sea MAE o TDS, frente al *otro* y el sentido de su relación en ese tramo que definimos como PAS. Las MAE no dejan de ser personas por tener una necesidad particular como la atención de su embarazo, mantenemos el principio de unicidad porque trae consigo “ese mundo personal”. Su rol como paciente no anula su visión sobre la realidad social. Destacamos el horizonte que se abre a través de la acción genuina y concreta de escuchar al sujeto histórico, político, biológico, cognoscente, social (Zemelman, 2005). No se trata de muchos sujetos, ni privilegiar a alguno, es aquél que habla desde su unicidad, atributo personal (Zubiri, 2006).

Lo anterior no pretende dar por agotado o resuelta la crítica de Strawson (2013). En un sano ejercicio de reflexividad, la pregunta es pertinente ¿todos los sujetos son narrativos? ¿cuáles características debería reunir? Esto me hizo pensar si los sujetos participantes cumplirían con la expectativa de ser fuentes narrativas. Asimismo, debía considerar las diferencias entre ellos y de qué dependería obtener

esa nutrida narrativa. Bruner (2003) aporta una premisa teórica, el sujeto es narrativo, se trata de un atributo, congruente con la impronta gregaria del humano. No obstante, la narrativa será más o menos densa o abundante, profunda o superficial, dependiendo del tiempo que el sujeto se dedique a sí mismo, los recursos de los cuales se ha apropiado y las habilidades desarrolladas. Aspectos que nos conducen al innegable modelaje político- económico, social-histórico, de los sujetos. Por ejemplo, ninguna de las MAE tenía condición de analfabetismo, pero el beneficio de educación pública no asegura el mismo desarrollo para los sujetos. En cambio, sí vemos los efectos de las lógicas de mercado que presenta a los sujetos un tipo de realización más inmediata, vaporosa, pero sumamente atrayente mediante el consumo, el cual le dice algo sobre él y su pertenencia a su sociedad (Han, 2014; Baudrillard, 2009).

Dentro de ese contexto es claro que los sujetos, si bien tienen capacidad para narrar, en el marco de los argumentos expuestos, no contarán con los mismos recursos para hacerlo, pues la apropiación de lo institucional es heterogénea, igual que los posicionamientos personales. Es decir, el momento en el que el sujeto se dispone a la narración, amén de lo expuesto por Poulos (2008) que es compatible con la idea de *lo detonante* de las preguntas y el momento. Con esta base defino mi posicionamiento, al reconocer el potencial narrativo de los sujetos concretos, sin el exceso de verlos exclusivamente como fuente narrativa. En este punto, retomo la condición de horizontalidad (Corona Berkin, 2019) donde los instrumentos son más que medios para extraer información, cumplen con su función herramental y referente para guiar al otro, animarlo a narrar y dar sentido a su experiencia.

En la narrativa hay otra vertiente que no podemos pasar de largo, atañe en particular al análisis, elemento inmanente del trabajo. Me siento en la obligación de trazar los límites teóricos, específicamente algunas distancias necesarias. Académicamente hay un reconocimiento en torno a la narrativa como género literario y enfrenta problemas propios que no podemos resolver fuera de éste. Es práctica común tomar en préstamo conceptos de otros campos y lejos de aclarar o precisar las ideas, genera pugnas y miradas recelosas, muchas veces, bien ganadas (Sokal & Bricmont, 1999). La ventaja de los trabajos antecedentes son los

elementos útiles para la reflexión y debate. Los problemas en torno a la narrativa como género literario son añejos, en sus inicios buscaba responder a otro tipo de cuestiones. En Eichenbaum (1978) encontramos que los sujetos recurrían al relato, era un ejercicio de dominio público, al menos un sector de éste, empíricamente aparecían y salían de los hechos, tomaban el control en algunos tramos y se mantenían a distancia en otros. La dinámica sigue vigente y es óptima para el presente trabajo, pues los sujetos deciden lo que integran, lo que dejan fuera y cómo organizan su experiencia para compartirla durante el PAS. El erudito ruso destaca cómo la prosa mostró dominio en el desarrollo literario, pero se vio modificada por el proceso de apropiación social y posterior tratamiento académico. Con el surgimiento de otras corrientes literarias y expresiones artísticas, no se ocuparon en el desarrollo del relato, lo incorporaron como un elemento más.

En ese sentido la narrativa dejó de ser un estilo para convertirse en recurso. Entender esto, permite establecer la orientación del análisis, reconociendo que en el PAS no hay voz dominante. Asimismo, las voces que emergen no tienen sentido unidireccional, si se escucha con atención se puede encontrar la influencia de otros y del contexto. Entonces, la narrativa no mantiene una pureza, está salpicada por la presencia de los otros. No obstante, su valor analítico es porque el PAS no se reduce a ejecuciones técnico-administrativas, lo normativo; TDS, MAE y familiares se posicionan en el contexto clínico propiciando los sentidos de las interrelaciones. Muchos de estos jamás se desvelan intencionalmente, porque en el fondo los TDS buscan mantener la sinergia como bastión administrativo que justifica su labor.

El marco propuesto para explicar la construcción narrativa no deviene desde la academia, sino desde la realidad social. Aquí aparecen dos rutas, la experiencia y la vivencia, sin embargo, ambas son constituyentes de la realidad. Sin soslayar la prolífica idea de múltiples realidades bajo la premisa de que la experiencia de otro no es igual a la propia, califica como algo desmedido. Lo argumento con base en el trabajo de Searle (1997) sobre la construcción de la realidad social para contener y hacer manejable las múltiples historias, de lo contrario nos colocaría en un laberinto negado a cualquier análisis. Tengo en mente el destacado trabajo de Lewis (1967) quien profundiza en la lógica vital de una familia y presenta como punto de partida

para un análisis de mayor alcance. Ese caso no es excepcional, refleja el abordaje del autor que logra el cometido de articular lo particular y lo general, dado que los sujetos comparten elementos de esa realidad construida socialmente, tanto en su sentido físico-natural, como social. Al centrar el trabajo en la AIN, tenemos una estructura donde se encuentran los sujetos y el CCL les proporciona algunos elementos que incorporan a su praxis, por lo tanto, los recursos son limitados y no se extienden de forma indefinida. Así, la praxis humana sucede en relación con el nivel de conocimiento, las habilidades sociales desarrolladas y aprendidas.

Ahora, hay que distinguir que no todo lo vivido decanta en la experiencia, es decir, produce aprendizaje, no entra en contradicción con el recuerdo, la memoria, mas no con la producción de conocimiento. Reconocer al sujeto cognoscente, no asegura un proceso de aprendizaje continuo. De hecho, no es lo común, Giannini (1987) considera que no todos los eventos vividos reúnen criterios para constituirse como experiencia porque demanda un nivel de consciencia e intencionalidad. Criterio que aplica a todos los sujetos participantes del estudio, pues este tipo de aprendizaje no depende del nivel educativo, precisa de otros elementos de orden social, cultural, político, humano. La narrativa es clave para indagar en la construcción de la experiencia o distinguirla en su estado primordial, anecdótico, que poco aporta a la reflexión, a la modificación en la forma de tomar decisiones, la construcción de juicios, o agudizar la razón.

Con base en las entrevistas, notas de campo y registros observacionales, organizamos la información en dimensiones estructurales y simbólicas, presentes en el desarrollo de las mujeres adolescentes. Su narrativa nos permitió conocer quiénes son esas mujeres que quedaron embarazadas, sus circunstancias vitales y cómo, sin tener claridad sobre el asunto, ejercieron su derecho a la salud. No huelga decir que, no son historias de buenos o malos, victimarios o víctimas, se trata del complejo sistema relacional entre sujetos históricos, sociales, cognoscentes, políticos, biológicos; sujetos enfrentando situaciones construidas colectivamente y su narrativa nos abrió una ventana para conocer y entender esa realidad social concreta (Hamui Sutton A. , 2011).

1.2.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

La premisa de fondo es <<la atención a la salud como proceso sociocultural>>, las pautas establecidas por la estructura administrativa no impiden a los sujetos construir sus interrelaciones desde la posición asignada dentro de la estructura. Al tratarse de una dinámica, decide su posicionamiento frente al otro y lo hace con base en el imaginario social y hace doble función: a) sustentar su praxis porque la normatividad no es tan nítida en la realidad social del PAS y, b) mediar las interrelaciones, pues los sujetos comparten más vínculos de los que logran reconocer durante la concreción.

Los planteamientos que guiaron el desarrollo del trabajo fueron los siguientes:

- ¿Cuáles son los elementos técnico-científicos y socioculturales que configuran la praxis humana de los trabajadores de la salud, las mujeres adolescentes y los familiares en la atención del parto?
- ¿Cómo se concreta la atención en los distintos espacios que configuran el itinerario establecido por la atención institucional para responder a este problema de salud pública?
- ¿Cuál es la experiencia de los trabajadores de la salud y de las mujeres adolescentes en torno al proceso de atención a la salud?

1.2.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Descifrar y analizar el sistema de interrelaciones integrado por la praxis humana, conocimiento, saberes, aspectos técnicos, prácticas sociales y experiencias, de los involucrados en el proceso de la atención del parto.

Objetivos específicos:

- Describir y clasificar las interrelaciones que resultan del contacto entre trabajadores de la salud, mujeres adolescentes y familiares como concreción del proceso de atención.

- Analizar las interrelaciones en el contexto clínico a partir de la posición que adoptan y deciden los sujetos, conforme a la objetividad e intersubjetividad, como elementos constituyentes de su praxis humana durante el proceso de atención.
- Interpretar y analizar a través de las narrativas la experiencia de los involucrados en la concreción del proceso de atención.
- Proponer elementos teóricos y metodológicos que contribuyan a la concreción del proceso de atención a la salud en los términos establecidos y generen el bien común que se persigue.

1.3 METODOLOGÍA

1.3.1 APROXIMACIÓN AL CAMPO

La “mirada” sobre la acción de *atender la salud* se ajustará dependiendo cómo se piense desde la antropología. Es innegable su sentido arcano como objeto de estudio. Un botón de muestra son los trabajos de Dubós (2018), Attali (1981), Frazer (1971) y Laplantine (1965), nos permiten recorrer la relación presente entre: cuidado de la salud y los procesos histórico-sociales de cualquier civilización o grupo social; los esfuerzos para clasificar enfermedades y los diversos modos de curar; el sentido gregario que alberga nociones de cuidado, pues preservar la salud, anticiparse a la enfermedad ha sido un eje en la organización social. Cada aspecto desarrollado da cuenta de que la salud es un fenómeno antrópico y destaca la interdependencia con dinámicas vitales, antes que con el conocimiento especializado. Entonces, el humano no buscaba desarrollar la medicina, sino preservar su condición vital.

Tomar esos antecedentes y plantearlos como los inicios de una disciplina, es una posición académica e intelectual, no una necesidad humana. Guber (2011) señala que decisiones de ese tipo, siempre suceden dentro de un contexto político, económico, social. Esto explica en parte la amplia gama de líneas de investigación y por qué se configuran con ciertos elementos. En otro documento, la antropóloga

añade que las modificaciones no son sólo decisiones personales, entra la exigencia institucional, porque constituye la mayor fuente de respaldo, converge también el interés del investigador y el apoyo de otro tipo de organizaciones de tipo social (Guber; 2004). Sus planteamientos abren el panorama sobre el inicio y curso que puede tomar cualquier investigación ante la confluencia del conocimiento especializado, las ideas, expectativas, exigencias institucionales, prácticas sociales, políticas de salud, biografías, trayectorias de atención, circunstancias vitales, intereses personales.

El elemento sustancial de la investigación social es el contexto, para evitar la dispersión de sentidos que generen la impresión de tratarse de fuentes inagotables de interpretación. Tampoco convienen las generalizaciones tan reputadas en el campo físico-natural, en conjunto han provocado que muchos estudios se tornen inasibles frente a la realidad social. Al ubicarnos en el CCL, nos referimos a las lógicas espacio-temporales, propias de cada grupo, sus posicionamiento y valores, “¿(pre)juicios?”, frente al otro. Primero, acotamos los hechos; segundo, nos coloca en el umbral de su reproducción a otro nivel. Por ejemplo, algunos TDS pueden pensar que las adolescentes se embarazan por descuidadas o porque carecen de expectativas, no hay forma de sustentar una negativa rotunda, pues a veces sucede así, pero tampoco constituye una generalidad, aunque algunos así lo concluyan (Rodríguez, 2008). Las pacientes no son ajenas a esa dinámica, durante el PAS se posicionan, en su caso pueden afirmar que los médicos tratan mal a las pacientes o estar convencidas que las enfermeras son enojonas porque las levantaban de la cama y mandaban a bañarse. Incluso sus familiares quienes consideran a la trabajadora social grosera y desconsiderada al pedirle documentos para tramitar el alta y no los tenía.

El compromiso y responsabilidad del investigador es ir más allá de tales eventos y consideraciones, pero él mismo está inmerso en el contexto político-económico, no está exento de caer en afirmaciones tales como, el Estado no destina suficientes recursos a la atención pública, cuando hay datos que indican lo contrario (COPLAMAR, 1989), o que la práctica de los médicos es autoritaria y hegemónica (Menéndez, 2020; Castro & Erviti, 2015; Castro & López Gómez, 2010) y dotan de

poder y autoridad inusitadas a los sujetos también arraigados a las exigencias institucionales y dinámicas globales. Asimismo, el investigador puede estar buscando la confirmación de supuestos teóricos sobre cómo la adolescencia es una etapa de riesgos y constantes carencias y dejarse seducir por presentarlo como condición general (Blos, 2001; Donas Burak, 2001). Nadie está exento de ser cautivado por confirmar sus premisas, pero debemos advertir que la expresión más grave sería no contribuir a la discusión del tema, sólo por probar sus argumentos. Aquí consideremos las posturas más radicales que critican un amplio espectro de la praxis profesional y de las instituciones, pero no explican cómo a pesar de los aspectos irreconciliables que encuentran, en la mayoría de los casos la resolución del parto es favorable.

Las contradicciones son el resultado de la visión fragmentaria al privilegiar la visión particular sobre el sistema. Por ejemplo, lo institucional enfoca su respuesta al adecuado funcionamiento gracias a la observancia normativa, destaca la certeza aportada por datos epidemiológicos y estadísticos que muestran la eficiencia del sistema de salud. Concluye, cómo el trabajo en equipo y la atención médica ofrece más beneficios que perjuicios a las pacientes. El razonamiento incluso se torna más puntual, pues el bastión operativo es la atención especializada que la reduce a sus bases biológicas. En esa lógica encontramos la orientación medicalizadora que se aleja de la salud para centrarse en ese conjunto de acciones y procesos, asumiendo que, es la vía correcta para lograr la salud (Conrad, 2007). Sin embargo, la AIN se da en un entramado de relaciones y prácticas sociales y laborales que son parte de la praxis de los TDS, MAE y familiares. Con esto no pretendo minimizar la figura ni la rectoría del Estado, tampoco mitificarlo como ese ente que domina y controla cada acción de los sujetos. Fassin (2015) expone cómo en las instituciones del Estado, los sujetos se relacionan y deciden la dirección de sus acciones, o sea, no son improvisadas, hay un propósito, no precisamente es lo institucional¹⁶. Entonces,

¹⁶ El recorrido ha sido largo, caracterizado con discusiones álgidas y vigentes sobre la función del Estado en su parte operativa, aunque parece claro que el derecho administrativo es el campo responsable para dirimir las funciones y cómo deben ejecutarse, Fernández (2016: 53-54) apunta los diferentes criterios que coexisten, tanto en la definición como en materia de competencia. Esta fineza académica tiene efecto en la concreción de las políticas públicas, sobre todo cuando los trabajadores aparecen en el ámbito público como responsables de responder a las necesidades concretas del individuo. Es un hecho que el respaldo institucional hacia el

podría pensarse que investigar el PAS en las instituciones públicas no es materia para la antropología, principalmente si se mantiene la visión clásica, pues carece del componente étnico, cosmovisión, rituales y demás folclore tan distintivo del campo y útil para justificar la pluralidad de abordajes. Sin embargo, hay trabajos vigentes que logran esa penetración antropológica y muestran la raigambre sociocultural de actividades que se precian de ser expresiones de modernidad, pero en el sustrato yacen prácticas culturales (Hernández Zinzún, 2007). Al respecto, Ghasarian (2008) discurre sobre los objetos y metodologías que fueron tan distintivas de la antropología, donde su objetivo parecía nítido y legítimo su estudio sobre lo extraño, lo lejano, pero desde la antropología reflexiva señala que se trató de un momento en el desarrollo de la disciplina, montado en dinámicas de colonización para la extracción de datos e información y sus aportaciones, muchas de ellas, sirvieron para justificar prácticas económicas que beneficiaban la extracción, explotación de recursos y obtención de fuerza de trabajo. Asimismo, establecieron y perpetuaron relaciones políticas y económicas de dominación.

Entre las aportaciones destacadas de la antropología reflexiva, está definir el posicionamiento, Ghasarian (2008: 114-115) expone una vertiente que algunos privilegian, la de satisfacer requisitos académicos. Sin duda, es un elemento orgánico de cualquier protocolo, pero no dota de las habilidades necesarias para la ejecución del mismo, muchas se desarrollan *in situ*. Entonces, conviene distinguir cómo se van concretando cada una de las etapas, porque el campo demanda constante ejercicio de reflexividad para tomar decisiones. El investigador no es ajeno a las circunstancias que observa, ni llega al campo libre prejuicios. Caratini (2013) sostiene que la investigación antropológica no entra limpia al campo y su salida tampoco es inmutable, dicho en términos llanos. Al posicionarse en el campo, el investigador no es el observador ajeno, forma parte de ese sistema. Al mismo tiempo, se constituye como referente para los otros quienes no permanecen al

trabajador es más teórico, pues en la operatividad no está del todo cubierto. Esa área gris de la administración pública se viene arrastrando varias décadas atrás. Kelsen (1992: 205-212) trató la función del Estado desde la teoría del órgano, la cual *grosso modo* despersonaliza la instancia. Medida que por una parte se torna garante del derecho individual y por otro, no tiene forma de regular la intención o propósito individual, sobre todo, cuando se aparta de lo normativo.

margen de su actividad, hay involucramiento en distinta gradación. La interrelación con *los otros* genera dinámicas de convergencia y divergencia.

El posicionamiento del investigador en instituciones públicas genera tensiones internas y externas. La primera se refiere a las exigencias científicas de la propia disciplina, que no considera la articulación de ese objeto con la disciplina. Es decir, pueden estudiarse múltiples tópicos y no tener ningún impacto en esa realidad. En cambio, si el objeto de estudio parece extraño a *los expertos*, el protocolo corre el riesgo de ser rechazado. La segunda, es la tensión que surge debido a la incursión en ámbitos donde el dominio disciplinar no se oculta, típico en el campo de la salud. Es bien sabido que la biomedicina ondea la bandera de la objetividad basada en la evidencia (Mayer, 2010; Milos, 2003), ese posicionamiento provoca recusar la aproximación de otras disciplinas al proponer trabajar con “objetos” que histórica y socialmente se han configurado como exclusivos de su competencia.

En el campo de la salud prevalece un ritualismo reverencial ante los altares de la objetividad (Américo, 2007), influye en la forma de atender las necesidades de salud y cómo se construyen las relaciones, pero la dinámica es más compleja y la biomedicina no es el núcleo de la problemática. Por ejemplo, es común observar cómo no se advierte la influencia de la organización del trabajo asentada en principios tayloristas enfocados en mantener la lógica de producción¹⁷ (Taylor, 1961), o bien, cómo muchas de las actividades que ejecutan los TDS son de manufactura administrativa, no logran responder a las necesidades concretas de las MAE, y su mayor mérito es mantener funcionando la institución.

Nuestras consideraciones giran en torno a un propósito epistemológico, la consiliencia con las disciplinas que intervienen en el PAS. Punto que nos guía a las audiencias. Paulo Maya (2018: 157-164) destaca la relevancia de tener presente a

¹⁷ Los principios organizadores del trabajo tienen un punto de origen muy claro en el desarrollo de la producción de la industria, bajo el cobijo del taylorismo, fordismo y toyotismo (Coriat, 1992: 60-61), meca forjadora de la lógica en la organización del trabajo. Al orientarse a la productividad, eficiencia y moverse con el estandarte de la calidad, dominó todo lo relacionado con esta actividad, por ende, arrastró las profundas incongruencias derivadas de las diferencias marcadas entre el sector productivo y el de los servicios. La maquinaria del Estado simplemente adoptó los principios organizadores propios del sector productivo. En los documentos del prestigioso Consejo Nacional de Salubridad, encontramos cómo entra de lleno a la aplicación de estándares y lo que esto implica (Consejo General de Salubridad, 2018). El discurso se centra en la calidad, pero es inconcuso su ordenamiento hacia la lógica de mercado.

quiénes queremos dirigirnos, nos ayuda a clarificar la intención de alcanzar un foro para proponer el diálogo, sin asumir que tenemos todas las respuestas, pero sí argumentos explicativos en torno al PAS y la bina necesidad-atención, el articulador de la AIN. Cuando la indagación privilegia las relaciones de poder, asume que hay asimetrías, por lo tanto, el especialista sabe mucho, mientras la paciente ignora casi todo o no entiende. En este caso no hay materia para investigar, se trata de corroborar. Sin embargo, en una sociedad como la nuestra, el acceso a la información se ha convertido en asunto de dominio público.

TDS y MAE enfrentan el mismo problema con distinto nivel de responsabilidad y se diluye bajo la mirada paternalista, no es exclusiva de la medicina, las ciencias sociales contribuyen activamente. A juicio de Kiefer (2007) la antropología supera muchas limitantes disciplinares porque su objetivo es conocer las interrelaciones que configuran el contexto donde interactúan los sujetos, por eso debe integrar las instituciones, sistemas simbólicos y valores. Ahora, no basta la intención de diálogo con otras disciplinas, sobre todo, si reconocemos que a pesar de asumirse como TDS multidisciplinarios, hay problemas vigentes centradas en las diferencias de lo objetivo y la subjetividad. Olivier de Sardan (2015: 1-14) destaca el rigor científico y metodológico de la investigación social, distingue cuatro aspectos: *rigor argumentativo*, cuenta con la solidez para convencer; *rigor lógico*, tiene la consistencia para evitar contradecirse; *rigor teórico*, sus declaraciones satisfacen los criterios académicos y *rigor empírico*, la habilidad del investigador para articular su construcción teórica con la realidad. Para satisfacer estos criterios, detallamos la construcción del objeto de estudio. Frente a nosotros tenemos a los TDS, las MAE, la institución, la sexualidad y reproducción, las relaciones familiares, el trabajo, el Estado, las políticas de salud, las representaciones sociales, los imaginarios, cada uno con potencial para desarrollar una línea de investigación, pero nos interesa <<eso>> que no es visible, mas articula todo. Asimismo, no podemos abordarlo en la periferia, tenemos que estar en el campo.

1.3.2 LA ETNOGRAFÍA EN EL CONTEXTO CLÍNICO. CONDICIONES DE LA ESTANCIA

El trabajo etnográfico en la antropología es piedra angular de su metodología. A diferencia del método único propuesto por el positivismo, la etnografía mantiene

la flexibilidad, pero no la exime de observar ciertos cánones para garantizar el rigor académico y científico. Las actividades torales son observación y registro, pero deben realizarse bajo condiciones puntuales a fin de evitar la superficialidad, por ende, laxitud al analizar e interpretar. La experiencia de Malinowski (1986) marcó el derrotero, él mismo reconoce que la estancia prolongada le permitió aprender el idioma nativo con los beneficios inherentes. Sin embargo, su estadía no fue decisión propia, le obligó el evento bélico de escala mundial. Nadie puede contradecir la casualidad del asunto que tuvo efectos negativos y hoy podríamos hablar de las afectaciones a su salud mental (Malinowski, 1989: 41). Su trabajo de campo califica, de acuerdo con Hammersley & Atkinson (1994: 122-123), guiados por los criterios de Junker, como inmersión total en el campo, al vivir como un nativo más de la tribu. El innegable nivel de profundidad alcanzado por el antropólogo inglés, no evitó las idealizaciones que se expresan en la metodología al fijar, tácitamente, los criterios sobre la investigación antropológica. Así, el rigor académico sólo se alcanza al conocer con detalle el objeto de estudio. En términos generales es aceptable porque de ello depende la interpretación¹⁸.

En el diseño de la metodología la temporalidad es un eje toral. El trabajo de Malinowski, junto con muchos otros insignes antropólogos, ocurrió en circunstancias distintas, guiados por lógicas distintas. Ahora, la investigación es institucional, no privilegia el genuino deseo de conocer de forma acuciosa, muchas veces se impone el interés de grupos especializados que, ante todo, buscan el cumplimiento de múltiples criterios, al grado de presentarlo como única vía para acreditar el trabajo. No obstante, el discurso vigente sostiene que la investigación es la meca de nuestra sociedad, allende las condiciones de desigualdad que enfrentan los investigadores y no escapan a las exigencias de eficiencia, productividad y calidad. En nuestros

¹⁸ Conviene ponderar la <<profundidad>>, es más que obtener la mayor cantidad de información posible y funcionara como sello de garantía. La anhelada profundidad no exime a nadie de ser cuestionado. El trabajo de Óscar Lewis, no tiene reparo en ese sentido, mas no escapó a la polémica, dirigida a su producción conceptual, metodología y, algunos más osados cuestionaron, su carácter científico. El antropólogo tuvo oportunidad de leer la producción de algunos de sus detractores, dándose a la tarea de hacer no pocas precisiones de su trabajo. Asimismo, aclara que habrá investigaciones que aporten, sea para enriquecer o para replantear (Lewis, 1967). Sin embargo, el debate permanece abierto, con franca injerencia en la política social y económica de nuestro tiempo.

días tenemos de fondo el hito antropológico de la estancia prolongada, al mismo tiempo la obligación de presentar y apegarse a la calendarización de actividades.

Entre las razones que justifican esa lógica, encontramos las presupuestales porque se asignan recursos auditables; otra es el programa académico que señala otras actividades a realizar, pues no todo gira en torno al trabajo de campo; igual que los criterios propios de la institución donde se investiga. De acuerdo a esos criterios, logramos destinar ocho meses al trabajo de campo y hacer un corte en los cinco primeros meses para comenzar el análisis y continuar con el resto del tiempo para concluir. Esta ruta plantea mayores exigencias porque mantiene la expectativa de *profundidad* con la eficiencia. Por ejemplo, si el investigador considera que requiere mayor tiempo en el campo, administrativamente se considera mala planeación en el diseño de la investigación, con las dudas consabidas. De ninguna forma se puede faltar a la obligación de cumplir con los tiempos de entrega.

Si comparamos la temporalidad en el trabajo de campo en comunidades distantes con el de una institución, el criterio de la permanencia es más logístico que metodológico. La ubicación remota de ciertos grupos hace imposible el traslado diario del investigador, lo más conveniente es buscar la forma de permanecer <<ahí>>. En cambio, la facilidad para trasladarse y presentarse diario a la institución, enfrenta otros problemas por factores inadvertidos. Hernández Zinzún (2007: 185-186) reporta cómo su itinerario de campo se alteró, los acuerdos que tomó con su interlocutora para acompañarla en su recorrido previo a la cirugía, se vieron frustrados por la lógica de la AIN. El servicio de cirugía responsable de la atención de la atención, marcó prioridades, allende la investigación en curso. La más importante era la intervención quirúrgica no los acuerdos personales.

La estancia, sea en una institución o comunidad, presenta la misma tarea, aprehender ese sistema de relaciones que sigue reglas y lógicas propias, por lo tanto, no hay criterios universales. Parte del trabajo consiste en identificarlas y entenderlas. Por ejemplo, el HEGO atiende exclusivamente mujeres e impelido por el criterio de maximizar la permanencia, una opción era pernoctar en los servicios clínicos. Sin embargo, eso atravesaba serias complicaciones administrativas que podían generar obstáculos innecesarios para el desarrollo del trabajo. Declinar en

este caso era congruente, pues la densidad de las interrelaciones en la concreción del PAS se concentra a lo largo del día y disminuye por la noche. En los servicios clínicos, cuando las pacientes se encuentran estables se procura respetar el tiempo de sueño, sin comprometer la continuidad de la atención. Por otro lado, la cuestión del género también estuvo presente, la mirada celosa de los TDS apela a la seguridad de las pacientes, hace eco en ellas porque toleran la presencia de enfermeros y médicos, hasta camilleros, pero no de otros hombres a quienes consideran ajenos. Situación válida en términos de la dignidad de las pacientes.

Reconocer los obstáculos no es sinónimo de evadir compromisos. Los posibles “huecos” temporales en el trabajo de campo se resolvieron de dos formas, rolando en los turnos matutino y vespertino y rotar por los servicios. Ante la imposibilidad de permanecer toda la noche siguiendo el itinerario de una MAE, la solución fue concluir el seguimiento a una hora y llegar muy temprano, aprovechando que los egresos hospitalarios son matutinos y vespertinos. Por supuesto, no puedo negar esas horas que quedaron sin observación. Segundo, la rotación por los servicios fue guiada bajo el criterio de la saturación teórica (Corbin & Strauss, 2008). Principio compatible con la noción del CCL porque las dinámicas en los servicios y áreas del HEGO son disímiles hasta cierto punto, debido a las prácticas sociales, pero inevitablemente convergen en otro porque todas son parte de la estructura de la AIN. Esta distinción ayudó a distinguir la sinergia administrativa planteada en lo formal y prestar atención a la concreción del PAS, con su dialéctica característica.

La AIN marca un itinerario para el parto, así pauta el tipo de interrelaciones en cada servicio clínico. El diseño tiene sustento tanto en la evidencia biomédica, como en la normativa, pero la asignación presupuestaria favorece o juega en contra. Aun así, la evidencia científica y la estructura jurídica permiten al HEGO cumplir los criterios que lo aproximan a la estandarización. Incluso si muchas áreas o los mismos servicios clínicos funcionan con los requisitos mínimos. Es criterio iterativo en la normativa de salud y realidad del sistema de salud. Esa condición, que oscila entre la suficiencia y la constante escases, no impide el discurso del Estado, se mantiene incólume cuando afirma la capacidad del SNS para brindar atención de calidad (Frenk Mora & Gómez Dantés, 2008).

Conviene precisar que el itinerario de la AIN, es la transición de las MAE por los servicios y áreas que participan directamente en un tramo del PAS, en su conjunto configura la concreción de la atención de parto. La AIN tiene esa particularidad, la paciente es dirigida, ella no decide ni opina sobre el servicio al que prefiere ir. Por otro lado, el itinerario tampoco es reflejo exclusivo de los criterios médicos basados en la *evolución del caso*, en la transición de un espacio clínico a otro surgen discrepancias clínicas y administrativas. Los TDS se ocupan de estas no por pensar exclusivamente en la paciente, saben la importancia de cumplir el itinerario porque es del conocimiento de todos que es fuente de conflictos y soluciones. Así adquiere centralidad en el PAS.

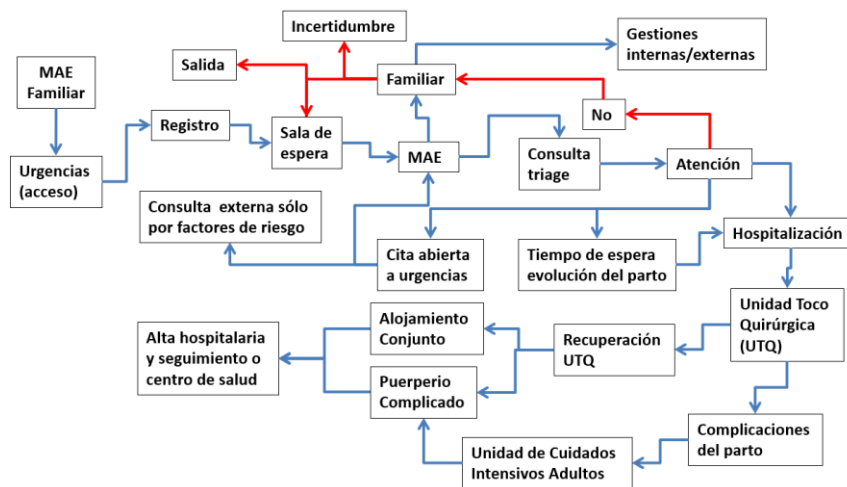
Al interesarnos por la concreción del PAS, el nivel micro nos permitiría observar la praxis humana, el núcleo de las interrelaciones, cómo está pautada y modelada en cada área y servicio, igual que la expresión de lo institucional. El trabajo de Varano Apesoa y Varano (2014), como el de Glaser y Strauss (1980) muestra cómo el personal de los servicios clínicos construye criterios particulares para organizar o reorientar la atención. En el centro de su praxis no está el marco normativo, responde a la necesidad inmediata de los pacientes y a las dinámicas laborales. La variación es innegable, aunque se trate de la misma institución. El diseño administrativo no considera cómo la enfermedad y padecimiento afecta a los TDS. Entonces, algunas de las prácticas, no normativas, les ayudan a manejar la tensión derivada de la condición de los pacientes o las emergencias¹⁹.

En el diseño administrativo quedan fuera muchas áreas porque reduce sus actividades a trámites. Entonces, se concentra en las áreas clínicas. Tal decisión se aleja de los supuestos planteados por el modelo de atención integral, tácitamente

¹⁹ Al inicio del libro de Ariely (2017) narra su experiencia como paciente en tratamiento por quemaduras de tercer grado. Su experiencia como paciente le indicaba que la técnica en el retiro de los vendajes, procedimiento sumamente doloroso, era inadecuada. Su mente acuciosa le llevó a idear un protocolo para sustentar por qué debía ser modificado. Una vez que se recuperó lo llevó a cabo y presentó sus resultados. La respuesta por parte de las enfermeras fue contundente, no negaban la evidencia presentada, pero el factor que no consideró el joven investigador, era la afectación que ellas tenían durante el procedimiento, escuchar los gritos de dolor de los pacientes. De manera que se hiciera rápido o lento el retiro de los vendajes, las expresiones de dolor no iban a disminuir, pero entre más lento lo realizarán, aumentaba su suplicio. Cuando Ariely, en calidad de investigador, escuchó esto, reconoció que efectivamente su trabajo no lograba dar cuenta de esa realidad.

sume que la atención se concentra en las áreas clínicas. Más que un acierto, perfila serias asimetrías porque la concreción del PAS precisa del buen funcionamiento de las áreas no clínicas. Para conocer el itinerario, realicé recorridos previos y con base en los primeros registros identifiqué las áreas que administrativamente no se consideran parte del PAS. El siguiente esquema muestra el itinerario que marca la AIN para la atención del parto de las MAE:

Itinerario de la atención del parto en el HEGO



Esquema 1. Itinerario de la AIN del parto. Etnografía en el CCL. Elaboración propia.

La noción de AIN orientó el trabajo de campo para identificar las áreas más densas por la incidencia de interrelaciones, de aquellas menos densas, sin dejar de tener influencia y dar sentido de la concreción del PAS. Es común que muchas de esas interrelaciones pasen inadvertidas porque la atención se concentra en los consultorios, a los otros espacios se les concede importancia marginal, excepto cuando surgen problemas. Los TDS conocen el itinerario de la AIN porque han rolando por los diferentes servicios, pero el diseño administrativo les obliga a concentrarse específicamente en su área. Marca indeleble de la administración científica del trabajo (Taylor F., 1961). No es extraño que ese criterio organizador, funciona también como ruptura. El asunto cambia un poco para las MAE y sus familiares, tienen una idea general sobre el PAS y, poco importa si conocen las

finezas del itinerario, sencillamente sólo se “dejan llevar” cuando son ingresadas. Es fácil recurrir a la bina docto/lego, pero es algo impreciso porque pacientes y familiares no son tabulas razas, social e históricamente han interiorizado las instituciones y las limitaciones no son meramente cognitivas, sino relacionales, pues el hecho de entenderla como mera transición, anticipa que la praxis humana se fundirá con las rutinas, al grado de reducirse a éstas.

Hablar de rutinas nos conduce a la idea de homogeneidad, pero está la idea de “muchos hospitales” y antagoniza con el marco normativo. Aunque, los TDS saben que, no es opción apartarse por completo del marco. De modo que, si una MAE llega a urgencias en la mañana, tarde, noche o fines de semana, seguirá el itinerario, allende las carencias y limitaciones. De lo contrario, puede traer implicaciones legales, bajo la premisa de haber puesto en riesgo su condición de salud al alterar el itinerario. Sin embargo, la idea de “varios hospitales” no se desvanece porque los TDS se mueven en la misma estructura, mas las condiciones de su praxis son distintas de un servicio a otro, de un turno a otro. Ahí, está una clave para descifrar el sistema. Todas las áreas y servicios funcionan en la mañana y no en los otros turnos, criterio que aplica para la disposición de materiales.

Es una dinámica institucional donde convergen dos lecturas, para los TDS responsables del trabajo administrativo, se trata del manejo de recursos. En cambio, para los TDS responsables de lo operativo, descubre el desconocimiento y control excesivo de los recursos. Ambas visiones tienen su grado de razón, pero se alejan del siguiente hecho; la institución está diseñada para funcionar las 24 horas, para lograrlo se aplican indicadores que calculan fármacos e insumos para los siguientes turnos. No obstante, las estimaciones no son infalibles y su lógica no privilegia la atención, sino el control de recursos materiales y humanos. La continuidad en el servicio, tal como la ofrece el Estado, implicaría mantener funcionando todas las áreas, pues las necesidades concretas no se ajustan a la lógica administrativa. A juicio de muchos TDS, la disponibilidad de material disponible y áreas, agilizaría el PAS de las MAE. Al no ser así, los TDS idean ciertas prácticas para compensarlo.

Es el cónclave donde la etnografía puede aportar para explicar por qué las interrelaciones toman esos sentidos. Hamui Sutton (2018: 5) precisa que todo el

entramado teórico-metodológico se prueba, se verifica, mediante la interacción del investigador, precisamente en el mundo en que sucede el objeto de interés. Así, se acorta la distancia entre la experiencia del otro y la propia, transición necesaria para entender lo que sucede, cómo sucede y por qué. De modo que lo objetivo no es mantenerse a la distancia, sino mantener activo el ejercicio de la reflexividad.

1.3.3 LOS INSTRUMENTOS DE REGISTRO Y OBSERVACIÓN

El trabajo de campo de la antropología depende de la etnografía, la nitidez de esa relación genera beneficios al guiar el quehacer del investigador. El rasgo esencial es su flexibilidad, al permitir trazar y ajustar la ruta para realizar los registros. Sin embargo, hay algunas consideraciones que no podemos soslayar. Al ubicarnos en el ámbito de la investigación, la construcción de conocimiento científico, con la inmensa cauda histórica en torno a cómo se produce, podemos distinguir un nodo tensional, rigor-flexibilidad. La crítica más popular a las investigaciones cualitativas es la falta del primero y exceso del segundo. La idea de un método único y universal no ha muerto, ni está superado como muchos alegremente afirman. Por supuesto aquí no vamos a resolver la arcana disputa, pero sí aportar elementos para acreditar los hallazgos.

Los debates sobre la forma en que nos apropiamos de la realidad o cómo llegamos a la verdad, tienen múltiples aristas. La filosofía aporta ciertos marcos para dar orden, claridad, a las discusiones encendidas, atraviesan la visión del método único, ruta confiable para asir el conocimiento objetivo (Popper, 1980), el de las rupturas (Khun, 1989), o bien, el que argumenta la inexistencia de método, no por ello abre la puerta a la idea de un tipo de conocimiento asequible a cualquier entendimiento (Bachelard, 2000), pero la realidad social que buscamos entender confronta posturas filosóficas irreconciliables. Entonces, ¿hasta dónde podemos avanzar siendo estrictamente objetivos? ¿Cuándo debemos considerar un cambio de paradigma? Si lo hacemos ¿transgredimos la veracidad de la investigación? También, convendría indagar si la institucionalización enclaustró la investigación en los límites del método, debilitando su potencial explicativo.

Cada cuestión amerita revisión acuciosa, pero las tensiones presentes hacia el campo social, son insalvables. El bastión de la suspicacia es esa lógica de proponer múltiples soluciones a problemas específicos. Identificar un problema y presentar varias alternativas nutre la crítica, porque muchas veces el marco o modelo explicativo ve la luz, ya es ataviado con serias críticas, otras veces su sustituto ya está en el umbral académico. Esa dinámica es campo fértil para señalar la falta de rigor, en buena medida porque depende de la interpretación, la compuerta del torrencial subjetivo del investigador. Sin embargo, Álvarez-Gayou (2003) considera la flexibilidad de la metodología cualitativa una fortaleza de la investigación social, permite al investigador ajustarse a la realidad que estudia. Su posición epistemológica es que el rigor científico no se reduce a cumplir una serie de pasos, sino dar cuenta de los elementos que lo integra y justificar las decisiones que se toman. Los posibles cambios o ajustes no son azarosos, sino producto de la sistematicidad en el desarrollo del trabajo. No significa tener todo previsto o bajo control, hablamos de la capacidad de manejar esos eventos o bien reconocer los límites para no pretender algún tipo de omnisciencia.

La gran coincidencia de muchos investigadores sociales es que, el investigador se incluye a sí mismo en el proceso, consciente de su centralidad (Hamui Sutton, 2018; Álvarez-Gayou, 2003). Es decir, el responsable de orientar la investigación conforme a circunstancias específicas en las que se encuentra. Consideremos lo siguiente, un mismo objeto puede construirse siguiendo rutas teórico-metodológicas distintas, por ende, el estudio o aproximación variará, precisamente porque en la realidad social jamás está escindido o circunscripto a un solo ámbito o dimensión. Asimismo, la cualidad <<científica>> no sólo está conformada por la evidencia, tampoco es universal ni reproducible, como muchas veces se expone. Aunado al indiscutible entramado de intereses no siempre desvelados que la guían, entro los cuales uno es contribuir al conocimiento, mas no el único por su vinculación con el capital y el mercado. Bachelard (2000: 10) puntualiza que “la paciencia de la erudición nada tiene que ver con la paciencia científica”. Así, la investigación institucionalizada demanda productividad.

Es válido estar o no de acuerdo con esto, así mismo, buscar rutas diferentes para investigar, pero es inconcuso cómo lo institucional influye el diseño del método. Los instrumentos o herramientas deben ajustarse a los límites administrativo de la <<productividad científica>>. No sólo es tener claro los criterios de elección, también es considerar la demanda de trabajo en términos de la dedicación. En este punto, justo es destacar que no todo en el diseño administrativo de la investigación es negativo. Por ejemplo, la indicación de “tiempo completo” en un programa de posgrado, anticipa compromiso y organización porque es lo que demanda la carga de trabajo. Así, el investigador se encuentra inmerso en la continuidad espacio-temporal del proyecto. Cumplir con <<lo administrativo>> no aligera la carga del trabajo de campo. Cuando lo inicia llega con interrogantes y supuestos, los primeros acercamientos incluso pueden causar perplejidad e interrogantes más complejas y detallamos a continuación.

Cuando hablamos de observar tiene connotaciones múltiples, pero la acoto a la luz del trabajo de Vegetti (1981), allende la capacidad sensorial. Resulta del proceso de conocer, reflexionar, suponer y reelaborar, porque no se reduce a los estímulos físicos y sus canales fisiológicos, apelan a la racionalidad²⁰. El investigador sabe del riesgo de incursionar en el campo sin una guía. Quizá, a veces, le anima la idea de conocer el campo, pues inició su aproximación a través de la teoría, pero asumir que ya lo conoce, entraña riesgos importantes para el desarrollo del trabajo. El bagaje teórico previo es fundamental, pero es sólo una parte, precisamos de los instrumentos. Con base en esto, diseñamos una guía de observación, contenía categorías iniciales acuñadas desde el marco teórico, estructura, organización, espacio, trabajo, praxis humana, que me permitirían enfocar la mirada. En la guía,

²⁰ El propósito no es dotar de pulcritud racional la capacidad de mirar. Gubern (1996) nos conduce por las rutas laberínticas que configuran la necesidad de mirar. El recorrido histórico que hace, pormenoriza de forma destacada las vicisitudes inherentes a mirar. Qué miramos y cómo miramos es una acción donde se fusiona el tiempo, la cultura, la historia, la formación, los intereses, lo social, la biología. El esfuerzo del investigador, está precisamente en “entrenar” su mirada para que no caiga en la glotonería descrita por el historiador, al grado de no poder parar y entretenerse en cada detalle o bien pasarlos por alto. Más bien, sería un instrumento de precisión configurado por información precisa, sabe lo que busca, dónde debe hacerlo, por ende, puede desechar todo lo que distrae. Aunque, no podemos ignorar la sorpresa, el asombro. Así, se configura una historia sin fin y simplemente no conviene ignorar. De hacerlo podemos caer en el exceso de sacralizar un tipo de observación inmaculada, mientras en el extremo opuesto no concederle importancia como parte del rigor que buscamos al investigar.

ninguno de los involucrados en el PAS destacaba en términos de importancia. Después de una primera aproximación al campo, realizamos ajustes a la guía de observación, no implicó reelaborarla, más bien afinarla, integrar los aspectos no considerados del objeto de estudio. Así como, eliminar aquellos con poca relación, porque el propósito no era llenar de significados a un objeto de por sí denso, dado el número de espacios y la multiplicidad de interrelaciones.

El segundo recurso de la investigación fue el diálogo, lo planteamos en dos vertientes, la entrevista a profundidad y la narrativa. La entrevista es herramienta y técnica a la vez, su amplia difusión y uso cubre los aspectos más diversos (Kvale, 2011: 32-37), pero no elimina las finezas; no cualquier encuentro y diálogo obtiene la información que se busca. Construimos la entrevista con el objetivo de conocer la experiencia de los TDS y las MAE sobre la concreción del PAS. Por lo tanto, debíamos marcar cierta distancia de los significados y representaciones del embarazo. Asimismo, era vital trascender la bina médico-paciente y obtener una visión más amplia de la praxis de los TDS. En este punto el marco teórico nos ayudó a evitar preconcepciones, como la libertad para hablar por parte de los TDS; en el fondo está el anclaje de la identidad con la disciplina, gremio y la misma institución. La posibilidad de responder desde esa raigambre era muy alta. Aunque la información podría ser valiosa, nos obligaría a un análisis del discurso y ése no era el propósito. Entonces, consideramos preguntas abiertas sobre temas determinados como el modelo de atención, la política pública de salud en torno al embarazo en la adolescencia, los supuestos del modelo de atención, multidisciplinariedad, humano y social. El propósito era estimular la reflexión sobre su experiencia, configurada por su formación profesional, experiencia laboral, valores e inherente subjetividad, tan revestida de profesionalismo, objetividad y elevados compromisos ontológicos. El trabajo de Zúñiga, Bronfman, Oviedo, Castro, & Miranda (1997) es excelente referente sobre lo conflictiva que, llega a tornarse la labor profesional en el ámbito laboral. Asimismo, Perdomo Rubio, Hernández Zinzún, & Izquiero Mora (2016) exponen los beneficios de aproximarse a la subjetividad de los TDS, no hay forma de separarla de su praxis humana. La práctica común al investigar es anularla, pues cuestiona los paradigmas vigentes.

Los criterios para considerar a los participantes fueron: ser trabajador de base, un año mínimo de experiencia en los servicios clínicos y áreas del itinerario de la AIN. Evitamos entrevistar a trabajadores eventuales o de confianza porque su relación laboral con el HEGO les da otra condición y su labor no converge con las pacientes, sorprendentemente tampoco con los TDS. Aunque son trabajadores, la estructura de la AIN los posiciona como bastión de la autonomización institucional. En consecuencia, son los primeros responsables de reproducir el discurso desde lo formal. Ahí observamos las restricciones para externar su opinión libremente o compartir la experiencia laboral.

Es un segmento que, merece estudiarse de manera particular. No debemos confundirlos con los trabajadores administrativos, quienes pueden ocupar nombramientos de confianza, bajo el criterio contractual de “base reservada”. Saben que el beneficio del puesto o nombramiento es temporal, y tienen presente la garantía de su nombramiento de base definitiva. El valor de la información que aportó este grupo de TDS <<no clínicos>> es la visión acuñada como operativo y jefe. Eso implica una trayectoria en la institución.

La formación académica no fue criterio de selección porque en la concreción del PAS participan auxiliares, técnicos, licenciados y especialistas. Al momento de la entrevista varios TDS estaban cursando un posgrado, maestría o doctorado, así como especialidad y/o subespecialidad. Durante la entrevista transitaban libremente de un tema a otro, lo relacionaban con su labor, sus expectativas, los problemas que observan y enfrentan, igual las aportaciones hechas al PAS. La lógica cambió radicalmente con el personal de los servicios subrogados, vigilancia e intendencia. Ninguno aceptó participar directamente porque su relación laboral no es directa con el HEGO, sino con la empresa. Sin embargo, en el día a día de la estancia, al coincidir o encontrarnos en contacto en las áreas, se abrían al diálogo y expresaban sus opiniones e inconformidades abiertamente. Entendiendo la limitación que expresaron, evitamos la entrevista formal para no generar tensiones y posibles conflictos con sus empleadores.

La entrevista con las MAE se dio fuera del HEGO, la invitación se hacía en el momento de su ingreso. Los criterios de inclusión fueron: ingreso por urgencias para

la atención del parto, rango de edad bajo el criterio de la OMS para la adolescencia, de los 12 a los 19 años de edad, la decisión de participar y la anuencia del familiar, padre, madre o tutor. Un criterio que no consideramos fue el número de embarazos, pero todos los casos cayeron en la condición de primigestas. No obstante, durante la estancia encontramos a mujeres adolescentes con segundo y tercer embarazo. En cuanto a los criterios de exclusión, además de la negativa a participar en el estudio, no trabajaríamos con mujeres adolescentes cuyo embarazo resultara de una agresión sexual, por la vulnerabilidad de la paciente y las implicaciones médico-legales. Existe otra figura jurídica que consideramos, el estupro. En el Código Penal Federal antes de la modificación del artículo 262 lo tipificaba como delito y perseguía de oficio, supuestamente actualmente sólo procede si hay una denuncia por parte del afectado. Sin embargo, en ninguno de los casos que presentó esa configuración ni los familiares ni los TDS lo consideraron.

La libreta de campo fue fundamental para el registro de las interacciones en el CCL, permitió elaborar esquemas de la disposición de los espacios físicos, los movimientos propios del itinerario de la AIN, como los derivados de las prácticas sociales. Asimismo, fue útil para no perder el detalle de los diálogos y temas que surgían en los pasillos, a la entrada de un servicio, con los TDS o de las compañías subrogadas, quienes se abrían a la conversación siempre y cuando no observaran otras personas. Lo mismo sucedía con las pacientes, algunas leían de manera furtiva su expediente clínico, buscando algo más de información sobre su PAS. La consigna general era que no podían estar revisando un documento oficial, ante la negativa de acceder a su expediente, ponían en marcha esas prácticas. Poulos (2008) destaca el valor de esos eventos, son indicios sobre el posicionamiento del otro, lo que quiere hablar, lo prefiere mantener oculto. Las razones son diversas, explica el autor, los silencios, las omisiones, tienen como base la experiencia y cuando se relaciona con sufrimiento, dolor, vergüenza, violencias, excesos, los sujetos deciden omitirlas, hasta encontrar el momento propicio para abrirlas.

El trabajo de campo precisa de diseño previo, al mismo tiempo mantener apertura para lo emergente, pues en la praxis humana no todo está planificado, porque *el hacer* de los sujetos no es una copia fiel de la norma. TDS, MAE y

familiares interpretan activa y constantemente los eventos, las prácticas, en el CCL; dando cuenta que las interrelaciones oscilan entre el marco normativo, lo formal, y las prácticas sociales, lo informal. De acuerdo a la interpretación los TDS, MAE y familiares ajustan su praxis, a veces de manera sutil, otras de forma radical, incluso al grado de rebasar lo normativo. Es claro que transgredir la norma suena peligroso o riesgoso, pero pocas veces consideramos que resulta de una interpretación de la realidad social que lleva a los sujetos a cuestionar si el HEGO puede brindar mayor beneficio a las pacientes, o bien, que el marco actual les brinda muchos beneficios.

Capítulo 2. Marco teórico. Necesidades concretas y salud institucionalizada

2.1 LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD

México, como el resto de economías inmersas en el capitalismo, obligadas al comercio y las relaciones internacionales, comparte rasgos institucionales. El sistema de salud tiene origen en un enfoque económico-administrativo (Gómez Dantés, y otros, 2011), resultado de ejercicio conceptual que integró instituciones históricamente disímiles que dan cuenta de circunstancias político-económicas particulares, pero el Estado propone la idea de *proyecto de nación*, desde el cual traza un panorama con rumbo claro (Fajardo Dolci, 2018; Fernández Ruíz, 2016).

Algo difícil de sostener porque somos una sociedad dependiente de la evidencia y la fundamentación científica. Concepción que ha cambiado a través del tiempo.

Castoriadis (2013) se ocupa de la institucionalización de las actividades humanas, salud, educación, trabajo, economía, familia; nos permite a) observar la falta de orden o secuencialidad sostenida discursivamente, b) el nivel de autoridad que alcanza el Estado para regular la vida cotidiana mediante la creación o desaparición de instituciones, c) la dinámica bajo la cual operan, incluso al margen de las necesidades concretas de la población, la cual define como *autonomización institucional*, y d) las articulaciones de lo global en lo local. Su análisis nos permite argumentar cómo la salud bajo la rectoría del Estado, le convierte en administrador de las necesidades de la población.

El Estado es la figura jurídica que asume responsabilidades en los asuntos de la vida nacional e internacional (Damsky, López, & Rodríguez, 2007). Para esa tarea monumental crea instituciones y delega funciones, pero cada una debe ajustarse a la política nacional. En este sentido, el diseño de la estructura, organización y funcionamiento de las instituciones públicas de salud corresponde a la Secretaría de Salud. No obstante, el sistema de salud ha sido objeto de constantes debates porque a juicio de los especialistas no cumple con sus funciones sustanciales y exige revisiones puntuales y profundas, incluso ameritaría modificaciones de fondo (Murayama y Ruesga 2016; Cano, Márquez y Melgar 2014; Carbonell y Carbonell 2013; Martínez 2013). El vaivén de propuestas, críticas y reformas pone al centro de la discusión, la salud de la población, pero en un plano de abstracción que ve problemas generales, no a los sujetos en sí. Esa forma de administrar no es local, parte de las directrices internacionales y trazan una paradoja al distanciarse de la realidad social. El Estado asienta la cobertura, universalidad y acceso de la población a los servicios de salud, pero al mismo tiempo todo su diseño está fundamentado en el enfoque de riesgo (Organización Panamericana de la Salud, 1999). Los criterios técnico-económicos que establece dan cobertura a un reducido grupo, la intervención sólo se justifica para quienes tienen ese perfil, no obstante, institucionalmente la necesidad de la población en general está cubierta gracias al marco normativo. Ante todo, es una solución administrativa.

Al seguir el diseño conceptual del SNS desde el marco histórico-social, vemos su distanciamiento con el bienestar de la población. El Estado originalmente respondió a condiciones político-económicas para establecer criterios de atención, su eje fue el laboral para satisfacer exigencias comerciales y productivas (Kumate, 2010; Fajardo Ortiz, Carrillo & Neri Vela, 2002), pero el discurso del Estado apunta hacia la seguridad social, aun sin modificar el trasfondo laboral de los servicios de salud. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud y el INEGI, la población inscrita al sector productivo y al de los servicios asciende a poco más del 50%, por lo tanto, formalmente goza de seguridad social, federal o estatal. Eso deja al resto de la población fuera de la política de salud. A ese grupo se le denomina población abierta y la institución responsable de brindarles atención es la Secretaría de Salud, integrada por una red de establecimientos públicos ubicados en tres niveles de atención, todos operando bajo un mismo modelo. La medida es fundamentalmente administrativa y pretende homogeneizar el funcionamiento, base para que el Estado ofrezca su política de salud a través de las líneas de universalidad, cobertura y acceso (Secretaría de Gobernación, 2013). Medida que armoniza con el marco legal al asegurarse la salud como derecho (López Moreno y López Arellano 2015; Carbonell y Carbonell 2013; Cano Valle 2010).

El grado de consolidación del sistema de salud, siguiendo a Ricoeur (2012) dependerá del nivel de desarrollo de cada civilización. Criterio que se abre como almacén de disparidades, injusticias, omisiones, no sólo en el discurso, las críticas o análisis, sino en la concreción. Entonces, es claro cómo la vida de los sujetos está ligada estrechamente a lo institucional. En ese sentido, cualquier persona de esos casi cincuenta millones dependientes de la seguridad social dispuesta para los no asegurados, al acudir a un establecimiento público de salud, está ejerciendo su derecho (Diputados, 2021), beneficio implícito por ser parte de esta civilización y no tendría por qué ser motivo de discusión, tensiones o debates, pero las instituciones son reflejo del nivel de consolidación del Estado.

Sería difícil desechar los beneficios de la atención pública institucionalizada, es decir, su estructura y organización, porque dependen de un marco jurídico. Sin embargo, su configuración no es estrictamente local, responde a una lógica global

porque el Estado comparte rasgos políticos e intereses económicos con la llamada "comunidad internacional". Condición que le obliga a adoptar criterios dimanados de foros internacionales para dirigir su sistema de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2019; Carbonell & Carbonell, 2013; Cano Valle, 2010). Así, desde los más altos niveles de organización, dimanan las directrices allende las marcadas diferencias en niveles de desarrollo y consolidación de las naciones. La base que permite firmar los acuerdos es la lógica administrativa, posible gracias al desarrollo de una rama del derecho público, propiamente el derecho administrativo, bastión del Estado moderno y herramienta para diseñar y ordenar sus acciones conforme a derecho (Fernández Ruíz, 2016; Valadés, 1994).

La administración pública ejercida por el Estado es su facultad, obligación y responsabilidad. Función del más alto nivel y delega a las instituciones que lo representan. Esas interconexiones dan cuenta de cómo las actividades no son puramente administrativas, al definir las en términos de responsabilidad y obligación, adquieren sentido legal. De manera que el "hacer diario" en las instituciones públicas se convierte en materia de un sistema sancionador externo a la institución, pero interno al sistema. Rodríguez (2005) expone que los temas del derecho administrativo son la organización administrativa, los actos y los contratos administrativos, el régimen de la función pública, el régimen de los bienes del Estado, la responsabilidad de las personas públicas, los servicios públicos; elementos presentes en la organización de las instituciones públicas. Además, puntualiza que hay aspectos más detallados, pero destaca cómo muchos de esos temas son más necesidades académicas y otras pragmáticas porque el campo de la administración pública no es algo definido y comparte tanto objeto de estudio, como intereses con otras ramas del derecho y disciplinas administrativas.

Encontramos que el conocimiento especializado es materia prima para las acciones del Estado en áreas específicas como la salud, la cual no puede escindirse de otras igualmente sustanciales (Organización Panamericana de la Salud, 1999), de lo contrario sus decisiones y acciones podrían entrar en serios antagonismos con el sistema democrático o los principios de modernidad, tan distintivos de nuestro tiempo. Por supuesto, no se trata de un asunto cerrado, ni remotamente resuelto,

porque los mismos principios asentados en la Constitución Política, las leyes y reglamentos que, se derivan de ésta, han sido motivo de serios cuestionamientos hacia su responsabilidad como figura garante del derecho a la salud y su ineficacia para hacer efectivo su ejercicio (Cano Valle, 2018; López Moreno & López Arellano, 2015; Martínez Bullé-Goyri, 2015). Entonces, la atención de la salud es un asunto complejo con aristas políticas, económicas, jurídicas. La importancia no radica sólo en distinguirlas, sino encontrar cómo modela su concreción. Son los elementos estructurales de la AIN, pero no son tan claros en el CCL, donde la biomedicina tiene un papel preponderante.

La razón principal es el maridaje histórico-social entre dos disciplinas, derecho y medicina. Si bien su historia da cuenta de rivalidades centenarias (Tate, 1997), el proceso modernizador del Estado, proporcionó un escenario de complementariedad política, al ir refinando los criterios de su intervención. Así, la medicina dota de bases científicas a la atención pública, teoriza y desarrolla aplicaciones concretas para el tratamiento de las enfermedades, por ejemplo, la investigación genómica ha proyectado un tipo de atención con técnicas que lo modifican con fines terapéuticos, otros insisten en el uso de dispositivos que incrementan la certeza diagnóstica y facilitan el tratamiento (Xia & Ni, 2012; Mishra & Shing, 2012). La bioquímica molecular descubrió cómo se producen las emociones, lo cual alentó a la idea de contar con un fármaco para diseñarlas (van der Steen, Ho, & Karmelk, 2003).

Los avances biomédicos están presentes, prácticamente, en todas las especialidades, dejando ver el desplazamiento del sujeto como núcleo constitutivo de la disciplina, por el desarrollo del conocimiento. El avance en el campo de la reproducción asistida, animó a algunos dar <<utilidad>> al cadáver de las mujeres que habían sufrido muerte cerebral, con el soporte vital adecuado servirían como incubadoras (Ferber & Wilde, 2011). Otro caso basado en la evidencia es el que reporta Fausto Sterling (2006) al apuntar que el Dr. John Studd, adscrito al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Chelsea y Westminster, declaró que las pacientes tratadas con testosterona, mejoraron su vida, prácticamente, en todos los sentidos. Cada uno asienta su argumento en los resultados de la investigación, incluso hasta hacerse merecedores de premios

internacionales, pero están lejos de promover una visión unificada sobre sus beneficios, generan controversias que no son minúsculas.

Sectores importantes de la población expresan su desconfianza debido a las formas y fines bajo los cuales se han desarrollado (Pérez Sedeña & Miranda Suárez, 2012). Sin embargo, la biomedicina se mantiene como derrotero de la atención institucional, fuente del conocimiento científico por excelencia. Foucault (2001) ubica la ruptura con el nacimiento de la clínica, lo que sucedía al interior del hospital era excluyente de lo cotidiano, pero como leemos en su trabajo tiene un contexto. El avance del conocimiento médico vino de la mano del pujante ilustracionismo, potenciado por la creciente actividad económica y política. En conjunto acabaron por restar espacios de poder a la iglesia como los hospitales, mismos que el Estado reclamó mediante la ciencia del derecho. Al consolidarse como régimen dominante, los nosocomios prescindieron de la intervención eclesiástica. Así, los templos de Apolo y Esculapio serían renovados, marcando distancia entre los que “saben curar” y los que “creen saber”.

La transición guiada por el desarrollo del conocimiento científico, no se distinguió por su diáfano curso. El encuentro analizado por Foucault (2001) sustenta cómo el médico fue modificando su práctica de acuerdo al contexto en el que se encontraba, pero también nos permite argumentar cómo la asimetría tan citada, para destacar la expresión de poder, no anulaba los saberes, creencias y prácticas de los pacientes, porque son parte de su <<competencia vital>>, preexistente a la figura del especialista y la institucionalización de la atención por parte del Estado. La evidencia más sólida es que vida y salud histórica y socialmente han precisado de acciones de cuidado y preservación. Nordenfelt (1995: 35) planteó que la sensación de <<sentirse bien>> mantiene relación un atributo, *la habilidad* para hacer algo al respecto. Ambos elementos son esenciales *en* y *para* la vida del sujeto porque le permiten cumplir sus objetivos, relacionarse con otros, trabajar, sentirse realizado en lo personal y lo colectivo.

Si mantenemos la visión foucaultiana de docto-lego, no contraviene el hecho de que se interrelacionan en el mismo plano de acción. Ahora, no buscamos anular el marco de la especialización, sino explicar cómo se relaciona con lo cotidiano, para

ello nos apoyamos en el trabajo de Kosik (1976). Su concepto de *praxis humana*, eje de la concreción de la realidad social, nos permite replantear los antagonismos, las distancias, tensiones, y ampliarlos a los que se generan entre los campos de conocimiento (Bourdieu, 2002). El PAS coloca a los sujetos en el plano de la concreción, los observamos interrelacionándose con su carga biológica, política, cultural, histórica, cognitiva (Zemelman, 2005) y no en los roles pulcros del especialista o del sujeto indefenso, privado de voluntad, por tanto, las relaciones entre TDS, MAE y familiares no son improvisadas, están configuradas por la biografía, valores y experiencia vital. Los sujetos sostienen interrelaciones con ese entramado que desborda la estructura administrativa.

El panorama expuesto muestra la institucionalización de la salud y anticipa que el PAS en las instituciones públicas no puede explicarse bajo la bina relacional médico-paciente, porque en la estructura de la AIN el médico es un elemento más del sistema, no tiene facultades desmedidas para ejercer poder hegemónico porque al igual que los otros, enfrenta limitaciones en su praxis, está obligado a observar el marco normativo al cual no puede escapar. Asimismo, pacientes y familiares al acudir a una institución pública de salud, centro de salud, hospital general o de especialidad, entran en contacto con la estructura, no sólo con la figura médica. Esto hace inevitable precisar algunos conceptos torales para el desarrollo de la presente investigación.

2.2 DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD, A LA TENCIÓN INSTITUCIONAL (AIN)

Conviene seguir el decurso de la institucionalización de la salud para entender la relevancia que tiene en la consolidación del Estado, figura con personalidad jurídica y rectoría. En la década de los 80 del siglo pasado, inició su proceso modernizador alentado y forzado por la dinámica internacional (Peters, 1999), mas interesada en asegurar condiciones para el desarrollo económico, entre líneas, expansión del mercado (Chomsky, 2001). El énfasis modernizador fue la definición de las funciones del Estado. En la sociedad global la emisión de normativas es rasgo distintivo y su publicación en medios oficiales confirma un tipo de organización del

orden más alto. Al respecto, Recaséns en el estudio preliminar de la Teoría del Estado (Kelsen, 1992) advierte que la esencia de la norma no tiene que ver con su observancia, esto es, el cumplimiento por parte de los sujetos. La validez se justifica con base en una realidad social que necesita ser regulada.

En México, igual que en muchas otras naciones, el derecho constitucional no es el único convocado a la tarea regulatoria, lo institucional convoca al artífice de esta tarea, para el Estado moderno es prácticamente imposible justificarse sin el derecho administrativo (Rodríguez Rodríguez, 2005; Valadés 1994). Disciplina escasamente considerada en los estudios antropológicos en el creciente interés por las instituciones. No obstante, es piedra angular para que el Estado delineara una ruta de formalización hacia el conocimiento especializado. De acuerdo con Merhy, Macruz Feuerwerker, & Brug Ceccim (2020) el Estado moderno recurre al aporte científico como una forma de justificar sus decisiones; no significa que, dependa de la ciencia para actuar, más bien, es un recurso dentro de sus prácticas políticas. Así abre el umbral para el posicionamiento político de algunas disciplinas, buen ejemplo es la medicina. Aunque, su presencia no es exclusivamente por esta vía.

La influencia de la medicina en la sociedad tiene cauda histórica anclada a la perenne necesidad humana de preservar o recuperar ese estado de bienestar, pero incrementó su presencia, de forma decisiva, a partir del desarrollo científico gracias al creciente valor otorgado a la <<evidencia>>. Es joya de la racionalidad, sin exagerar, no se restringe a la práctica médica, los programas universitarios entrenan a sus pupilos para buscarla, como es de esperarse, es inexcusable para guiar la atención en las instituciones (Goldenberg 2012; Mayer 2010). La dinámica no es ajena a la sociedad, el acceso a la información, como derecho individual, permite a pacientes y familiares apropiarse de ésta, no siempre con claridad, pero constituye un punto de partida y base de su expectativa. Sin ser especialistas en el campo, atienden a la evidencia para formarse un criterio sobre la mejor opción de atención. Eso no facilita el PAS, es común que entren en conflicto con los profesionales del campo, otras veces, coadyuva a la colaboración, por ejemplo, si la interpretación del médico no les da certeza, el panorama cambia cuando les muestra una imagen impresa (ultrasonido). Entonces, la evidencia no viene del conocimiento del médico,

sino de algo *tangible*, pacientes y familiares entienden que se trata de un objeto del conocimiento especializado y se lo apropian.

Estos objetos, estudios de gabinete, biopsias, cultivos, genéticos, funcionan como mediadores en las interrelaciones del PAS, pero no generan convergencia entre TDS y pacientes. El trabajo de Foucault (2001) nos ayuda a refinar el análisis de las tensiones y distancias en el encuentro clínico, primero por la especialización en la atención, hablamos del decurso histórico-social de la medicina en la sociedad. Antes de incorporar la tecnología a su práctica, el médico recurría a vívidas descripciones de las manifestaciones patológicas, las cuales desplazó bajo el vigor de la racionalidad. El síntoma dejó de ser fanal de la praxis, la consigna era buscar la causa. La clínica comenzó a guiarse por una topografía física, justificando el cambio de la pregunta centenaria y coloquial <<¿qué tiene usted?>>, por la refinada <<¿dónde le duele?>> (2001: 14). El cambio sutil replanteó la relación entre médico y paciente, adoptó la forma de distancia entre *docto* y *lego*, haciéndose más notoria hasta nuestros días, por el avance del conocimiento científico que se reafirma en diversos ámbitos, como el formativo.

Taylor (2017) expone el nivel de exigencia que experimentan los médicos en formación, literalmente obligados a aprender miles de términos año con año y estar en posición de referirse a una enfermedad con base científica. El conocimiento especializado contrasta con la experiencia del paciente, quien habla del malestar desde su sentido común. Mientras, el trabajo fino del especialista es dar un nombre científico, hacer la traducción para asentar un diagnóstico válido y a partir de éste, fundamentar sus acciones. El error es pensar que esa dinámica responde sólo a la academia. En realidad, es lo que socialmente se espera del futuro médico. Cuando el paciente detecta que su médico tratante titubea, o no se expresa con <<lenguaje médico>>, que no es otra cosa que el uso de tecnicismos, le genera desconfianza. Entonces, por una parte, se pide a los médicos aprendan a comunicarse con sus pacientes, por otra, se les forma bajo la exigencia de la erudición. Basta con observar el perfil propuesto para los egresados de la licenciatura en medicina (Abreu Hernández, y otros, 2008).

Otra arista histórico-social de la institucionalización de la atención de la salud, es la organización social. A nadie extraña que la atención de los enfermos tenga lugar en espacios específicos, los hospitales, pero es un evento relativamente reciente. Sus antecedentes están ligados a la caridad, actividad distintiva del quehacer religioso, ad hoc, con los valores predicados. Sin embargo, después de varios eventos políticos, sociales y económicos el manejo de esos espacios pasó a la rectoría del Estado (Hernández Zinzún, 2009). Es fácil asumir que la transición de una instancia a otra implica cambios radicales, de modo que los responsables de la atención guiarían sus intervenciones con sólida base racional, pero hay prácticas y formas de relacionarse que se han perdurado y son observables en la organización de dichos espacios. Hernández Zinzún (2007) muestra cómo la precariedad en la atención es marca indeleble de la administración estatal, pues los pobres, antes “indios”, son quienes acuden a los servicios públicos de salud. El autor registra cómo la organización y funcionamiento hospitalario mantiene algunas prácticas en torno a la atención. Las conclusiones de su trabajo son congruentes con las de Auyero (2001), el Estado ha construido formas de relacionarse con la población que lo mantienen a distancia.

El contenido del discurso siempre adelanta las acciones, pero cuida de integrar nuevos términos para sustentar la factibilidad de sus ofrecimientos en beneficio de la población. Sin embargo, el cambio más notable es en lo formal, la cruzada por la calidad lo ejemplifica muy bien, es bastión de la política de salud, entre los mayores desafíos está ofrecer la misma atención en todos los establecimientos públicos (Consejo General de Salubridad, 2008; Secretaría de Salud, 2012) y pese a todo el contenido discursivo de ser el parteaguas histórico-social, la actual administración, retoma en su modelo de atención los principios de la administración científica de Taylor como marco operativo (Secretaría de Salud, 2020). El problema de fondo persiste, como han hecho los especialistas de gobiernos anteriores, establecen relaciones espurias porque las aportaciones tayloristas fueron diseñadas para el sector productivo, no para el de los servicios. No se hace explícita la compatibilidad, dado que el marco normativo mantiene de fondo la arcana distinción entre trabajo

productivo e improductivo, así como la división de trabajo, orientada desde sus orígenes a la productividad (Smith, 1794).

La razón de fondo para integrar los criterios productivos al sector de los servicios, es la triada eficiencia/productividad/calidad, sello de la administración moderna. Para lograrlo precisa diseñar puestos de trabajo con sus respectivos perfiles y funciones. Ninguno de estos puede quedar al margen del marco legal. Entonces, los puestos y las funciones no responden a las disciplinas ni al ejercicio de la praxis, son expresiones de lo institucional. Por lo tanto, retomamos nuestra definición de AIN, para referirnos a la estructura económica, política, legal y administrativa, establecida bajo la rectoría de Estado, único facultado para crear servicios, organizarlos burocráticamente mediante la asignación de códigos y funciones que le permite regular las actividades técnico-científicas y administrativas de los trabajadores, igualmente el acceso y uso de los servicios por parte de pacientes y familiares.

La AIN nos permite fundamentar que tanto trabajadores como pacientes y familiares están sujetos a la misma estructura, de manera que todos se ven afectados, en distinto grado, al momento de tomar decisiones y experimentan dificultades en el desarrollo de su praxis. Por ejemplo, las MAE y sus familiares descubren, a través de la experiencia, que la premisa de *lo público* no significa libre acceso, atención garantizada, ni gratuita. La persona que busca atención en el HEGO puede reunir el perfil, al pertenecer al abultado grupo de la población abierta, pero no es suficiente para recibir el servicio, sea por saturación, falta de equipo, inoperancia de alguna área y la lista se extiende casi infinitamente.

La AIN para el Estado es la respuesta a las necesidades de la población, pero arrastra problemas de fondo, su raigambre es profusa, allende el encuentro médico-paciente, que tanto se ha explotado. Para identificarlos, encontramos algunos en el nivel meso, la distancia entre las acciones del Estado con la realidad social en torno a la salud. La entidad jurídica y el constructo población se ven atrapados en la autonomía institucional y es el imaginario social el marco que da sentido y ayuda a mantener la estructura y funcionamiento (Castoriadis, 2013). Quizá en el mismo nivel, pero en otro ámbito, hallamos los problemas de cuño académico, donde

prevalece la reyerta entre la visión biomédica y la sociocultural, ampliamente documentada. La primera, apela a su linaje de racionalidad científica, crítica la falta de evidencia y la asistematicidad de la segunda. No obstante, el trabajo de Campos (2018) Hersch y González (2013), Haro (2000); Osorio (2000) dan cuenta del conocimiento que sustenta las prácticas socioculturales y su efectividad, pero sin afirmar ciegamente que todas funcionan o no causan daño, también albergan errores y sesgos. En el mismo ámbito, está la vertiente epistemológica con impacto a la praxis, las dificultades para definir la salud, afectan la praxis de las disciplinas en el PAS. Si bien, la definición propuesta por organismos internacionales, orienta la política (Organización Panamericana de la Salud, 2019), stricto sensu, no es un concepto, por ende, no coadyuva a las disciplinas a definir su objeto.

El canon científico señala que sin objeto no es posible desarrollar un marco teórico, por consiguiente, tampoco habrá metodología. Las grietas epistemológicas trascienden al nivel micro y “la solución” proviene de un tipo de pragmatismo, no tiene relación con la filosofía de James (2000) donde las acciones de los sujetos buscan responder a problemas puntuales, sea porque sigan la ruta del empirismo o del racionalismo. Ahí observamos la ductilidad de la realidad social, pues responde a ese tipo de intervenciones. El riesgo es presentarlas como acciones derivadas del quehacer científico que se ocupa de objetos particulares (Bourdieu, Chamboredon, & Passeron; 2002; Gutiérrez B., 2005). Tampoco son descuidos, tienen la intención de mantener el espacio de grupos interesados en dirigir las instituciones, porque en la lógica del Estado moderno, cubren un perfil que les califica para hacer frente a responsabilidades específicas (Kelsen, 1992).

El entramado entre el dictado formal, enfocado en la regulación de las acciones y la concreción de estas, es complejo. La estructura de la AIN funciona como núcleo magnético que atrae múltiples disciplinas, unas gozan de mayor carga que otras. Esto no es porque en los establecimientos públicos se haya llevado a cabo, algún encuentro filosófico para sustentar el valor epistémico de cada disciplina, sino que, en un sentido pragmático, algunas disciplinas son más útiles a los propósitos del Estado. Cobra sentido lo dicho por Merhy, Macruz Feuerwerker y Burg Ceccim (2020) en torno a la dependencia del Estado hacia el conocimiento especializado.

Es clarificador porque los puestos diseñados para dirigir, no se ocupan de discutir o armonizar el conocimiento dimanado de las distintas disciplinas, trazan atajos desde la fragmentación y el reduccionismo. A pesar de la estructura prevalece otro problema, no es claro a quién le corresponde ocuparse de esto ¿el académico, el laboral? Lo inespecífico del ámbito de competencia tampoco justifica los maridajes tan populares para justificar las acciones del Estado.

El modelo de atención integral es buen ejemplo, porque los servicios públicos se presentan como multidisciplinarios, permitiéndole abarcar distintas dimensiones que influyen en la salud de los individuos (Secretaría de Salud 2015). Esa premisa da por cierto que, la mera concentración de distintas disciplinas en una institución pública como el HEGO conduce al trabajo multidisciplinario. Entonces, las instancias de mayor jerarquía dentro de la estructura de la AIN, asumen sin evidencia que, las disciplinas construyen y comparten un objeto común, significa tener un marco teórico común con su respectiva metodología, pero ocurre todo lo contrario, las disciplinas buscan diferenciarse unas de otras, para ello mantienen sus bases teóricas y metodológicas. Nos ayudan algunas precisiones al respecto.

Bueno (2001) cuestiona cuál es el objeto de estudio de la medicina, a su juicio no se ocupa de la salud, y si decimos que trata la enfermedad, propiamente sería patologías específicas. El filósofo la clasifica como técnica, en parte porque depende de los objetos de otras disciplinas como la biología. Algo similar pasa con enfermería y su histórica lucha por pasar de *servicio de apoyo* a disciplina científica. El primer logro es no continuar con la etiqueta de ayudante o asistente. Al paso del tiempo, enfermería encontró en el <<cuidado del paciente>> la base para desarrollar su corpus teórico (Allen, 2015). Esto deja al descubierto una vertiente más, lo difuso de los límites disciplinares en la concreción del PAS, por ejemplo, trabajo social llega a intervenir en crisis emocionales de pacientes y/o familiares. Saben que no es su ámbito de competencia, pero los especialistas del área son limitados en otros turnos y el mismo marco normativo marca la responsabilidad de brindar la mejor atención posible. En consecuencia, aparece un vacío porque el modelo de atención no ofrece recursos para resolver de fondo y, cuando la necesidad de la paciente demanda intervención multidisciplinaria, a todos les toca hacer un poco de todo.

La dinámica descrita afianza la pertinencia del PAS, al seguir las interrelaciones de TDS, MAE y familiares, estamos en posibilidad de distinguir los múltiples sentidos y significados que se construyen en la concreción. No hablamos de distintas agendas como algunos proponen (Pendleton, Schofield, Tate, & Havelock, 2003), pues sugiere paralelismo en las acciones, pero en la AIN no se da tal condición, pero sí hay distanciamientos, desencuentros, desacuerdos, tensiones, porque no dejan de interrelacionarse. Además, sus acciones expresan aspectos biográficos, experiencia y sistema de valor (Lemus Alcántara & Suárez Rienda, 2022). De ahí la pertinencia de la praxis humana para ubicar a los sujetos en el mismo plano, ya que comparten las mismas circunstancias políticas, económicas, históricas. Contrasta con la visión administrativa, por ejemplo, el modelo de atención no invisibiliza las interacciones que caen fuera de sus procedimientos, las considera eventos emergentes, desviaciones que deben ser corregidas y no afecten la sinergia administrativa. En la dialéctica de lo concreto, esos elementos *disruptivos*, son constitutivos de lo cotidiano y no situaciones emergentes como plantea la visión administrativa centrada en la calidad.

La decisión de no considerar esas interrelaciones, afirma el distanciamiento con la realidad social, serio problema para la administración. Apesoa Varano y Varano (2014) reportan tensiones y conflictos entre trabajadores de distintos servicios a pesar de contar con experiencia y guías administrativas para la atención de emergencias. Sin embargo, quedan expuestos los conflictos cuya gravedad no permite el tiempo para dialogar, los TDS sólo toman decisiones esperando obtener el mejor resultado, incluso si hay desacuerdos en el momento crítico. Cuando pasa la crisis, sostienen reuniones para encontrar las fallas, pero no identifican que, esa forma de actuar es una práctica anclada a la baja posibilidad de modificar las acciones en los servicios clínicos y la poca apertura para reorientar la forma de relacionarse entre ellos. Así, los TDS se posicionan frente a los eventos, frente a los otros y pautan sus acciones. Con esto no sugerimos la imposibilidad del cambio, pues su praxis humana está expuesta a circunstancias cambiantes en cada uno de los ámbitos en los que se mueven.

La AIN y el PAS nos conducen al CCL porque las interrelaciones ocurren bajo una lógica en *un servicio clínico* y cambia en otro, aunque se trata del mismo hospital e itinerario. Dinámica incompatible con el modelo oficial, cuyo diseño establece criterios estandarizados que guían la atención. Así, el funcionamiento en el servicio clínico “a” deberá ser el mismo que en el servicio clínico “b”, no considera las distintas especialidades. La lógica es que todos son servicios clínicos. El criterio administrativo es congruente con el compromiso del Estado de mantener la calidad como eje de sus acciones (García Saisó , Álvarez del Río, Terrazas Valdés, & Molina Mandujano, 2015). Dicho de forma esquemática, la apuesta del Estado es alcanzar el mismo nivel de calidad, sin importar ubicación geográfica y condiciones materiales de las instituciones públicas de salud.

Las directrices normativas definen y pautan la praxis humana, tanto de los TDS porque se las apropian y generan compromisos, asumen responsabilidades, incluso al margen de los recursos disponibles, como de las MAE y sus familiares, al construir elevadas expectativas sobre la atención. Sin embargo, en conjunto soslayan la carga implícita que aceptan, por ejemplo, cuando el establecimiento público carece de los materiales y equipo estipulados por la propia norma para la prestación del servicio. En el encuentro concreto en el CCL, la norma se torna etérea, la negativa o limitación toma rostro, aparece un responsable. Los criterios de rechazo no se restringen a la decisión de uno, para entenderlo necesitamos coordenadas espacio-temporales de lo antropológico en el CCL; entendiendo que, los mismos elementos constitutivos del hecho antropológico carecen de significado fuera de éste como argumentara Bueno (1996: 89-114).

Las interrelaciones en el CCL no son lineales como en la bina médico-paciente, tampoco son mera expresión del conocimiento especializado, para entenderlas como ejecuciones técnicas con sus ejes de poder y hegemonía. Sobre todo, porque los TDS no actúan en sentido exclusivamente profesional o disciplinar como si nada más afectara su praxis. Algo parecido pasa con las MAE y sus familiares, durante su itinerario no permanecen pasivos, pensarlo así, obligaría a asumir que, el sujeto queda desprovisto de toda voluntad cuando inicia su PAS. En ese posicionamiento hay una declaración, el sistema de salud busca anular a los sujetos. Sin embargo,

dentro del amplio horizonte de las expectativas, muchas se construyen no por imaginar o anhelar, sino por la información disponible de temas que le conciernen. Abarca desde los cuidados prenatales, riesgos, hasta opiniones sobre la atención que brinda el hospital. Por supuesto, los alcances son diferentes, hablamos de los recursos que disponen para su apropiación, dominio y uso para tomar decisiones.

La heterogeneidad en cuanto a la construcción de la expectativa y experiencia no se da al margen de la AIN. Aunque traza un itinerario para las pacientes, acorde con las especialidades o subespecialidades presentes en el hospital, la experiencia de las MAE llega a ser disímil a pesar de recorrer los mismos servicios. La concreción del PAS cambia dependiendo del servicio, del turno y la rotación de personal. Por eso es relevante el CCL porque la experiencia de la atención del parto se construye en ese espacio. Ahora, eso pasa no sólo con las MAE, los propios TDS sienten, dicho en el sentido amplio de la palabra, mayor afinidad por un servicio que por otro, solicitan uno y tratan de evitar otro. Cuando son asignados al servicio donde tuvieron mala experiencia, lo significan como castigo, pero no es una regla. El trabajo de Berardi (2009) nos ayuda a entender las finezas presentes en la conceptualización hecha por los sujetos sobre su labor, es contextual y relacional. La afectan las disposiciones dimanadas de instancias externas, dónde ponen el énfasis para reorientarlo sin tomar en cuenta la opinión de quienes lo ejecutan. Las MAE no trabajan en el HEGO, pero sienten mayor comodidad en un servicio que en otro, lamentan cuando las atiende cierto médico y no “el de la primera vez”, tienen fricciones con una enfermera de un turno, no con todas. La experiencia concreta es insuficiente para descifrar lo que sucede en los espacios del CCL, para ellas y sus familiares todo aquello que funciona mal o provoca insatisfacción tiene rostro y nombre, igualmente para el sistema²¹.

²¹ La triada eficiencia, productividad y calidad, abrieron la caja de Pandora. Los especialistas armados con herramientas refinadas presentaron análisis sobre los riesgos que corrían los pacientes durante su atención, los cuales siempre ha existido. La diferencia es que ahora el sistema jurídico y el modelo político de las naciones occidentales imprime mayor complejidad a las relaciones entre TDS y pacientes. Hay un esfuerzo por otorgar al paciente una renovada centralidad en el PAS, pero al mismo tiempo deja ver la multiplicidad de factores que al conjugarse causan daños a la salud de las personas. Un serio problema es la distancia irreconciliable entre el error y lo subsecuente que por lo general termina en sanción, aunque la evidencia señala que lo más recomendable para resolver el grave problema, la sanción se mantiene como la respuesta por excelencia (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). En una primera mirada, es la lógica correcta para atender

El CCL nos permite profundizar en el sentido de las interrelaciones, entender cómo los sujetos construyen su experiencia en el PAS, los sentidos de su praxis humana, superando todo el discurso sobre lo profesional y la vocación. Los TDS pueden estar muy calificados para el ejercicio de su profesión, pero sus acciones no son mecánicas, ni suceden en estricto apego al marco normativo, como si fueran copia fiel, más bien, se posicionan, toman decisiones que, incluso contravienen la norma, la organización o el funcionamiento hospitalario. Ahora, el PAS es vinculatorio, la praxis de los TDS los lleva al encuentro de las mujeres de ese grupo etario denominado adolescencia.

2.3 LA ADOLESCENCIA COMO INSTITUCIÓN

En las sociedades occidentalizadas domina la certeza que el sujeto vivirá todo lo instituido. En ese amplio espectro de vida institucional tenemos la adolescencia. En una sociedad estructurada y organizada por instituciones, el Estado es figura prominente y su primera obligación es velar por el bienestar de la población (Valadés, 1994). Es responsable de acompañar al individuo durante esa transición, conflictiva y riesgosa; pone a su disposición su mejor recurso, lo institucional, la ruta segura para guiarlo hacia un futuro mejor. Esto habla del nivel de modernización alcanzado por el Estado (Peters, 1999; Valadés, 1994), obligado a sustentar sus acciones en evidencia sólida. De ahí su búsqueda constante de los productos del conocimiento especializado (Merhy, Macruz Feuerwerker, & Burg Ceccim, Educación Permanente en Salud: Una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud, 2020). Mano invisible poseedora del poder suficiente para remover todo vestigio opuesto a la verdad; parte de su poder descansa en el misticismo del dato, reducto extraído de <<lo natural>> y posee el encanto de decirnos cómo son las cosas “en realidad”. Hablamos de los datos biológicos producidos por la biomedicina, psicología y otras disciplinas que acreditan a la

tales eventos conflictivos. No obstante, abre paso a una serie de prácticas para evitar la sanción, pues es indiscutible el hecho de que nadie quiere ser sancionado, sobre todo, cuando no hay intencionalidad.

adolescencia como etapa conflictiva por los cambios físicos y hormonales para pasar a la edad adulta.

En este sentido, nadie dudaría que los moradores del presente, somos los más privilegiados al vivir el apogeo de la modernidad, nutrida por los frutos del avance científico. Edén actual que, vaticina prosperidad *in crescendo*, sólo no debemos apartarnos ni a diestra ni siniestra, el compromiso y obligación individual y colectiva es mantenerse en la senda de un futuro promisorio guiado por la ciencia; pero ¿realmente sucede así? ¿podemos estirar la mano y tomar del árbol de la ciencia para disipar cualquier duda y satisfacer nuestras necesidades de todo tipo? En la sociedad contemporánea los sujetos nos movemos en una suerte de múltiples interacciones y lo social está instituido por diversos sistemas simbólicos, economía, política, educación, trabajo, familia, salud (Castoriadis, 2013), pero no hacen más diáfano el horizonte de la humanidad.

Son muchos los pasajes que dan cuenta sobre cómo el conocimiento ha oscurecido no sólo el desarrollo de la humanidad, sino su existencia misma. A veces, con franca intencionalidad, otras como efecto inadvertido de las prácticas científicas²². Sin pretender que superamos a los predecesores en entendimiento, tampoco sin negar las ventajas actuales, conviene tener un fanal para aspirar al mejor posicionamiento académico, social y humano. Es el hecho de que el ser humano es la única especie que además de experimentar cambios biológicos, desarrolla su <<ser>>; todo ocurre en una imbricada retícula de circunstancias vitales que son la base para su realización individual e integración social (San Martín Sala, 2015; Beorlegui, 2009). Además, independientemente de la latitud o de lo biológico, el sujeto siempre está influido y modelado por la cultura (Brown, Lawrson,

²² A la antropología se le ha criticado ser punta de lanza en prácticas extractivistas, si bien no fueron planeadas ni ejecutadas en ese sentido por sus autores, no escaparon de los intereses de otros grupos, Estado, academia, comerciantes. Por ejemplo, el trabajo de Boaz (1962) o el de Gamio (1916) aportaron bases para que los grupos en el poder tomaran decisiones sobre <<los otros>>. En el caso de México, Bonfil (1989) expone su disertación sobre “lo indiano” ratifica los serios problemas que entraña la construcción social, quiénes integran y quiénes quedan excluidos por ser diferentes. Es innegable la magnética relación de la antropología clásica con la Biología, la fuerza de lo fáctico que vino de mano del darwinismo, le guiaba a un posicionamiento sobre la diferencia, lo ajeno, lo extraño, lo exótico. Lejos está de ser un asunto resuelto, el trabajo de Lewontin, Rose, & Kamin (1987) nos advierte sobre ese maridaje de relación disfuncional entre gobierno y ciencia que, plantea formas y prácticas jurídicas para justificar injusticia, desigualdad, asimismo, perpetuar la marginación en grandes sectores de la población apelando a cuestiones genéticas y raciales.

& Saraswathy, 2004). Ahora, por más férrea que sea la tradición o milenaria la costumbre, no escapan a las lógicas y dinámicas globalizadoras, cuya fuerza redefine y reorienta las prioridades locales. Así, la potencia homogeneizadora las subsume, diluyendo lo particular (Appadurai, 2001). Sin embargo, la vorágine global no logra borrar por completo la impronta del sujeto, Bruner (1991: 15) asentó:

“[...] para conocer al Hombre, hay que verlo en el contexto del reino animal a partir del cual evolucionó, en el contexto de la cultura y el lenguaje que proporcionan el mundo simbólico en el que vive, y a la luz de los procesos de crecimiento que coordinan estas dos fuerzas tan poderosas”.

Las tensiones acerca del dominio de uno sobre otro, naturaleza/cultura, cultura/naturaleza, aportan poca cosa para entender esa complejidad, llevándonos al extremo de las abstracciones, un sujeto biológico ajeno a la cultura, o bien, no afectado por ésta. Asimismo, su opuesto, un sujeto cultural donde su naturaleza biológica es resultado del entramado social. Claro, no es un tema agotado, ni la tensión está resuelta, por eso, precisamente, centramos nuestra labor en esas interrelaciones e interacciones que llevan al sujeto a ser lo que es. En este mundo no hay humanos más biológicos y otros más culturales, todos compartimos el mismo sustrato natural, asimismo, lo hemos transformado, modificado, para apropiarnos de la realidad construida históricamente.

La dinámica globalizadora funciona como escenario y crisol donde organismos internacionales construyen consensos en torno a los rasgos de la adolescencia. Entre los más difundidos está la idea de que en algún punto, todos son dominados por el deseo, el despertar sexual los vuelve impulsivos e irrefrenables. En realidad, califica más como mito porque el deseo irrefrenable no es exclusivo de este grupo etario, ni tan íntimo como exponen algunas disciplinas, psicología, psiquiatría, psicoanálisis, incluso la medicina. Es un recurso explotado por el mercado y modelo económico (Ariely, 2017; Han, 2014), pero se reviste de una supuesta libertad de los sujetos para decidir sobre su cuerpo y otras cosas. Entonces, decidir no es un asunto estrictamente personal, también es colectivo, cuando hacemos énfasis en la falta de autocontrol en los adolescentes, intencionalmente omitimos la historia en

torno a “aquellos placeres humanos” que son difusos, entre la prohibición, la oferta con sus múltiples rutas, las discusiones sobre su control y formas de comercio, a todo eso quedan expuestos los adolescentes a quienes pretendemos cuidar y guiar (Robbers, 2014).

La directriz que la globalización traza, antagoniza con las particularidades, por ende, invisibiliza la realidad social de cada país. Ricoeur (2012) apunta que las civilizaciones disponen de distintos recursos para construir su realidad y apropiarse de ésta; considera lo material y lo simbólico, sin forzar escisiones²³ estériles. Castoriadis (2013) destaca los sistemas simbólicos que desvelan el proceso histórico-social, su trabajo coincide con esa frontera permeable entre lo colectivo y lo individual, pues en ese punto convergen las dinámicas institucionales. Así, los grupos sociales trazan el curso, por tanto, no es algo dado, sino construido y consensuado a través de la educación, economía, trabajo, familia, política, salud. Estos sistemas son elementos constitutivos y modeladores de la realidad social, por ende, de la vida de los sujetos.

El trabajo de Castoriadis (2013) nos permite abordar la influencia y modelación de las abstracciones dimanadas de los discursos académicos y políticos, sobre la realidad social concreta. Destacan las pugnas históricas en ambas instancias (Bourdieu, 2001; Latour, 1992; Weber, 1979), pero en ciertos momentos celebran sólidas convergencias, sobre todo, cuando los criterios resultan complementarios, como el reputado concepto de universalidad. La biología habla de las etapas o estadios que todo organismo vivo debe seguir, mismo que conviene a la política económica en su empeño de estandarizar el desarrollo económico-social, no importa si son meras aspiraciones nutridas por la idea de que todos deben llegar al mismo punto; y al mismo tiempo, sanciona a aquellos que no lo logran, señalando su desviación de las acciones necesarias para lograrlo, o bien, van más lejos al imputar cuestiones intrínsecas a su propia limitación biológica (Lewontin, Rose, &

²³ Ricoeur (2012: 92-95) hace una precisión clarificadora sobre su abordaje del problema histórico, dice que lo que se registra y expone, refleja relaciones dialécticas entre lo individual y lo colectivo, así como la intencionalidad de quien lo hace. De ahí depende el hecho que se destaca o el análisis que se hace, no es que así haya sucedido. Así marca distancia de aquellas concepciones de la historia como si se tratara de un ente autónomo. Siempre hay sujetos tomando decisiones y la forma de abordarla como disciplina, refleja la decisión del autor.

Kamin, 1987). Sin embargo, son inevitables la tensión y el conflicto con la modelación sociocultural del desarrollo, de tal manera que, si bien, “lo natural” es que todos los sujetos experimenten cambios físicos, ni siquiera contamos con criterios unánimes para las categorías niñez, pubertad, adolescencia, juventud, adultez y vejez. La movilidad de los criterios influye en la construcción de las políticas públicas.

Las declaraciones universales que blindan la adolescencia como fenómeno biológico, tienen otro efecto poco advertido, la convierte en depositaria de elevadas expectativas. El Estado las erige como estandarte discursivo, allende los alcances concretos de sus acciones, mientras que los sujetos no tienen opción de elegir, viéndose obligados a vivir esa transición biosocial, desde los límites marcados por el discurso de la política-económica y la salud global. Así, las mujeres adolescentes receptoras del discurso oficial y las acciones locales, deben responder a la meta de no embarazarse y concentrarse en las actividades propias para su desarrollo. Sin considerar las escisiones entre el discurso y la realidad social concreta. Aquí conviene atender a lo que Foucault (1996) expresó sobre el discurso, señalando que carece de transparencia porque ni dice todo lo que tiene que decir, ni habla todo lo que tiene que hablar; pero sigue siendo de gran utilidad para el Estado y sus instituciones, al permitirle difundir su ideología.

En ese escenario es fácil pensar que el compromiso primario es con los sujetos, pero la narrativa de las mujeres adolescentes, nos pone frente a una realidad social donde tal argumento no se sostiene. Castoriadis (2013) acuñó el concepto de autonomización, para destacar el rasgo de su funcionamiento al margen de atender la necesidad. Es decir, si bien la institución puede crearse por azar, se mantiene por administrar la necesidad, no para resolverla. Esto explica la orientación en muchas investigaciones que explotan la violencia, el poder, como fenómenos centrales en la atención de la salud de las mujeres (Sesia, 2020; Castro & Erviti, 2015; Castro & López Gómez, 2010).

El análisis precisa mayor amplitud porque tiende a soslayar la responsabilidad de las macroestructuras, al permanecer en el nivel micro, presentan argumentos bajo premisas de víctimas y victimarios, cuando el encuentro de los sujetos ocurre

dentro de una misma estructura. El mayor riesgo son los escotomas de investigación, dado que hablamos de AIN. Fassin (2015) expuso cómo al interior de las instituciones son sujetos tratando con otros sujetos, tomando decisiones sobre sus asuntos. Consideremos el trabajo de Douglas (1996), señaló que un error muy común es asumir que todos los sujetos concentrados en la institución, comparten los mismos objetivos, valores y tienen el mismo compromiso.

En nuestro decurso histórico-social encontramos que, una vez más, somos expulsados del Edén, no por dictado divino, sino por mano propia, debido a las dinámicas que muchas veces opacan los beneficios con prácticas que lo tornan difuso, escabroso. Esta tensión nos plantea que estamos frente a una tarea de gran envergadura y precisamos definir un posicionamiento humano y social, acorde a los grandes enunciados que dimanan de lo institucional, congruente con la presencia del otro. La reflexión nos conduce a las interrelaciones, indagar en las estructuras, elaborar planteamientos en los espacios concretos, porque ahí es donde suceden los hechos y se realizan los actos, como recitaría el jurista, o donde las acciones hacen evidentes las intenciones, argumento del sociólogo.

2.4 LOS RIESGOS DE VIVIR LA ADOLESCENCIA

En una sociedad cimentada en instituciones, un sujeto sin protección social es oprobioso, contradice los principios torales de la *globalidad* y *modernidad*. Sin embargo, ese futuro aseQUIBLE entra en crisis por las mismas aspiraciones, debido a las profundas desigualdades. Si bien, el Estado es responsable de generar las condiciones de desarrollo para <<todos>>, prevalecen las asimetrías sociales y humanas (Castel, 2003). Muchos de los ofrecimientos sólo quedan inscritos en el discurso y el marco normativo del desarrollo. No es una idea mordaz, la falacia aparece cuando no hay claridad sobre a quién corresponde concretarlos (Chillán Reyes, 2001).

Es el caso de las mujeres adolescentes que se embarazan, ocurre en un crisol de circunstancias que ellas no definen. Les precede la figura del Estado con sus políticas y, pese a los cambios y modelaciones teóricas-filosóficas su *hacer* sigue

siendo difuso (Damsky, López, & Rodríguez, 2007; Cassirer, 2004; Kaplan, 2001). El trabajo de Lewis (1967) ofrece, a partir de un caso, sólida evidencia de la seria problemática que enfrentan millones de familias, por la pobreza, bajos niveles de educación, trabajo y servicios de salud precarios; agravados por dinámicas familiares conflictivas de estructura difusa. Nos permite ver la futilidad de buscar “la causa”²⁴.

El enfoque unicausal resulta limitado y la identificación de variables cae en lo sumativo. El punto clave son las interacciones donde se potencian los efectos negativos en la vida de los sujetos. Tal como sucede con el Estado, la familia ha sido, históricamente, la institución depositaria de responsabilidades que muchas veces rebasa la competencia de las figuras paterna y materna. La razón es que no hay un modelo de familia y los roles son fugaces, antes de considerar los cambios dimanados por los movimientos sociales, las condiciones socioeconómicas y políticas han reducido la existencia de los sujetos y sus familias a criterios mínimos de subsistencia (Bronfman, 2000; de Lomnitz, 1975). Lo devastador del asunto es que las instituciones creadas para resolver esos graves problemas sociales y humanos, tampoco lo han logrado. En muchos casos, al contrario, contribuyen para agravarlos, condición que nos hace partícipes de forma directa o no. Es fácil pensar que se trata de una visión pesimista, mas no es así. Lo que no tiene duda es que ahora, más que nunca, somos conscientes de los sendos problemas que vivimos, pero no significa mayor disposición para resolverlos.

Es vital exponer una falacia, la solidez de los datos nos genera certezas sobre la factibilidad para resolver los complejos problemas que nos afectan de manera colectiva. No obstante, encontramos esfuerzos coordinados, por ejemplo, en torno a los adolescentes, la forma mundialmente válida es la protección de sus garantías individuales. Diversos organismos internacionales se fusionan en la tarea y pugnan

²⁴ Para Townsend (2004: 3) la pobreza debe medirse y analizarse junto con otros dos fenómenos, exclusión y polarización social, porque siendo un punto prioritario en la agenda mundial, advierte que las métricas varían y el análisis de esos datos no conduce a mayor confiabilidad y validez de los resultados. Entonces, no se trata de un fenómeno aislado. Por otra parte, el Estado no es el único responsable en el tema de la pobreza, también presta atención a la presión social en torno a ésta porque ya no se trata de un fenómeno local, sino global que polariza a la sociedad y genera criterios de exclusión, amenazas imaginarias con expresiones aporofóbicas que se traducen en políticas públicas, incapaces de resolver, su mayor aspiración es contener al margen de la envergadura del problema (Cortina, 2017).

por una adolescencia saludable, libre de riesgos, que goce de condiciones de desarrollo (Trucco & Ullmann, 2015; CEPAL, 2004). Ruta garante para que este grupo etario transite de la mejor forma a la adultez, pero los jóvenes experimentan sendas privaciones. Saraví (2009) expone cómo distintas causas se conjugan en detrimento de su desarrollo, no es un daño focal, tienen efecto acumulativo que genera exclusiones generacionales. Ahí entra la mirada del especialista, muchas veces, lejos de lograr un entendimiento robustece la ruptura intergeneracional. Al acotar tanto su objeto de estudio, lo priva de la continuidad intrínseca de su humanidad, pues la necesidad de <<ser>> es una constante vital. El sujeto a lo largo de su vida busca y construye, en el mejor de los casos, el sentido y significado de su existencia.

El trabajo de Mead (1961) destaca las divergencias históricas y sociales, es muy complicado hablar de la adolescencia como fenómeno universal. Sustentó que no hay forma de homogeneizar el desarrollo humano, ni forma de negar la modelación sociocultural que experimentan los sujetos en el plano biológico. Los cambios físicos suceden, pero el colectivo dispone de distintos recursos culturales desde los cuales significa el cuerpo y la sexualidad. El modelamiento sociocultural influye en la inserción social de los más jóvenes y en la construcción de su identidad (Blos, 2001). El fin de esa transición esperaríamos que el individuo contribuya a su grupo social²⁵. Por más criticadas que sean las aportaciones de Mead, son congruentes con el amplio trabajo coordinado por Brown, Lawrson, & Saraswathy (2004), documentan cómo dependiendo de la cultura, la sociedad cambia las bases del nicho de desarrollo que modela el curso biológico y con esto las expresiones de la sexualidad, sus conflictos, igual que la identidad. En Medio Oriente las interacciones entre adolescentes se dan bajo la segregación de género, en congruencia con su sistema de valores; en las sociedades occidentales eso sería inconcebible.

²⁵ Consideramos valiosas las aportaciones de Mead, pero no comparto de todo su enfoque intercultural centrado en la comparación. No es del todo compatible con la continuidad que nos orienta siguiendo los procesos histórico-sociales, que indiscutiblemente mantienen raigambre materialista. Por supuesto, tampoco lo agotamos ahí, ni hacemos una defensa a ultranza, más bien nos resulta útil para profundizar en esas particularidades que no son parte de los grandes enunciados, pero son el núcleo que articula las acciones que pueden considerarse opuestas, hasta antagónicas, pero son parte del mismo proceso.

Le Breton (2014) y Margulis (2001) coinciden en que las decisiones que definen o cambian la lógica productiva y de mercado, organizan los aspectos político-económicos e influye en la sociedad y la asignación de roles. El hecho inconcuso es que, todas esas modificaciones no suceden en el “mundo de los adolescentes”, más bien, queda supeditado. Por supuesto, hay esfuerzos importantes dirigidos a construir mejores condiciones de vida y desarrollo para este grupo, pero está lejos de ser parte de su realidad concreta, debido a los años de rezago social. Son dos aspectos estrechamente relacionados con el quehacer político de los Estados. El interés por la salud del grupo conformado por niños, niñas, adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres, no siempre fue una prioridad como apunta Le Breton (2014). A penas unas décadas atrás cobró importancia en foros internacionales, el foco no fueron los criterios biomédicos, planificar su bienestar se convirtió en un asunto prioritario, abanderado por los discursos derecho-humanistas, políticos, económicos, ambientales, educativos, laborales. Establecieron criterios para brindar mejores condiciones de desarrollo (Alonso, 2005). La evidencia que orienta la directriz de la política global es contundente, no se discute más su importancia, el énfasis está en identificar las necesidades de este grupo etario, los riesgos a los que están expuestos y cómo las acciones políticas del más alto nivel pueden asegurar su bienestar.

El trabajo de Brown, Lawrson, & Saraswaty (2004) documenta cómo la adolescencia se vive bajo ciertas coordenadas histórico-sociales, político-económicas y culturales. Ahí, es donde aprenden, se apropian de recursos valiosos para su arribo a la vida adulta. La gran coincidencia de la globalidad, es el consenso de preparar a esos millones sujetos para la vida, pues no todo es abstracción, representa la continuidad de la humanidad. Podemos seguir algunas aristas de ese gran escenario hasta llegar a las expresiones micro, al sujeto mismo y las formas en que se relaciona con otros y su entorno.

Le Breton (2002) encontró en el cuerpo un nódulo que desvela las tensiones entre lo colectivo y lo individual. Apuntó cómo el dominio de la biología y la medicina se convirtieron en el abrevadero del conocimiento en las sociedades occidentales. Así, sustentaron el saber y el poder sobre los cuerpos, subsumiendo el sustrato

sociocultural. Otra ruta fue la de los cambios físicos, los sujetos no pasan por los mismos estadios, ni transitan por los mismos conflictos, lo hacen de forma diferenciada. Consideremos el derecho a ejercer la sexualidad, en Occidente es un tema individual respaldado por un amplio marco legal y difusión social; en Oriente y Oriente Medio no, esa libertad y derecho no significa lo mismo (Cherry, 2001; Schiller & Gomberg, 2001). Las razones no se reducen a cuestiones religiosas, es el conjunto integrado por su estructura, organización y funcionamiento social. En palabras de Castoriadis (2013), corresponde al imaginario social. Con esa base, hombres y mujeres adolescentes, son instruidos y aprenden las vías para llegar a pertenecer a su grupo social. Aprenden el valor que tiene hacerlo en ese sentido y no en otro.

Cherry (2001) y Schiller & Gomberg (2001) no busca antagonizar con lo biológico, su investigación nos permite reconocer el yerro que resulta de considerar la dimensión biológica como directriz universal que dicta la realidad del desarrollo de los sujetos, las crisis biopsíquicas que enfrentarán y las alternativas o apoyos que necesitan para ayudarlos a superarlas y lograr su feliz tránsito por el turbulento océano de la adolescencia. Encontramos que no hay verdades incólumes sobre cómo debe ocurrir, asimismo, la latitud geográfica es sustancial para el desarrollo de los sujetos. El contexto sociocultural modela la transición. Es incierto qué tan dispuestos estamos a reconocer los elementos comunes como especie humana, a fin de superar los enunciados, ¿leyes? eminentemente biológicas. Si el asunto se mantuviera en los límites de esa dimensión, por ende, cumpliría con el ansiado rasgo universal. Entonces, los sujetos al llegar a cierta edad, tendrían que haber alcanzado los mismos niveles en la madurez neurológica, pero como apunta Le Bretón (2002) la sociedad y su cultura lo modifican, por tanto, el sujeto no es libre para elegir lo que desea para desarrollarse, le es proporcionado.

El grupo de referencia no da opciones al sujeto, pone delante de él lo que hay. Si la intención es entender por qué las adolescentes se embarazan, debemos contextualizar. Podemos reformular la pregunta ¿cuáles son las circunstancias vitales en las que se embarazan las mujeres adolescentes de tal localidad? Antes de signarlo como un problema de salud pública como señala Stern (2010). Previo al

embarazo está la decisión de sostener una relación sexual, entonces, ¿qué les motivó a iniciar su vida sexual? Y como señala el sociólogo, hay que distinguir los significados que adquiere el embarazo en los distintos contextos. En una comunidad rural puede ser aceptable, o no problemático. Sin embargo, pero serlo dadas las inequidades y desigualdad que afecta a estas comunidades como la falta de servicios de salud, educación, desempleo, bajos niveles de educación. Temas pendientes por falta de diálogo (Townsend & Gordon, 2004)

Cada grupo social decide, hasta cierto punto, las formas y pautas para organizar los aspectos vitales dispuestos para el desarrollo de sus miembros, pero lejos de reconocer que lo presente, lo actual, es parte de su proceso histórico-social, domina la fragmentación que propicia rupturas marcadas por antagonismos, ahistoricidad y atemporalidad (Castoriadis, 2008). No contribuyen a la mejor comprensión de la realidad social, generan espejismos que le hacen creer que esas circunstancias son “algo dado”, ajeno a la voluntad humana. Por lo tanto, las mujeres adolescentes no tienen un camino allanado en la vida por vivir en este tiempo institucional. Conviene detenernos en este punto, es un conclave, tenemos las necesidades concretas de los sujetos, no todas son inherentes a su <<naturaleza>>, muchas le son imputadas en el momento mismo de su nacimiento. Tendrá que abrirse paso en el denso mundo institucional cuyos ejes rectores, universalidad, accesibilidad y calidad, son claros en el discurso y difusos en la concreción de cada una de las actividades inherentes a su desarrollo y transición, educación, salud y trabajo.

2.5 LAS (IN)CERTIDUMBRES INSTITUCIONALES EN LA ADOLESCENCIA

Cuando centramos nuestro interés en algún aspecto de la vida del humano, salud, educación, trabajo, familia, estamos obligados a dirimir lo institucional, porque traza las directrices que pautan las interacciones en los diversos espacios. Cada uno opera bajo ciertas normas, por ende, es responsable de definir las formas “del encuentro”. El común denominador es que, en la institución permanece la bina <<necesitado/servidor>>. Aún estamos lejos de entenderla como ciudadano/prestador de servicios. Esto implicaría aceptar la afectación a la salud no

define al sujeto, no lo reduce a esa condición²⁶. Cuando hablamos de estructura no pasamos por alto las implicaciones teóricas que van desde la definición, hasta la discusión con otros abordajes (Foucault, 2001; Leví-Strauss, 1995; Brown, 1986; Merton, 1979) la estructura no es, ni puede ser un concepto cerrado, ni satisface todas las exigencias de las distintas escuelas o corrientes. Muchas de las diferencias que llegan a resaltar, en el fondo muestran complementariedad. En su gran mayoría reconocen que es parte de la realidad social y, como señala Merton (1979: 48-61), los sujetos independientemente de su clase ocupan una posición. Sin embargo, un punto que se puede discutir es que la posición que se ocupa es parte del proceso histórico-social de la sociedad en cuestión y de la formación del sujeto. ¿Cuál es su relevancia? Que de ello depende su función y la forma en que se relaciona con los otros.

Las instituciones públicas comparten características estructurales, en lo formal todas responden a una normativa general. Al interior hay códigos y funciones asignados a los TDS, mas no todos se identifican como trabajadores y menos como servidores públicos. Sin embargo, sólo dentro de la estructura es que puede ejercer la función asignada. Esto nos desvela el hecho que la posición cobra otros sentidos que indefectiblemente afecta, positiva o negativamente en la relación con las pacientes, las mujeres adolescentes embarazadas. Por otro lado, la estructura puede ser no visible para los sujetos, como abordara Foucault (2001), lo es hasta cierto punto, pues de lo contrario sería fútil estudiar las instituciones porque estaríamos hablando de un importante distanciamiento del sujeto con la realidad. Los sujetos ni desconocen por completo ni son ajenos a las estructuras, pues es ahí donde surgen las prácticas no normativas (Olivier de Sardan, 2005).

Pensemos en las MAE, gran parte de su vida ha transcurrido entre instituciones, educación, salud, familia, e históricamente han ejercido su derecho a la educación, a la atención, al ejercicio de su sexualidad. Sin embargo, pronto aparecen los desencuentros, dentro de la sociedad institucional el Estado afirma con base en el

²⁶ Para profundizar en el tema propongo al lector reflexionar en el marco de dos referentes el propuesto por Lemus Alcántara, Hamui Sutton, Ixtla Pérez, & Paulo Maya (2017) y el de Cardoso Gómez, Zarco Villavicencio, Aburto López, & Rodríguez León (2014), con el propósito de discutir sobre la adhesión de etiquetas y si éstas contribuyen al PAS, hablamos de mejorar el servicio, lo cual incluye las interrelaciones en el CCL.

marco normativo que, todas las mujeres adolescentes gozan de garantías que resguarda su transición. Tomemos en cuenta que el discurso político y administrativo sostiene que la atención institucional está diseñada y propuesta desde la centralidad del paciente. Condición que nos hablaría de la importancia de ese contacto, porque los sujetos presentes estarían ahí para contribuir en la concreción de la atención. Lo cual implicaría coadyuvar al ejercicio del derecho. No obstante, la narrativa de seis mujeres nos revela una realidad que se configura por una dualidad normativa y no normativa (Olivier de Sardan, 2005).

Partamos de los hechos para ir descifrando esa dualidad. Todas las mujeres entrevistadas acudieron a la escuela. En el plano formal el Estado tiene los datos para mostrar el cumplimiento de sus obligaciones, pero en el nivel micro, al interior de las aulas, las interrelaciones fueron poco satisfactorias. A tal grado, que no pudieron construir una expectativa en ninguna de las actividades sustanciales para su desarrollo. En consecuencia, su nivel cognitivo, funciones mentales superiores, les lleva a ignorar por qué su condición es un problema de salud pública y el impacto en su desarrollo. Desconocen también que, son sujetos de derecho y que el ejercicio de sus derechos conlleva responsabilidades individuales y sociales. Pero ¿dónde está el límite entre lo individual y lo colectivo? Porque ni el garantismo constitucional ni el proteccionismo social del más alto nivel han logrado evitar los riesgos y daños a los grupos más vulnerables, los cuales tampoco han podido hacer frente a las circunstancias adversas mediante la organización social, para aminorar las desventajas derivadas de las circunstancias de vida (Bronfman, 2008), sin perder de vista la compulsión colectiva de encontrar culpables porque es una vía que nos evita un análisis más serio. Quizá porque no estamos tan abiertos a ciertos aspectos como la inevitabilidad (Shklar, 2013).

En un mundo tan inequitativo lo diferente, que nos conduce a lo plural, se torna en tema inasible. No importa todos los discursos que destaquen los beneficios de vivir en una sociedad global porque en el mundo no se trabaja en pro de igualar condiciones de desarrollo para las poblaciones; la directriz es la estandarización y homogeneización. Las dos estrategias proponen algunas soluciones, mas no están exentas de efectos negativos como la erosión de la particularidad (Appadurai, 2001).

El éxito de esa globalidad homogeneizadora depende de los datos que facultan a los Organismos Internacionales y los Estados miembro para hacer correlaciones y comparaciones, para sustentar sus acciones. Por ejemplo, en el embarazo en la adolescencia, Rodríguez (2008) expone la fuerte relación <<estadística>> con la variable <<nivel educativo>>, al presentarse con mayor frecuencia mujeres con baja escolaridad. Sin embargo, la realidad social contraviene la relación estadística, pues en los países donde el nivel de bienestar es alto, las tasas de embarazos en la adolescencia no son precisamente bajas (Dillon, 2001: 15-29; Antoine, 2001: 55-66; Cherry, 2001: 67-78), pero sí lo son cuando se combina con un sistema de valores (Cherry, 2001: 103-118; Schiller & Gomberg, 2001: 91-102). Ahora, el mismo sistema valoral también puede alentarlos (Stern, 2010). Entonces afirmar que la educación funciona como un factor protector, tiene sus matices. La evidencia señala que los países cuya población tiene mayor nivel educativo, no sólo mantiene tasas elevadas de embarazos en la adolescencia, es muy probable un segundo todavía en la adolescencia (Aslam, y otros, 2015).

En nuestro país el Estado garantiza y tutela el derecho a la educación. Asume como su responsabilidad mantenerlo factible hasta el nivel medio superior y, cabe destacar qué desde hace treinta años atrás, inició la educación sexual en el país. De acuerdo con Rodríguez (2015) eso permitió mejorar el nivel educativo de hombres y mujeres, dio apertura en las familias para que los padres abordaran estos temas importantes con sus hijos e hijas. Además, el programa ha tenido tres reformas y así reafirma su vigencia, pero es un análisis grueso porque la sexualidad y reproducción no sólo son un derecho individual, para el Estado constituyen materia para otra política bajo su rectoría más amplia, la demográfica. Gutiérrez Rivas (2005) expone las deficiencias de la política demográfica está desfasada con la realidad actual, no responde a las necesidades de la población ni a las exigencias de las políticas de desarrollo. Por tanto, la educación oficial no puede trazar un curso independiente de las otras instituciones y la planeación de estas, depende en gran medida de los datos demográficos.

En el nivel micro, hablamos de lo que sucede en las interacciones al interior de las aulas, la educación es una de las grandes apuestas del Estado mediante la cual

estarían asegurando la formación de millones, preparándolos no para el trabajo sino para la vida (Morín, 2001; Delors, 1996). Tales planteamientos nos colocan frente a la realidad institucional y la realidad social, no hablamos de realidades diferentes sino del sentido que toman y sus interacciones (Searle, 1997). Para el sistema funciona bien lo institucional porque los sujetos siguen accediendo a la educación que se ostenta como pública y gratuita, pero batalla con fenómenos de deserción y bajo rendimiento. El problema no se detiene ahí, la educación básica no resulta tan útil al momento de buscar trabajo. El sujeto que interrumpió su trayectoria educativa, pone la expectativa de retomarlos, aspirando a una mejora sustancial, pero quienes concluyeron el medio superior difícilmente ven los beneficios que los documentos oficiales les dan. Entonces, “al entrar” a la realidad social, encuentran desempleo, empleos precarios, subempleo, por supuesto con el trabajo informal (Espejo & Espíndola, 2015: 23-68; Zubieta, 2012: 254-294; Saraví, 2009). De manera que la institución no allanó su transición de manera concreta, pero es inconcuso que formalmente está ahí.

Capítulo 3. La (in)decisión de embarazarse. Características de la <<población abierta>>

3.1 LA TRAYECTORIA EN LA ATENCIÓN FAMILIAR DEL EMBARAZO. “UNO LES DICE QUE NO VAYAN A SALIR CON LA PANSA Y MIRE DÓNDE ESTAMOS”.

El embarazo <<adolescente, precoz, anticipado, no deseado, juvenil>> está clasificado como un problema de salud pública, mas los criterios biomédicos no lo colocaron en la palestra internacional, es un fenómeno más de la globalización; entendido como un indicador del desarrollo de los países (OCDE, 2016; Trucco & Ullmann, 2015; Näslund-Hadley & Binstock, 2011) y los compromete a mantenerlo dentro de sus prioridades político-económicas. Así, la política local referente a salud, educación y trabajo, debe seguir la directriz de la protección de las mujeres adolescentes. Encontramos líneas operativas muy específicas como la prevención y promoción, pero el embarazo es un fenómeno complejo, para el Estado²⁷ es un problema de salud (Alonso, 2005; Gutiérrez, 2005), para las mujeres adolescentes una experiencia de vida que tratan de reivindicar mediante la narrativa que construyen lejos de la copiosa evidencia biomédica y social, acumulada por décadas

²⁷ Aunque las aportaciones de Abrams (2015) no están del todo vigentes, tampoco caen en el desuso, hay problemas de fondo que se mantienen en torno al concepto de Estado. Sobre todo, cómo llega a ser término anodino en el discurso político de algún momento en particular. De pronto podemos ver cómo la figura jurídica se cubre de gloria al firmar o ratificar algún acuerdo internacional, por ejemplo, en materia de derechos humanos, cuando pide perdón por una falta perpetrada contra un individuo o grupo. No obstante, como señala el autor, parece imposible de superar o resolver las contradicciones en torno a uno de los pilares del Estado que entra en "lo público", tajantemente declara que no es dueño de nada y su competencia es la de administrar aquello que le pertenece a todos, como la salud. Declaración llena de claroscuros porque no logra conducir el nivel de acción colectiva.

sobre los riesgos y posibles daños a la salud (Stern, 2010; Coll, 2005; Furstenberg, Brooks-Gunn, & Morgan, 1990).

A pesar del trabajo de la maquinaria institucional, la tasa de MAE se mantiene alta, en relación con los parámetros fijados a nivel mundial. Si bien se conocen las variables, cuando las tasas descienden no hay certeza sobre las causas que influyeron. En este capítulo nos ocupamos de la experiencia de seis mujeres, que acudieron al HGO para la atención del parto. Nos enfocamos en las circunstancias vitales donde ocurrió el embarazo, articulamos las estructuras y sistemas simbólicos, con el propósito de construir las articulaciones entre estos y analizar las interrelaciones socioculturales. Entonces, podremos abordar las abstracciones que la sociedad instituye mediante los discursos político-económicos y científico-académicos, privilegiando categorías sin sujetos, <<adolescencia/embarazo>>.

Mary llegó al hospital buscando atención. En el marco que hemos discutido, lo más adecuado sería decir que solicitó atención, pero no sucede en ese sentido. La llana acción de aproximarse a la puerta y preguntar si pueden atenderla, desvela las distancias persistentes. Quien llega a la institución pública no lo hace con la convicción de ejercer su derecho, sino con la expectativa de recibir atención. No es una idea vaga, es parte de su experiencia, propiamente lo vivido:

“[...] ese día me acosté muy normal, todavía estuve viendo el ‘face’ un rato y ya luego me dormí, pero como que empezaba a sentir algo, pero pensé que se me iba a pasar. Ya agarré y me acomodé, pero como a la una o las dos, me despertó el dolor, pero así bien fuerte. No quería despertar a mi mamá porque oía que estaba bien dormida. Traté de aguantarme y me quise volver a dormir, pero ya no pude y sí le tuve que decir. Sí se despertó, eran como las tres, ya le dije cómo me dolía, pero me dijo que me aguantara tantito porque a esa hora cómo me llevaba al hospital”.

“[...] yo sentía que las horas eran eternas, creo que ya ni dejé dormir a mi mamá, ya se levantó y nos fuimos, ahí iba yo con los dolores en el camión, es que no hay otra forma y no le iba a decir a mi mamá, llévame en taxi, con que me llevara era suficiente. Hicimos un buen de camino y llegamos al de perinato, así había dicho el doctor que me atendió por lo de mi amenaza de aborto, porque desde un principio sí había dicho que mi embarazo iba a ser de alto riesgo, pero no nos recibieron. Nos pedían una hoja que no teníamos y que según yo ya estaba para dar a luz, a mí no se me hizo lógico, porque si yo ya iba con los dolores, con mayor razón, digo, a ver pásenla, pero no.”

“[...] no me acuerdo bien cómo llegamos al HGO, lo que sí es que otra vez fue mucho tiempo, cuando llegamos a Colegio Militar [se refiere a la estación del metro] mi mamá me decía, ándale ya falta menos. Pero, ya cada pasito me costaba mucho trabajo. Luego subir las escaleras, ay que joda, creo que mi mamá casi, casi me cargó. Se me hizo eterno llegar, porque caminábamos y caminábamos y la calle yo la veía larga, larga. Me acuerdo que me enojé y le dije a mi mamá ‘pues dónde queda el hospital’ y enojada me dijo ‘yo no sé, quieres que te lo traigan hasta aquí’. Y pues mejor me calmé. Total, ya llegamos y en la puerta no nos pusieron “ningún pero”, así como en el otro [...]”.

La distancia entre lo institucional y la realidad social se traduce en experiencias concretas. La población cuenta con instituciones públicas para la atención, mas no garantiza que sean atendidas. No obstante, la institución sigue funcionando, amén de la autonomización institucional (Castoriadis, 2013). Mary llegó en trabajo de parto activo, de acuerdo con la taxonomía médica es de alto riesgo. El Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia asienta las evidencias en una guía para el manejo del evento obstétrico (COMEGO, 2005). Mary y su mamá desconocen la fineza de la clasificación, tampoco vieron la gravedad de las complicaciones que presentó.

En esa condición Mary es una paciente que refiere atención prenatal, pero los TDS del HEGO no están seguros del manejo previo. Al recibirla aplican su algoritmo diagnóstico. Sin embargo, los riesgos no se reducen a lo biológico, tienen historia y circunstancias sociales como el desarrollo de su sexualidad:

“Yo me di cuenta que me gustaban mucho los niños. No crea que de grande, iba yo en la primaria. Había uno güerito que me llamaba mucho la atención y hasta que le di un beso, me sentí como que tranquila. A veces me ponía a pensar si eso era normal o no, porque yo veía a mis compañeras o unas primas casi de mi edad que ellas no. Yo creo que fui precoz, como dicen. Algo así recuerdo sobre el desarrollo del cuerpo humano que nos enseñan en la escuela”.

“Tuve mi regla a los once años, no fue agradable porque primero no sabía muy bien y varias veces me manché y me daba mucha vergüenza. Una maestra me regañó porque me dijo que si no sabía ser mujercita. Ya luego entendí que debía cargar una toalla, pero no siempre sentía. Creo que por eso un poco me calmé porque decía y si me pasa cuando esté con un chavo” [En este punto hace referencia al noviazgo].

“Ahora que me lo pregunta, no sé cómo no quedé embarazada desde el principio, porque nunca usamos nada. [...] Ninguno de mis novios, bueno de los antes de Iván me dijo oye y qué onda usamos condón o qué, no nada. La verdad yo tampoco lo pensé. Con Iván pues fue diferente porque con él como que las cosas ya iban más en serio”.

“Nunca fui buena en la escuela, sí me costaba trabajo. En la primaria casi no tuve problemas, una vez me saqué un diploma de primer lugar en mi salón y mi mamá me acuerdo que chilló cuando me lo entregaron, pero en la secundaria fue otra cosa. Reprobé dos materias y no las podía pasar. Las tuve que pasar en extras”.

Mary ha recibido el beneficio de la educación institucional y la currícula incluye la educación sexual. Programa que existe desde 1976, a juicio del Estado ha brindado beneficios a la población, destaca el conocimiento sobre la sexualidad, los métodos anticonceptivos, la comunicación con la familia respecto a estos temas antes ignorados o evitados por los prejuicios (Rodríguez Ramírez, 2005). Esas pláticas no llegaron a su familia, ni influyeron para tomar decisiones. Su narrativa desvela precariedad de conocimiento, una pedagogía deficiente, relaciones familiares disfuncionales, comportamiento impulsivo, evasión de responsabilidades. Su lógica la colocó en franco conflicto:

“[...] Cuando mi mamá me llevó al doctor en la noche, yo ya sentía que se iba a dar cuenta de que estaba embarazada, yo no quería, pero me dolía mucho y yo no sabía si estaba bien, también pensaba si no le iba a pasar nada a mi bebé, [...]. Mi mamá primero se preocupó, pero luego me súper regañó, yo creo que no me pegó porque ya sabía que estaba embarazada.”

Las disparidades entre lo institucional y la realidad social está plagada de claroscuros. Mary en algún momento de su educación formal tuvo que leer y mostrar algún dominio de los temas relacionados a la sexualidad y la reproducción. No obstante, decidió ser omisa, recurrió a la probabilidad, con la falaz expectativa de no quedar embarazada. Ni los docentes ni su mamá fueron referentes confiables. Hay una distancia entre una generación y otra, tal vez porque los adolescentes perciben esa mirada adultocéntrica sobre la vida que mantiene opiniones negativas, de desaprobación y no les ayuda a entender su presente (Donas Burak, 2001). Claramente, sus parejas no se comprometieron con el resultado de su toma de decisiones. La mamá de Mary, tampoco estaba en la mejor disposición para apoyarla, comentó:

“Mire doctor, es que uno les dice claramente que no vayan a salir con la pansa y mire dónde estamos. Yo le decía, ¿oye no estás embarazada? Y ella que no y que no, pero yo ya traía mis sospechas porque veía que las tollas no las usaba”.

“[...] una noche le dio un cólico que la doblaba, lo que no me esperaba es que fuera de nueve meses [le gana la risa], y pues salió con que sí”. “[...] “ay, y al chamaco ese yo ni lo quería ver, porque yo le di la confianza, pero vea con lo que me salieron. Total, [él] hizo lo que quiso y se largó. Yo sí le dije que fuera y hablara con él y su madre porque a ver, qué voy a hacer con los gastos, nada más porque mi pareja me dijo que ya no le dijera nada, que él nos iba a apoyar y por eso ya no le insistí.”

El embarazo en la adolescencia se inscribe en esas circunstancias, de tensión y conflicto, de precariedad e ignorancia. Los TDS están frente a *un caso* que puede complicarse por toda la información que desconocen. El horizonte del entendimiento no es mejor para Mary y su mamá, la prioridad de ambas es recibir atención y poner fin a esa urgencia que distorsiona su cotidianidad. Condición presente en la gran mayoría de pacientes que llega al HEGO.

3.2 EDUCACIÓN INSTITUCIONAL, RUTA INCIERTA EN LA TRANSICIÓN ADOLESCENTE. “NUNCA FUI DE LAS NIÑAS DE DIEZ NI DEL CUADRO DE HONOR”.

La educación para las naciones occidentalizadas es bastión del desarrollo, en el fondo es una actividad heterogénea, con periodos oscuros e inciertos, así como resultados variados para los sujetos y sus familias. En el caso de nuestro país es derecho de los menores y obligación del Estado y responsabilidad para los padres. A pesar de la estructura, no todos los menores se apropien del beneficio, hay una validación de conductas opositoras al proceso educativo, muchas de las cuales se han medicalizado, hasta integrarse a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). Para estas seis MAE la educación tuvo poco valor.

La narrativa de Laura confirmaba vez, tras vez, una lógica de vida centrada en el inmediatismo y laxa responsabilidad. Así vivió la escuela:

“Yo iba bien en la escuela, no fui nunca de las niñas de diez o del cuadro de honor, pero pues sí me gustaba la escuela. Lo que pasa es que luego cuando no entendía algo, o se me

complicaba, pues no había quién me explicara. Luego los maestros ni explicaban bien o cuando les preguntabas se enojaban o te decían que ya habían explicado y que no iban a repetir”.

Al proceso de aprendizaje poco significativo, se le sumaban los conflictos:

“En la ‘secu’ siempre nos revisaban el uniforme a la entrada y había una maestra que siempre me regañaba por los zapatos, decía que si no los llevaba limpios no podía entrar, pero es que sí los limpiaba, pero todas las calles por donde paso son de tierra y le decía eso. Salía de mi casa con los zapatos limpios y después de caminar poquito, unas, como dos o tres casas, ya estaban sucios, todos amarillentos por la tierra. Eso le decía, y me dijo: ‘No eres la única, tus compañeras tienen el mismo problema y sin embargo, cargan un trapito para limpiárselos antes de entrar’. Como me dio mucho coraje, que le digo ‘pues yo no voy a andar cargando un pinche trapito’ [...]. Ese día me suspendieron tres días, creo.”

Cuando encontró dificultades en el aprendizaje, sólo redujo su rendimiento a aspectos periféricos como asistencia, entrar a clases y hacer algunas tareas. Mientras, su papá mantenía apoyo incondicional, obviamente acorde a su ingreso. No podemos soslayar la falta de límites funcionales y criterios de exigencia. La narrativa de Laura me hace voltear hacia la desconexión entre las instituciones y la formación de los sujetos, hombres y mujeres por igual, pero el mayor impacto desfavorable es para ellas al embarazarse.

Mary tenía presente las dificultades por las cuales transitó:

“[...] a mí no me gustaba la escuela, bueno, no es que así de plano no me gustara, es que como mi mamá no estaba conmigo porque siempre andaba trabajando, había cosas que yo no le entendía y me desesperaba. Cuando me desesperaba o me aburría, pues prefería ver la tele o jugar a veces con mis primos o sola, porque sus mamás, las esposas de mis tíos son medias payasas y si salían llorando mis primitos, uy armaban un escándalo y mejor prefería aparte. A veces mi abuelita me decía que, si ya había hecho mi tarea, pero pues hasta ahí porque aunque estaban mis tíos, nadie me ayudaba y cuando la pareja mi mamá estaba, tampoco me ayudaba porque me decía que a él no le había ido bien y por eso se había salido. Y así [...].”

“[...] si en la primaria me costó trabajo, en la secundaria más porque eran muchas materias y muchos maestros y todos dejaban un buen de tarea. Yo sentía que no me alcanzaba el tiempo y ahí le andaba batallando ya hasta bien tarde. Luego mi mamá ya estaba dormida y yo estaba en la mesa, una chiquita que me había puesto, así como escritorio para hacer mi tarea, pero yo ya me caía de sueño y nunca acababa [...], cuando la maestra pedía el cuaderno con la tarea, a mí me dolía la pansa [...].”

En la familia de Jenny la intencionalidad sobre ofrecer mejores condiciones para su desarrollo parecía más clara. Su papá como única fuente de ingresos, se empeñó

en que su hija estudiara y contó con el apoyo y supervisión de su mamá, quien renunciaba a la opción de aportar un segundo ingreso para centrarse en el cuidado. Una vez más, se hace presente la ausencia de criterios de rendimiento escolar. La familia se movía en una lógica centrada en lo inmediato. Da la impresión que basta con enviar a los hijos a la escuela, asumiendo que están aprendiendo. El vacío entre la institución y la familia propicia dinámicas superficiales en torno a actividades trascendentes como es la educación:

“Yo nunca fui alumna de nueves o dices, pero sí cumplía con todos mis trabajos. En la escuela, a mi mamá, las maestras la felicitaban en las juntas porque yo siempre cumplía con los materiales y trabajos. Cuando ella le decía a mi papá, yo veía que él también se sentía como que orgulloso o bien, no sé. Nunca reprobé ningún año, yo digo que me fue bien”.

“En la secundaria sí me costó más trabajo, igual mis papás siempre me preguntaban qué necesitaba. Ahí me fue más regular, porque sí le sufrí con varias materias [...] yo me apuraba, hacía y hacía tarea. Acababa de una y órale me pasaba a la otra. A veces mi papá llegaba de trabajar y me veía ahí en la mesita [un espacio específico] hace y hace tarea. A veces ellos se iban a dormir y yo todavía haciendo tarea. Yo creo que por eso no me regañaban cuando no me iba tan bien o me ponían seis o siete. Las materias que sí me costaban más trabajo eran cívica, inglés y matemáticas, pero sí logré pasarlas”.

Jenny gozó de su derecho a la educación, pero fue insuficiente para generar una expectativa de mayor alcance, curricularmente desarrolló competencias necesarias, pero al ingresar al medio superior el nivel de dificultad, aumentó y encontró un desajuste y desencanto en su proyecto educativo:

“[...] yo sí quería continuar estudiando, pero la verdad ser enfermera no me atraía mucho, no me veía así cuidando personas malas (enfermas), pero menos de contadora, las matemáticas siempre fueron mi coco. Yo sí quería darles una satisfacción a mis papás, porque ellos me apoyaron. Ellos me decían, hija lo que tú quieras estudiar es para ti. Yo les agradezco mucho eso porque no me obligaban a estudiar algo que yo no quería ni me presionaban. Lo que sí me decían es que pensara en el futuro para que no anduviera trabajando en cualquier cosa, como haciéndole el quehacer a otras personas”.

Para Sandy la oportunidad de estudiar tampoco tuvo gran significado, la lógica es mantenerse en lo mínimo indispensable. Esto llama fuertemente la atención porque hablamos de una actividad altamente regulada. Aun así, una de las actividades centrales en su transición cae en el hastío:

“[...] no le voy a decir que la escuela uff, así fue lo máximo para mí. Yo nunca fui de las de diez, pero tampoco reprobé ningún año. En la prepa algunas materias sí se me hacían más pesadas, lograba pasarlas. Sí le tenía que dedicar buen tiempo y eso se me hacía bien pesado porque a veces ya no la veía llegar, dejaban un buen de tarea. No sé, como que los maestros piensan que ser buen maestro es dejar mucha tarea. ¿Sabe qué era lo que más me chocaba? Que ahí va uno con la tarea y ni la revisaban o salían con su jalada de poner una ‘R’ (de revisado) y ya. La verdad yo sí decía ‘y esta mamada qué’, bueno no la decía sino la pensaba”.

“Mi mamá tampoco fue de exigirme el diez, lo que sí me decía era que no fuera a salir con la burrada de reprobado porque ahí sí íbamos a tener problemas. Entonces, lo primero para mí era no reprobado, y no se crea sí mete mucha presión eso porque le digo que a mí sí me costaba aprender de memoria todo lo que nos dejaban, en los exámenes sí le sufría. Desde un día antes ya sentía el dolor de estómago, se me iba el hambre y luego ni podía dormir, pero yo decía, es por el examen y ya cuando veía mi calificación, pues sí descansaba.”

“[...] Si decido estudiar, eso sí, no sería nada tan largo o demandante como medicina o esas carreras largas. Yo creo que algo más corto porque así me podría meter a trabajar pronto, no sé algo relacionado como secretariado o algo parecido”.

Cada una de ellas cree que resolvió el tema educativo al tomar la opción más inmediata, el abandono o moverse en la periferia que permite el propio sistema. La educación fue una experiencia precaria, carente de contenido, no influyó en su vida para permitirles vislumbrar y modelar un futuro promisorio y plausible. Al contrario, les pareció una labor densa y fastidiosa, marcaron distancia entre el esfuerzo de sus padres y lo que estrictamente les tocaba a ellas hacer en la escuela. El desinterés sobre su proceso educativo, les lleva al desequilibrio y priorizar otras actividades periféricas como las relaciones afectivas.

3.3 RELACIONES DE ¿PAREJA? “YO NO ESPERABA QUE REACCIONARA ASÍ”.

Laura, Mary, Mireya, Vania y Sandy enfrentaron con sus respectivas parejas el problema del abandono, incluso expresiones de violencia. Ninguna fue ajena a los conflictos de pareja entre sus papás. No obstante, al escuchar su narrativa encuentro difícil sostener que siguieron el mismo patrón, aunque es un análisis estadístico muy popular, no podemos ignorar la diferencia entre las circunstancias vitales. En el caso de su padre o madre enfrentó condiciones más difíciles, si bien tomaron decisiones que complicaron su vida, también decidieron hacer modificaciones al proceso de crianza de sus hijas, mas no lograron reciprocidad:

Laura está a unas horas de ser dada de alta. Ya se duchó, comió y se quedó dormida. Su bebé ha llorado poco y ella, ahora está de mejor ánimo:

“Mi papá ya sabía que tenía novio y nunca me prohibió que lo viera y cuando salí embarazada pues él se enteró porque me llevó al doctor, y ya hablamos y todo. No se enojó para nada, y cuando le dije que René no había querido al bebé, según él porque iba a seguir estudiando. La verdad cuando me dijo eso, yo pensé luego, luego, ‘yo no le voy a rogar’. No sabía cómo le iba a hacer, pero rogarle no. Cuando mi papá me dijo ‘no te preocupes, ya ni lo busques, no lo necesitas, yo te voy a apoyar en todo’, pues ya me sentí más tranquila porque ya no iba a estar sola con mi bebé.”

Mary, por su parte, enfrentó los problemas que encontramos en el abandono de la pareja, aun sabiendo la condición de dependencia económica:

“[...], mi madrina me dijo que qué iba a hacer con el papá de mi bebé, de que si le iba a pedir para los gastos o no. La verdad no sé si voy a meterle demanda por lo de la pensión, porque digo, no lo quiero obligar a nada, pero sí tiene responsabilidad con su hija, pero no sé, todavía no sé qué voy a decidir.”

Además del abandono de su pareja, lidió con el conflicto con su mamá por el embarazo que vino a fracturar más la relación familiar:

“[...] Yo le hablé a mi madrina para que me ayudara con mi mamá que estaba bien enojada, me dejó de hablar como una semana y yo sentía bien feo porque luego estábamos ahí en la mesa comiendo y ella ni siquiera me veía y si yo le decía ‘oye mamá’ agarraba y se paraba de la mesa y ya ni comía. Entonces, mejor ya ni le decía nada, y nada más le hablaba a mi hermano. [...] sí mi madrina fue a la casa y habló con ella, se estuvieron un buen rato, yo no escuchaba bien, pero sí me di cuenta que mi mamá estaba llorando. Ya luego se fue mi madrina, nada más me abrazó me dijo, habla con tu mamá y se salió. Ya desde ahí mi mamá me volvió a hablar.”

La mamá de Mary no daba tregua, parecía que la dinámica iba a mantenerse bajo esa lógica, pero conforme avanzó el embarazo hubo aprobación tácita:

“[...] cuando ya se me veía el embarazo, unas compañeras con las que me llevo bien, no somos así súper amigas, pero sí nos llevábamos bien, me dijeron que ellas me hacían mi baby shower, le dije a mi mamá [...], pensé que me iba a decir que no, pero sólo me dijo del día, que fuera un día que ella no trabajara para que pudiera estar. [...], yo pensé que iba a ser algo como muy sencillo, pero no, estuvo padre, yo ni me lo esperaba y mi mamá también estuvo ahí, se reía y participaba y todo bien.”

Los problemas en torno a la aceptación del embarazo no se reducen a la paternidad, las asimetrías de la relación lo hicieron más complicado para Mireya. Aun así, narra con fluidez, detalla eventos sin mostrar enojo o tristeza, deja ver su interés por la vivencia. Le imprime un aire de madurez:

“[...] ya luego como de un mes de andar me enteré de que él ya tenía una hija por unos whats que le llegaron, así bien cañón le exigía [su expareja] que le depositara lo de la pensión porque la niña no tenía qué comer. Yo sí me saqué de onda, pero de primero no le decía nada, pero dije ‘qué pedo con esto’. Entonces, sí le pregunté y ya me explicó. Digo sí me saqué de onda, pero no me puse loca ni nada. Y sí, él ya había tronado con su ex, pero ella era quien lo buscaba.”

En un momento a Mary le pareció lo más conveniente dejar su casa para vivir con su pareja. Era una forma de resolver el embarazo, esto es, evitar el conflicto con su mamá, pero se convirtió en un problema mayor, quedó expuesta a dinámicas de violencia y adicciones:

“Nos fuimos a vivir juntos por lo del embarazo, estábamos, así como quien dice, viviendo en unión libre [...]”. Yo hacía todo o casi todo, porque él según se salía a trabajar, se iba todo el día y me decía ‘es que no encontré’. Yo iba guardando [dinero] en una cajita que tenía en mi cajón de la ropa. La verdad es que lo escondía de él porque, aunque le decía que ya dejara de tomar, no entendía. Me daba cuenta que a veces no tomaba, se drogaba, yo nunca he fumado marihuana, pero obvio sé a lo que huele y le decía y él ‘no, que no y no’. Otras, yo creo que era otra cosa, como coca o piedra porque luego cuando regresaba del mercado o algo que iba a comprar lo veía con unos chavos que la venden, pero igual me decía que no, yo por si las dudas, no le decía del dinero y mejor lo escondía.”

Antes de llegar a la ruptura y el consecuente abandono, trató de salvar la relación, confiaba, falazmente, en que Iván cambiara. En el fondo sólo idealizaba, todo indicaba que eso no sucedería. Compartió su decepción:

“[...] Para no hacerle el cuento largo, cuando oí que abrió [la puerta] lo jalé y le dije, pero yo así ya bien mal ‘y el dinero, y el dinero’ y lo empujaba. Me acuerdo que me decía así con sus calmas, ‘¿cuál dinero? yo no sé’. Me dio más coraje y lo comencé a aventar, y le decía ya gritando ‘dame mi dinero cabrón’, perdón Doc, pero así le decía. Y él con lo mismo ‘no sé, cuál dinero’. Entonces, empecé a pegarle con los puños cerrados y le di una cachetada, pero

me agarró las manos y me empujó. Cuando sentí eso, dije ‘le va a hacer daño a mi bebé’ [se refiere al coraje] y ya mejor me calmé y le dije me voy a ir con mi mamá. Al siguiente día me levanté, arreglé mis cosas y me fui, él se quedó acostado, ni me dijo nada.”

Si se quiere insistir en el argumento del <<patrón>> es reduccionista centrarlo en el ámbito familiar, suena más a sentencia: madre con antecedente de embarazo en la adolescencia, hija adolescente embarazada. Las mujeres encuentran serias dificultades para resolver no sólo el embarazo, sino las circunstancias vitales. Las condiciones sociales a veces funcionan como trampa. Vania encontró que la edad y el trabajo no significan madurez:

“Le dije al papá de mi bebé que estaba embarazada, pero él no me creyó y le dije que si no me creía que fuéramos al doctor, yo pensé que me iba a acompañar, pero no, nada más me dio dinero y me dijo que le avisara qué me habían dicho. Como yo no sabía cuánto me iba a cobrar el particular (se refiere al consultorio de farmacia) mejor fui al centro de salud [...] le llamé dos veces, y me contestó a la segunda, le dije lo del embarazo y se enojó un buen y me comenzó a gritar así bien cañón y como ni me dejaba hablar, mejor le colgué.”

La irresponsabilidad de la paternidad es un tema social escabroso. La figura del padre biológico se torna fantasmal, sui géneris, toda la atención se centra en la MAE, por extensión en la figura materna, otra mujer. Contar con una pareja responsable, marca cierta diferencia. Jenny tuvo el apoyo, mientras Sandy se quedó con el problema encima, igual que las otras cinco:

“Yo esperaba que Alex tuviera otra actitud, porque los dos quisimos tener relaciones y se supone que cuando yo salí embarazada, pues andábamos bien, como toda pareja pues sí discutíamos, pero ya hablábamos y todo bien. La verdad yo sentí que él sí me dejó sola, ni siquiera fue para dar la cara con mi mamá. Ella sí lo había visto, pero nunca hizo por acercarse y cuando me llegué a ver con él cerca de la casa, pasaba y sin detenerse me decía ‘a ver a qué hora te vas a meter eh’ daba unos pasos y volteaba y me decía ‘órale, que no escuchaste’. Yo sabía que, si no iba detrás de ella y me tardaba un poco más, se me iba a armar cuando llegara. Así que mejor le decía ‘sabes qué nos vemos’ y él nunca hizo por presentarse o decir, señora mire yo soy el novio de su hija, o le quiero pedir permiso, no nada y en ese momento yo no lo veía mal, hasta llegué a pensar, ‘pobrecito, le ha de dar miedo mi mamá’, pero veo que más bien para él era más cómodo así [...]”

Laura, Mary, Mireya, Vania y Sandy tuvieron experiencias similares con sus respectivas parejas, todos recusaron la responsabilidad de la paternidad. Ninguno consideró el serio problema que enfrentaría cada en su familia. Fue una de las razones por las que no aparece su voz en este trabajo, pero la narrativa de las MAE nos conduce al mismo punto, prevalece una dinámica social proteccionista del varón, por parte de las familias. La madre de estos hombres no fue de solidaridad con ellas. Tampoco los padres atinaron a guiar a su hijo hacia la responsabilidad.

3.4 EL TRABAJO COMO ACTIVIDAD INCIERTA Y PRECARIA. “AHORA SÍ LE TENGO QUE CHINGAR PORQUE YA MI MAMÁ NO ME VA A APOYAR”.

El trabajo es otra de las instituciones de nuestra sociedad que beneficia a los sujetos, según el discurso oficial. En esa lógica la adolescencia es el periodo de preparación para acceder al trabajo. Ejercer una actividad remunerada marcaría el sello de la independencia, pero las MAE también idealizaron esa actividad. Ninguna de ellas se negó a la posibilidad de trabajar, mas no realizaron acciones concretas para hacerlo, mientras que otras trabajaban en lo que podían.

Laura sostiene a su bebé sin problema, se aproxima a la cuna para dejarlo. Acaba de llegar la charola del desayuno, levanta la tapa y hace gestos, sólo toma la taza de atole y le da un sorbo, retoma el hilo de la conversación:

“Cuando acabé la secundaria no quería entrar luego, luego a la prepa, la verdad yo quería meterme a trabajar, es que me gusta traer mi dinero y comprarme mis cosas. Mi papá me da, pero pues hay cosas que yo quiero comprarme. [...] René me acompañó a una estética que quedaba cerca de la secundaria donde estudiamos, ahí le pregunté a la señora que la atiende o es de ella, la verdad no sé, pero ella, siempre que pasaba, estaba ahí. Le dije que si podía trabajar ahí con ella que no importaba si me pagaba poco al principio, que quería aprender a cortar el cabello y poner uñas, es que eso siempre me ha llamado la atención. Y sí me había dicho que sí, pero que tenía que cubrir un horario y ayudar con el aseo. Y le dije que sí porque pues uno así aprende, pero luego como me embaracé pues ya no se hizo.”

Si consideramos lo dicho por Laura a través del constructivismo piagetiano (Piaget, 1991) no encontramos las estructuras propias del aprendizaje de acuerdo al estadio en el que debería encontrarse, permitiéndole transitar de lo vivido a la

experiencia en términos del aprendizaje. Su razonamiento no refleja el estadio de las abstracciones, prevalecen rasgos operatorios porque se mantiene en lo concreto, lo inmediato. Ahora, si cambiamos de enfoque y observamos la situación con la lente sociocultural, encontramos que se cumple la condición de un estado actual de conocimiento, hay mediadores socioculturales y una zona próxima de desarrollo que de acuerdo con Vygotski (2003), para esa edad Laura ya debería encontrarse en su zona próxima, mas no lo ha logrado. No hay duda sobre las limitaciones que enfrenta, pero encontró en la narrativa el recurso para dar sentido a los hechos (Eichenbaum, 1978).

Mary también se adscribía a la lógica de lo inmediato, pero lograba ver otros elementos presentes que, condicionaban la búsqueda de empleo remunerado:

“[...] yo le he dicho a mi mamá que quiero trabajar, pero me saca la escuela, que si debo acabar la prepa, que de qué voy a trabajar y así, que si quiero andar haciéndole el quehacer a otras, pero también es porque no hay quien cuide a mi hermanito por la tarde y pues sí, aunque quiera pues no he podido, no sé [...]”

Integra la maternidad como un elemento que actualiza su condición vital. La motivación que no encontró previo el embarazo, la presencia de su hijo parece alentarla. A la distancia muchos no dudan en interpretarlo como un cisma positivo, pero de acuerdo con el trabajo de García Hernández (2016) la cuestión central sería entender por qué las mujeres adolescentes lo ven así. El riesgo de mantener esa visión es romantizar la maternidad y las motivaciones para revertir la historia de vida marcada por las condiciones precarias. Justo como Mary lo expresa:

“Mi idea es trabajar para mi bebé, bueno desde antes ya quería, pero no quiero un trabajo así de muchas horas, porque es bien matado y pagan bien poco. A lo mejor le pido a mi madrina que me dé chance de aprender con ella, porque yo veo cómo a ella le va bien, y claro sí tiene que meterle, pero como me ha dicho: ‘mira hija, aquí nadie me manda ni me truena los dedos y lo que gano, lo gano para mí’.”

La narrativa de estas mujeres asienta con toda claridad que, la pobreza ha sido nicho de su desarrollo, no inició con el embarazo. Mireya, sí cuenta con experiencia laboral y encontró la distancia entre el nivel educativo y las condiciones de trabajo.

El discurso del Estado versa sobre la relación entre el grado de estudios y el tipo de trabajo. Aunque ella concluyó el medio superior, no le ayudó a encontrar mejores oportunidades laborales. Ante la necesidad de trabajar, la opción que le quedó fue aceptar el trabajo informal y precario:

“En mi casa siempre ha habido problemas por el dinero, cuando estaba estudiando decía que cuando acabara la escuela iba a buscar trabajo, yo sí tenía en mente un trabajo formal, para tener seguro y otras prestaciones. Metí varias solicitudes donde me decían que podía entrar de cajera o algo así, pero no me quedaba. [...] lo que te piden en muchas empresas, así grandes, es ‘tienes experiencia’ y les quieres explicar, pero ni si quiera te dejan hablar. Una vieja me cayó bien mal porque lee mi solicitud y dijo: ‘mmm, no tienes experiencia, aquí necesitamos gente con experiencia, nadie te va a enseñar’. ¡Ay! Me dio tanto coraje, pero no le dije nada. Yo decía, ‘ni que trabajar en Copel fuera la gran cosa’.”

“Como yo sí veo los gastos en mi casa lo único que me ha quedado es pedirle a una vecina que vende en un tianguis que se pone allá por mi casa. Digo, no es mucho, pero al menos veo que no es todo el día, que no gasto en pasajes ni en comida y pues ya es algo.”

En ese tiempo Mireya no tenía la presión del embarazo, pero las condiciones de trabajo eran las mismas que aplican para toda la población en edad laboral, hombres y mujeres por igual. A diferencia de Laura, Mary, Jessy y Vania, ella ve la necesidad de trabajar para ser autosuficiente y construir una familia, pero no encontró apoyo en su pareja, no hubo reciprocidad:

“Cuando ya vivíamos como pareja yo dije, ahora sí le tengo que chingar porque ya mi mamá no me va a apoyar, y mis suegros, pues ya están grandes. Yo sabía que Iván sí les pedía dinero, pero yo dije ‘bueno ya es pedo entre ellos’. Doc, yo siempre le dije desde un principio, junta para lo del parto, no sé, diez o veinte pesos que vayas guardando, porque quién va a pagar. Yo me le pegué más a mi vecina, claro no siempre se podía, pero sí iba apartando. Decía, pues mientras así porque no encontraba un trabajo así formal y luego pensé ‘bueno ahorita mejor así porque de todos modos cuando me vean embarazada no me van a contratar’. Ya más adelante, ya con el bebé, pues mejor en una estética porque así no estoy amarrada a un horario y sí podría cuidar a mi bebé.”

La disposición para trabajar es insuficiente, teóricamente el trabajo y la economía proveen bienestar a los miembros de una sociedad instituyente, pero es imposible negar que también perpetúan la reproducción de la pobreza. En el trabajo

de Lewis (1967) leemos sobre el trabajo precario de sus miembros, pese a todos esos años, jamás progresaron. Hablamos de una experiencia de más de seis décadas atrás. Sin embargo, las condiciones de trabajo no cambian, se puede trabajar gran parte de la vida, sólo para subsistir.

En el caso de Jenny, ella no es quien buscaba trabajo, su refugio y acuerdo de vida con su pareja fue que ella se dedicara al hogar. Aun así, no es ajena a las dificultades que entraña la penosa labor de conseguir trabajo:

“Yo he hablado con Carlos, hacemos planes porque yo veo cómo le busca, pero sí está difícil la situación. Como me dice, ‘y eso que tengo mi carrera, si no, imagínate cómo le haría’. Pero, aun así, yo veo cómo le batalla. Y no se crea que es de que si no es de su carrera no le entra. Cuando de plano no le cae nada, se va con su papá, porque mi suegro es albañil y luego como que hay más trabajo ahí. Yo lo veo cómo llega bien cansado, pero para él es peor quedarse en la casa sin hacer nada. Cuando le dije del embarazo, hasta los domingos se iba a trabajar. Como es bueno [se refiere a él como trabajador], pues la gente lo busca y si [en ese momento] estaba trabajando les decía que sólo podía el domingo y pues sí lo esperaban y ya él les hacía el trabajo.”

La necesidad, en sentido amplio, es común a todos los seres humanos, pero se torna amenazante cuando los expone a condiciones de vulnerabilidad, no hablamos sólo de lo biológico, también lo social y humano. Los sujetos cuya circunstancia vital tiene esas características, encuentra cómo aquellos supuestos factores protectores no funcionan como se debe. Es ahí, donde al interior del sistema familiar aparece la dinámica de hacer acuerdos tácitos y volátiles. Vania, cuya condición vital era altamente vulnerable, comentó:

“[...] yo creo que así podemos hacerle, yo puedo ayudar a mi mamá para cuidar a mi hermanito y a mi bebé, mientras ella se va a trabajar. Yo digo que así nos apoyamos. Así le habíamos estado haciendo. [...] yo digo que nada más que mi bebé esté más grandecito, me voy a poner a trabajar, pero primero sí quisiera acabar la prepa porque luego sin papeles es más difícil conseguir trabajo. Mi mamá me dijo que ella no quiere verme limpiando casas, ahí haciéndole el quehacer a otras personas porque es bien pesado.”

Vania no anticipa las dificultades que se avecinan, pues descuidó su trayectoria educativa aún sin estar embarazada. Ahora, por alguna razón, considera plausible continuar estudiando y en breve trabajar. Es consciente de la debilidad de la tregua

con su mamá, pero ninguna de las dos tiene otra forma de hacerle frente a la situación vulnerable en la que se encuentran. El embarazo de Vania no la causó, pobreza y precariedad ya estaban instaladas en como elementos perenes y se hacía más gravoso por la fragilidad de sus relaciones socioafectivas. El hecho de volver con su mamá, estuvo mediado por su embarazo y la irresponsabilidad de sus respectivas parejas. La visión cambia cuando el apoyo es más sólido en algún sentido. Lo observamos en la experiencia de Sandy:

“Ahora, pues no sé bien todavía, si voy a continuar estudiando o mejor trabajar, tengo algunas compañeras que ya están trabajando y pues les quiero preguntar a ellas. [...] Además, no puedo esperar a que mi mamá cubra todos mis gastos y los de mi bebé, ya ve que le dije que no le hizo mucha gracia lo de mi embarazo.”

“[...] sí quiero meterme a trabajar, aunque yo creo que nada más que mi bebé esté más grandecita, ahorita pues sí cuento con el apoyo de mi mamá y también de mi ‘abue’. [...] no me puedo confiar a lo que me pudiera pasar el papá de mi bebé porque a veces tiene trabajo y a veces no. Entonces, aunque le metiera lo de la pensión, no me serviría de mucho porque mientras trabaje, bien y cuando no, ¿cómo le haría?”

Es cuestionable que el embarazo en la adolescencia sea el epítome del caos en la vida de las mujeres, argumentando que, las expone a riesgos, limite su desarrollo, como plantean muchos trabajos (Instituto Nacional de Salud Pública, 2021). En realidad, las circunstancias vitales que las colocan en una zona de vulnerabilidad, les preceden. Mireya y Sandy institucionalmente siguieron la ruta educativa, están listas para desempeñar algún trabajo, pero Saraví (2009: 232-248) expone los significados en torno a esta actividad, los jóvenes no la piensan como medio para realizarse, sino un fin que los acerca a las posibilidades del consumo. La independencia en la que piensan está muy lejos de ser factible por el nivel salarial del tipo de trabajo disponible en el mercado.

Nuestra sociedad está organizada por instituciones, hecho social que da cuenta del nivel de desarrollo de nuestra civilización (Ricoeur, 2012). Entonces, significa que, los miembros de nuestra sociedad no naufragan en el desamparo del inmenso mar laboral. La instancia responsable es la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la cual se mantiene vigente en la banda sin fin, declaraciones y acciones, asienta

los avances y tareas pendientes, muestra resultados. Sin embargo, hay un enorme vacío marcado por la imposibilidad de regular todas las actividades generadoras de ingresos. Es un fenómeno de magnitud considerable y presencia global. Mujeres y hombres adolescentes sólo encuentran <<trabajo>> en actividades de tipo informal. En Wallraf (2006) leemos cómo el sistema económico y el mercado ofrecen los más diversos <<puestos de trabajo>> generadores de ingresos, pero todos con el sello de la informalidad, lo subrepticio y la injusticia. Actividades que no reúnen criterios formales para iniciar una relación laboral. Sin embargo, existen y se mantienen porque son el único recurso para los amplios grupos poblacionales ubicados en condiciones de marginalización. Holmes (2013) hace énfasis en lo estructural, pues no son los sujetos quienes deciden las condiciones sino las macroestructuras. El pretendido orden genera dinámicas y se caracterizan por ser asimétricas.

Las decisiones que toman las MAE no quedan al margen de lo estructural, crecieron en circunstancias determinadas, apropiándose de esa realidad con los recursos a su alcance. El problema no se reduce a la familia y sí está definido por la mirada del especialista. Al respecto, Bronfman (2000: 85-92) señala que, en los estudios de corte empirista queden dos asuntos pendientes, precisión sobre la familia como objeto de estudio y trascender las funciones que socialmente debe cumplir, por ejemplo, en la trayectoria educativa y preparación para el trabajo. Entones, por lo general se estudian aspectos de la familia y no la familia en sí. El planteamiento es interesante al desvelar cómo el objeto es modelado por el marco del investigador. Así, la familia aparece como medio y no fin. La propuesta del sociólogo es entender la familia desde un enfoque sistémico y estructural, por servir como mediador entre el individuo y el entorno. De esta forma es posible centrarse en procesos más amplios como la crianza.

El embarazo no es el inicio de la debacle en la vida de las MAE, más bien, funciona como catalizador de las condiciones sociales preexistentes que, pautaron buena parte de su desarrollo. Cuando se le pone al centro de la problemática, se escinde de todo lo estructural donde las acciones del Estado, de la propia sociedad y otro tipo de organizaciones, no son distantes. Están presentes por medio de la difusión de ideas e ideologías que parten del franco convencimiento de sustentar y

defender lo que el individuo necesita para su desarrollo. Sin embargo, hasta cierto punto es incierto porque es imposible tener certeza sobre el sentido en el cual los sujetos se han apropiado de “sus derechos”, por otro lado, si encontraron respaldo suficiente para ejercerlos correctamente y no como expresión de arrebatos en franca omisión de las responsabilidades implícitas.

Cuando los resultados quedan lejos de lo esperado, como en el embarazo en la adolescencia, automáticamente la mirada se centra en el individuo. No hay cuestionamientos sobre las relaciones que estableció a lo largo de su vida en esos espacios institucionales. Ahora, no se trata de presentar un panorama lúgubre, porque en las distintas instituciones, familia, escuela, trabajo, hay gente comprometida con su labor. Es decir, con genuino interés para contribuir al bienestar del otro, por ejemplo, encontramos la intervención de terceros en el proceso de crianza, los abuelos quienes constituyen un apoyo importante, al ofrecer equilibrio a las relaciones familiares, pero no es una regla. La intervención de los abuelos cambia y se ajusta a las circunstancias relacionales de los hijos y nietos (Cherlin & Furstenberg, 1992). Asimismo, responde a cuestiones culturales, donde incluso asume la titularidad de la crianza y con ello propone reconfiguraciones en la familia, los roles, las relaciones y las funciones (Paulo Maya, 2015). Sin embargo, es falaz pensar que esos apoyos son el núcleo para prevenir o solucionar los problemas que trae consigo el embarazo en la adolescencia. Debemos articular la decisión personal y la familia como red de apoyo, inmersos en una realidad social precaria del porcentaje de mujeres adolescentes que no libran el embarazo. Además, Furstenberg, Brooks-Gunn, & Morgan (1990) ya habían apuntado que el baremo social nunca ha sido el mismo en términos de importancia, gravedad y abordaje social, político y de salud.

3.5 EL DILEMA ENTRE EL DERECHO A EJERCER LA SEXUALIDAD Y LA MATERNIDAD (IN)ESPERADA. “ES QUE DEVERAS YO NO QUERÍA TENER UN BEBÉ”.

Estar embarazada en la adolescencia tiene muchos significados, por lo general siempre termina en el mismo punto, la reivindicación de sí misma, la validación de

sus decisiones. A pesar de la penetración del discurso sobre la libertad para decidir sobre el cuerpo, la sexualidad, la maternidad, son discursos distantes para las MAE, recurren a la narrativa para darle sentido, de otra forma se vuelve insoportable porque los grandes pronunciamientos no tienen la fuerza ordenadora en lo concreto, hablamos de sus relaciones. Las seis mujeres adolescentes aceptaron el embarazo, apelando a los valores de la maternidad, pero todas coincidían separar la sexualidad de la reproducción. Asimismo, expresaban la misma lógica, no utilizar ningún método anticonceptivo o usarlo de forma irregular, al mismo tiempo esperaban no quedar embarazadas. Ninguna expresó sentir un arrebató sexual que les impidiera razonar sobre la posibilidad de quedar embarazada. La idea siempre estuvo ahí, pero le precedía la forma de entender su realidad social y la falta de expectativa clara sobre su futuro. Por supuesto, no se trata de una situación puramente individual, sus parejas tampoco se ocuparon de prevenir el embarazo. Ninguna de ellas expresó sentirse forzada, obligada, presionada para sostener una relación sexual, “sólo se daba”. Es decir, alguno de los dos la proponía sin ocuparse por la anticoncepción. En cierto punto, estas jóvenes mujeres eran conscientes de esa asimetría, pero no lo reflexionaron, simplemente participaban.

Comenzaba a declinar el sol cuando acompañaba el PAS de Jenny, nos encontrábamos en el servicio de Recuperación de la UTQ, desde su salida del quirófano expresó sentir dolor, “estaba adolorida”. La jefa del servicio tenía todo alistado para su ingreso, con evidente dominio de las actividades dividía su atención entre las acciones de cuidado y la instrucción de los estudiantes de enfermería. Lo cual habla de su experiencia y conocimiento del servicio, pero implica mayor trabajo. A diferencia de los médicos, las actividades de enseñanza no tienen el mismo valor curricular. No obstante, porque los estudiantes de la licenciatura absorben parte de la carga de trabajo, bajo la misma lógica de <<lo formativo>>. La jefa ya había reportado que la paciente, Jenny, tenía sangrado activo, pero tuvo que insistir porque el médico residente de segundo año “no hacía caso”. Sin embargo, dada su insistencia no tuvo más opción que revisarla; para saber qué estaba mal, debía hacerle un tacto vaginal, claro ese tipo de dolor está fuera de mi rango de experiencia, pero pude darme una idea de la intensidad, al ver el suplicio que fue

para Jenny. El residente oía cómo se quejaba, podía ver cómo contraía el abdomen y con ambas manos apretaba la sábana de la cama para canalizar la intensidad del dolor. El procedimiento duró apenas un minuto, mas el dolor lo volvía eterno.

Es muy característico de la práctica médica atribuirse la facultad de tocar, muchas veces sin proporcionar mayor información a su paciente. En el discurso podemos encontrar cuáles son los derechos de los pacientes y sus prerrogativas, asumiendo que son parte de la práctica médica (Liftschitz, 2021), pero la posición en el CCL permite observar la distancia, pues la atención de Jenny estaba obnubilada por el dolor. Además, la información que le dio el residente había sido escueta. El punto aquí es que muchas veces esto se entiende como protocolario, mera formalidad, la acción esperada es la certeza diagnóstica. En efecto, corroboré que el reporte de la jefa del servicio era acertado, mas no comentó nada con ella, sólo cambió las indicaciones y se las entregó a la enfermera, quien no perdió oportunidad para decir en voz alta: “Pero uno les está diciendo y no hacen caso”. Era evidente el intenso dolor que Jenny estaba experimentando, para mí sorpresa se desvaneció al ver a su bebé. Una estudiante de enfermería se lo llevó y lo colocó a su lado. Mientras dialogábamos, no dejaba de verlo; cuando se producía algún ruido fuerte, por ejemplo, el camillero anunciando que ingresaba una paciente, Jenny volteaba de inmediato para ver si su bebé no se había despertado. Me causó asombro su disposición al cuidado, lo llevaba hacia su regazo, le hablaba con ternura. Al observar la escena, venía a mente el proceder de otras mujeres primigestas adultas, frente a la indicación de las EPi de atenderlo porque estaba llorando, expresaban: *“es que está muy chiquito”*, *“es que me da cosa que le pase algo en su cabecita”*, *“no sé cómo acomodarlo”*.

Jenny, no mostraba miedo al levantar a su bebé, cambiarlo de posición, acomodarlo, acercarlo a su regazo para amamantarlo, si no succionaba porque no lograba sujetar el pezón, lo cambiaba de lado, si ya no quería comer, lo levantaba para “sacarle el aire”. Era su primer bebé y parecía que había ayudado a muchos otros a eructar. Una vez más me vi atrapado en el marco de la comparación, pues muchas enfermeras hacían la observación a las pacientes adolescentes cómo realizar la actividad dada la brusquedad con la que golpeaban la espalda del bebé.

Les decían: “así le vas a sacar los pulmones”, “no, no, no, mira cómo le estás sacudiendo la cabeza”, “se trata que le ayudes a sacar el aire, no los pulmoncitos”. En esas acciones de cuidado, Jenny retomó su narrativa sobre su relación de pareja y embarazo:

“[...] Mis papás nunca se opusieron a mi relación. Ellos ya sabían que nos queríamos casar y desde el noviazgo él había sido muy formal conmigo. Cuando me propuso que viviéramos juntos, yo le dije que sí, no lo dudé. Nos llevábamos muy bien, no habíamos tenido problemas en nuestro noviazgo y cuando le dije que estaba embarazada, él se puso muy feliz y con mayor razón me dijo eso”.

“[...] Yo sé que, para muchas chavas de mi edad, no les agrada la idea de casarse y tener hijos, prefieren seguir de fiesta, en el reventón, y yo digo ‘pues qué padre, qué bien por ellas’. En mi caso fue distinto, yo sí quería casarme y tener hijos. Yo le había dicho desde antes a mis papás y ellos no se oponían, ni se enojaban, no me echaban el rollo ni nada. Siempre me tuvieron confianza, nada más me decían, ‘tú sabes hija’.”

Tenía claro su deseo de formar una familia propia. En la maternidad encontró la realización. Sin embargo, la sexualidad no era una prioridad:

“La verdad muchas dicen de su primera vez que muy especial, que todo bien, para mí no fue así. Yo no quería ni buscaba tener relaciones, como se dice vulgarmente, no andaba urgida. Yo sí sabía que quería casarme y tener hijos, pero no era así en plan de relajo, eso yo no quería. Tampoco le voy a decir que cuando anduve con mi primer novio, dije, con éste me voy a casar, no pues no. Además, esa relación era como rara por la forma que él se comportaba, como que era muy niño a veces y eso me desesperaba, porque estábamos bien y de pronto me hacía un drama de nada. Varias veces lo terminé, pero luego me buscaba, me rogaba y yo le volvía a decir que sí.”

“Yo no me sentía muy clavada con él, pero sí tuvimos relaciones. En un principio yo no quería, pero como ya llevábamos algo de tiempo y como era mi novio, pues pensé que era normal. Aunque empezamos a tener relaciones, no era así cada vez que nos viéramos. Era, yo diría que casual. [...]. La verdad no sé cómo me habría ido con él si me hubiera embarazado. Yo siento que nuestra relación no era tan fuerte, igual y él se hubiera ido. Lo que sí sé es que con él o sin él yo sí habría tenido a mi bebé”.

Jenny siempre expresó su deseo por la maternidad, allende las condiciones materiales, el compromiso de su pareja le daba certeza sobre su decisión, a pesar de su edad:

“Sí, yo desde un principio quería un bebé [...]. Lo que me angustiaba fue lo que le platicué cuando me pasó lo del sangrado y el riesgo que nos dijo el doctor de que lo perdiera o naciera antes. Por eso doy gracias a Dios porque sí me permitió tener a mi bebé y yo estoy muy contenta, igual que mi esposo. Cuando llegamos aquí más que preocupado, estaba emocionado

porque ya iba a nacer nuestro bebé. A él no le gusta que lo vea llorar, pero cuando me dejó en la puerta porque se tenía que ir a trabajar, yo sí vi que se le salieron unas lágrimas, ya nada más le dije ‘no te preocupes amor’ y ya pasé para urgencias.”

La narrativa de Jenny no es un acomodo, esperaba vivir la maternidad y tomó las decisiones que la condujeron a ello. La sexualidad con su actual pareja no fue motivada por el arrebato, ambos estuvieron de acuerdo en iniciar su contacto. No hay duda de las limitaciones económicas que tenía su familia, pero eso no impidió el apoyo. Sin embargo, nunca logró construir un proyecto educativo ni laboral, su realización estaba en la maternidad. Es un tema de gran relevancia, susceptible de ser discutido en varios sentidos. La dinámica de la familia de origen calificaría como funcional, pero este tema trascendente no apareció, es incierta la posición de su padre y madre. Ella asume que están de acuerdo porque no se opusieron y la apoyaron. Entonces, el problema no quedaría restringido a las mujeres adolescentes como leemos en García Hernández (2016), su familia tuvo un papel preponderante al validar las decisiones de su hija, perder de vista que el apoyo de la familia no estaba dirigido para consolidar la maternidad de Jenny, sino su formación educativa. La cual quedó a la orilla y transitó hacia la vida de esposa y madre con aprobación de los suyos. Nadie se cuestionó si fue la mejor forma de hacerlo. Si volvemos al trabajo de Bronfman (2000) al entender la familia como sistema, nos permite analizar que la estructura y organización de este, no garantiza la claridad en las funciones. De manera que, hay distanciamiento en la apropiación del marco político-social que traza la directriz sobre el desarrollo de la adolescencia. Al final, Jenny está convencida de haber tomado la decisión correcta y encontrarse en el vigor de su realización personal.

Las otras cinco adolescentes no querían el embarazo, pero lo aceptaron. También hay distanciamiento con los ofrecimientos del Estado a través de sus instituciones y de organizaciones sociales, quienes presentan la interrupción como alternativa legítima. La información sobre las opciones reales no llega con toda claridad. A veces, por el conflicto que se avecina con las figuras paterna y materna; otras porque simplemente se centran en lo inmediato y el conformismo se reviste

de decisión personal. Laura no mostraba preocupación frente al hecho de haberse convertido en mamá:

“Yo no quería quedar embarazada [...], pero no utilizábamos nada, bueno algunas veces sí, el problema era que no siempre llevaba condones [...]. Una vez él [René] se enojó porque me decía que por qué yo no llevaba nada [preservativos], y le dije que era su problema porque él quería [tener relaciones]. Esa vez nos enojamos mucho. Ya luego nos reconciamos, así como cualquier pareja.”

En su relación de pareja para ella ejercer su sexualidad no era prioridad. Tener novio carecía de expectativa, simplemente era llenar algo que no encontró en su formación educativa, en la relación con su papá, a pesar de ver y experimentar los beneficios de su apoyo, mas no son suficientes para ayudarla a considerar su rol como hija y estudiante. Al contrario, hace la misma lectura donde se validan sus decisiones:

“Cuando tuve mi primer novio pues ni idea de cómo hacerlo, mis amigas decían que todo súper y muy bien todo. A mí no me pasó así, la verdad ni me acuerdo muy bien cómo fue todo, lo único es que me dio un poco de vergüenza y él estaba nervioso, decía que no, pero sí porque la verdad no sabía qué hacer, era muy brusco, me agarraba con mucha fuerza. No lo hicimos muchas veces, pienso que lo hacíamos porque pasábamos mucho tiempo juntos y pues... andábamos [...].”

“[...] Con René fue diferente, él siempre quería que tuviéramos relaciones, a veces yo no quería y él como que se molestaba, pero sí lo hacíamos. La verdad no me molestaba y pues así todo lo que duramos hasta que me embaracé”.

Laura no reflexionó en torno a los problemas derivados de la manera de construir sus relaciones socioafectivas. Tomó de su marco político-social lo más inmediato, deslindó de toda responsabilidad a René, a quien no le interesaba mucho ni la relación con ella, ni su embarazo. Ante la falta de interés y compromiso no dudó en desplazarlo, al tiempo que delegó por completo la responsabilidad en su papá:

“Yo no me sentí presionada o como muchas dicen que sienten miedo por decirles a sus papás, yo sabía que contaba con mi papá. Cuando él supo, luego, luego, me apoyó y puedo decir que mi embarazo fue muy tranquilo [...] ahora que ya soy mamá, pues tengo varios planes. Uno es estudiar para acabar la prepa, mi papá me dijo que también mi abuelita me va a apoyar, y así entre todos para que yo salga adelante.”

Mary habló confiadamente de su experiencia en torno al inicio de su vida sexual. En su narrativa tampoco aparece ese deseo sexual incontrolable como muchos teóricos proponen. Sí logra reconocer que la sexualidad es un tema popular entre los grupos de referencia, pero a su juicio no fue un factor determinante como se presenta en algunos trabajos, amén del tema de la presión social (Madaleno & Breinbauer, 2008). No doy por descontada la influencia del contexto, sino sigo la narrativa de Mary en cuanto al sentido que le da:

“En la secundaria varias chavas siempre platicaban de que ya lo habían hecho y que todo así súper padre y cuando me preguntaban pues yo no había tenido relaciones y no me creían y me decían ‘ay, no es cierto, si Paco anda bien clavado contigo y varias quieren con él’. Pero deveras que yo no lo había hecho [...] varios chavos sí me decían que si no quería o si no me gustaba [se refiere a la propuesta o insinuación de tener relaciones sexuales], y no era eso, pero la verdad, primero a mí no me llamaba mucho la atención eso, y otra cosa era que mi mamá siempre me decía ‘yo no quiero que me salgas con tu pansa’ y así, de que ella no iba a estar cuidando chamacos y cosas así. Entonces, sí me daba miedo por eso, porque ella si se enoja, se enoja”.

El ultimátum materno no tuvo el efecto esperado, Mary simplemente aceptó que las cosas sucedieran. Entre los factores que la incitaban a seguir, estaba la curiosidad, el significado de la relación, pues no se trataba de una relación casual, sino con su novio, por supuesto, los referentes de su grupo etario. Sin embargo, su experiencia no se ajustó a eso:

“[...] cuando lo hice con el papá de mi bebé, fue bien raro porque yo sentí que apenas estábamos empezando cuando él, así como que brincó, o se echó para atrás, y me saqué de onda, porque vi cómo empezó a buscar su pantalón y se empezó a poner la ropa y yo también me espanté porque dije: ya nos cayó su papá o su mamá, o no sé, alguno de sus hermanos porque estábamos en su casa. Pero luego me di cuenta que él ya se había venido [eyaculado] [...] y me preocupé porque ese día yo no sabía que lo íbamos a hacer y pues así sin nada y le dije ‘y si quedo embarazada’, pero me dijo que no, que se necesitaban varias veces, porque a la primera no quedas embarazada”.

Es común afirmar que a los adolescentes les domina el deseo y sucederá en algunos casos, como también sucede con los adultos, pues hablamos de sujetos sexuados, sujetos de deseo (Ariely, 2017), pero en el caso de los primeros, hay un justificante científico, los datos biomédicos sustentados en los cambios hormonales. Sin embargo, en la narrativa de estas mujeres aparece, frecuentemente, el “sin

sentido”, dejar que las cosas pasen. El trabajo de Bauman (2011) sobre las relaciones, propiamente socioafectivas, aporta a la comprensión de esos vínculos en <<la pareja>>, donde el deseo sexual no es lo dominante, el fuego que consume a hombres y mujeres adolescentes. Tampoco es el deseo, a juicio de ambos autores, éste toma su tiempo para formarse y motivar la conducta. Entonces, no es sinónimo de impulsividad, en términos coloquiales, arrebató. En las decisiones de estas mujeres encontramos la convergencia de varios factores, individuales y colectivos, pues son parte de una sociedad que les presenta alternativas más cercanas sobre cómo vivir su sexualidad. Quizá con cierta tosquedad o motivada por otro tipo de intereses ante los que cede y no mantiene el cuidado de acompañar al sujeto en su proceso, en aras de garantizar el libre acceso a todo, sacrifica las necesarias distancias, espacios, que contribuyen a su formación (Han B. , 2013). El problema surge en el análisis de la situación, nadie duda en centrar la mirada en el sujeto despojado de su contexto.

Mary no escapó a la fuerza de “dejarse llevar”. En la liquidez de su relación, mirada baumaniana, una cosa era clara, no quería embarazarse. Sentía “algo” por su pareja, si en algún momento le llamó amor, pronto corrió ese velo y encontró el sitio vacío. Así, no había vínculos afectivos que soportaran el encuentro sexual, simplemente sucedió:

“Yo veía a mis compañeras de la escuela [secundaria] que subían fotos a su perfil [de Facebook], unas con sus bebés, otras mostrando así su pansita ya embarazadas, unas estaban con sus novios o parejas y otras solas, y leía los comentarios, muchos les ponían: ‘felicidades; te ves muy bonita’; ‘qué hermoso ya vas a ser mamá’, o de su pareja que decía: ‘felicidades bebé hermosa, ya quiero conocer a nuestro hijo’... y así. Yo decía qué horror, yo no quiero tener un bebé.”

“Yo no pensaba tener un bebé a esta edad porque pues sí es difícil, pero ya está aquí y ahora tengo que pensar en él. Aunque mi mamá me apoya, no puedo depender siempre de ella. Ella no quiere que tenga contacto con el papá de mi bebé, pero yo no sé, no quisiera impedir que lo conociera. Bueno él no ha dicho nada, pero si en un futuro quiere acercarse para conocer a su hijo, pues yo no me opondría.”

La negación inicial hacia el embarazo no se resolvió por haber alcanzado otro nivel de entendimiento, sólo hubo resignación. A partir de ésta, buscaba reivindicarse, pues a diferencia de sus ‘compañeras’, ella no deseaba un embarazo.

Aunque, tampoco fue congruente con esa declaración al no darle importancia suficiente a los métodos de anticoncepción. Ahora, si bien, abiertamente expresa su no deseo por el embarazo, no antagoniza con su curiosidad o interés por el sexo opuesto. Al contrario, está presente, es latente y llega el momento de enfrentarlo.

Mireya reconocía su interés “por los chavos”, pero es un tema difuso, no porque no se hable, sino por la forma en que se trata. Rodríguez Ramírez (2005) sostiene que la educación sexual ha favorecido la comunicación en la familia en torno a la sexualidad, pero es una afirmación formalista, destaca el quehacer institucional. En la familia de Mireya no se logró aprehender tales beneficios:

“[...] una ocasión me dijo una tía que yo iba a ser bien noviera. Cuando aprendí a cuidar lo de mi ciclo, sentí más confianza para tener novio. Fue en segundo año de la secundaria que tuve a mi primer novio, así formal como se dice y duramos un buen, pero tuvimos un problema y nos dejamos y luego volvimos; fue por otro chavo y como anduve con él, pues se podría decir que como que le fui infiel a mi novio oficial y, pues sí, hablamos y todo y luego de un tiempo volvimos, pero como que ya no era igual y por fin terminamos [...], sí estuvo feo porque el otro chavo también tenía novia y también se enteró y se hizo todo un rollo, porque con él, también tuvimos relaciones”.

Observamos la apropiación de algunos aspectos de su realidad social, los problemas de pareja. Mireya se ve como una mujer lidiando con temas complicados como la infidelidad, los esfuerzos por reconstruir la relación y la ruptura, para ella es inexistente la fragilidad de los vínculos afectivos con su novio. Mismos que abrieron la posibilidad de experimentar su sexualidad con otra pareja, bajo la misma lógica de <<lo inmediato>>. En esa misma realidad se encuentran sus derechos, pero no los considero en armonía con sus responsabilidades, para ejercerlos de forma conjunta y generar equilibrio en su relación. No es un asunto estrictamente personal, hemos construido sistemas relacionales que privilegian lo individual donde la presencia del otro se presenta como medio, en franco desmedro de su unicidad (Zubiri, 2006; Zemelman, 2005). Entonces, está ahí para que <<yo>> seleccione lo que quiero. Hay una zona gris bastante amplia al presentar la presencia del otro como elemento toral de su experiencia y carecer del sustrato que lo define. En ese marco difuso, Mireya entiende las situaciones resultantes de su impulsividad como si se tratara de responsabilidades definidas, inherentes al proceso de madurar.

¿Quién puede negar que se cometen errores en la transición de la adolescencia a la vida adulta? Son inevitables. La gravedad o complejidad de estos dependerá de las circunstancias vitales. Vania compartió cómo descubrió su embarazo. No podía negar el hecho, sabía que había tenido relaciones sexuales con su pareja, pero vuelve a surgir esa lógica de lo inmediato y lo concreto, donde el aplazamiento es el recurso para aplazar o evitar al máximo la realidad:

“[...] fue cuando me dio un dolor muy fuerte, así me desperté, obvio, yo ya sabía que estaba embarazada, creo que era como el segundo mes porque igual no me había bajado, la verdad sí sentí miedo por el bebé y le tuve que decir a mi mamá, yo digo que sí me vio que me dolía y no me dijo nada. Me llevó al particular (consultorio de farmacia) y ahí la doctora ya me hizo un ultrasonido y sí dijo que estaba embarazada. Me mandó unas pastillas para el dolor y yo esperaba la bronca con mi mamá, pero ese día no me dijo nada. [...] pasó como dos días que se me armó bien grueso, mi mamá se puso como loca y me gritaba un buen de cosas, yo sí me asusté, pero también le contestaba, porque era mi decisión de tenerlo, la verdad yo no quería abortar ni nada”.

La opción del aborto no está relacionada con el ejercicio de su derecho a decidir, para muchas mujeres adolescentes es un tema atravesado por cuestiones socioeconómicas y cognoscitivo. Ni Vania, ni su mamá pensaron que no estuviera lista para la maternidad, pero sí coincidieron en que un bebé aumentaba la presión económica. Crecía la incertidumbre sobre cómo cubrir los gastos. Además, Vania tampoco pensó cuándo o con quién ejercer su sexualidad, simplemente sucedió:

“[...] muchos chavos me buscaban para platicar y así me invitaban que a salir, pero nada más íbamos al lote, así le decíamos al terreno que estaba vacío. Y ahí nos estábamos la tarde, luego unos iban por chetos y otros pedían para la guama (cerveza), las mujeres casi no ponían, yo ni tenía dinero. Y ya otro saca el cigarro y lo rola... [...] yo le daba un trago, porque no me gusta mucho cómo sabe, me gustaba más el cigarro, pero huele mucho y casi no fumaba por la que se me armaba con mi mamá. [...] entre ellos tuve mi primer novio, bueno, algo así porque nunca me dijo oye quieres andar conmigo ni nada. Una vez me invitó a su casa y fui y como no había nadie, nos comenzamos a besar y así, y ya luego pues sucedió.”

El primer encuentro sexual es antesala para el embarazo *(in)esperado*, tarde o temprano sucede, pero ninguna de ellas se pronunció al respecto y coincidieron en la sorpresa, el asombro, porque no creyeron o pensaron en quedar embarazadas. En este punto no dieron razones o motivos para justificar la decisión de no usar un método anticonceptivo. Algunos caen en el exceso de justificar tales conductas aludiendo al *pensamiento mágico* del adolescente. Tal idea se descarrila cuando

leemos en Piaget (1991: 13-27) en qué “etapa” de la vida sucede. Sin duda el rezago educativo afecta el desarrollo cognoscitivo, pero no hablamos sólo de cuestiones escolares, sino de funciones mentales. En el caso de Vania dijo:

“[...] el papá de mi bebé tampoco fue mi novio así formal, o no sé bien, es que él me insistía un buen para que saliéramos, como yo tenía que pasar por donde trabajaba, me veía y me empezaba a hablar, así normal, yo decía pues qué tiene. Y sí me llamaba la atención por sus tatuajes y sus perfos, se le veían bien. Además, él ya trabajaba, ¿sí me entiende?, no era como mi novio anterior [...] ya cuando salimos él sí fue directo me dijo que si quería tener relaciones con él, y pues le dije que sí [...] él siempre quería que tuviéramos relaciones y eso sí, siempre traía condones, pero no se lo ponía al principio sino luego y yo no lo veía mal, pero sí quedé embarazada”.

Tener relaciones sexuales o continuar con su trayectoria educativa sigue la misma lógica en sus decisiones, “dejarse llevar”. En su narrativa ni la figura materna, ni las instituciones aparecen cercanas, en términos del acompañamiento. Los adultos esperaban que Vania cumpliera con las reglas que le presentaron en tono de prohibiciones. Ni ella ni su mamá pudieron construir una relación más estrecha, su padre simplemente se negó a cualquier responsabilidad para con ella. Antes del embarazo, la decisión de iniciar su vida sexual, ninguna consideró algún criterio para guiar la relación de pareja, sólo se dejaron llevar.

<<Dejarse llevar>> se configura históricamente, la forma en que aprenden a tomar decisiones, los recursos de los que disponen, en el fondo se trata de responder “al aquí y al ahora”. No han tenido el contexto adecuado para ejercitar más su raciocinio. Entonces, se <<dejan llevar>> porque no están teniendo relaciones casuales, es con su novio; porque ya llevaban tiempo con él; porque las hacía sentirse seguras; porque es lo que seguía en el noviazgo; porque no negaron o no entendieron la regla de no quedar embarazada; porque la posibilidad de quedar embarazada no “sonaba” tan real. En el fondo, está evitar la responsabilidad de las decisiones. Ahora, el encuentro sexual, más que satisfactorio se torna complicado, lleno de ideas “sueltas” que no logran integrar. Vania comentó:

“[...] yo siento que no lo quería [se refiere a su primera pareja], aunque tuvimos relaciones yo no quería tener un bebé. La primera [vez] no usamos nada, pero yo sí le dije que no quería salir embarazada y ya él se ponía condón, pero yo por las dudas sí me tomé las pastillas de urgencia, como dos veces. Es que de veras yo no quería tener un bebé.”

El encuentro sexual ni le resultó significativo, ni le proporcionó aprendizaje. Recurrió al anticonceptivo conocido como pastilla del día siguiente. Tomó la decisión sólo por lo que escuchó entre sus cercanos del fármaco y por ser accesible, pero la disponibilidad de los anticonceptivos no garantiza su uso correcto. Además, su novio ni siquiera lo valoró. Al contrario, abrió el conflicto. Vania no tuvo oportunidad de dialogar o llegar a algún tipo de acuerdo con él:

“[...] yo esperaba que él no se sacara de onda cuando le dije lo del embarazo, porque yo no andaba con nadie más ni nada, sí se pasó cuando me dijo que cómo sabía que era de él, y tampoco sabía que me había pegado una infección, ahora la doctora me dijo que voy a tener que tener mucho cuidado porque esto se me va a quedar, se me hace que él sí andaba con otras chavas”.

La reflexión de Vania, lamentablemente, fue anacrónica, pasó lo que no quería, el daño a su salud era un hecho. Ella misma subsumió la afectación emocional derivada de las críticas y señalamientos de su novio, para centrarse en el embarazo con los recursos que disponía. El choque con su realidad social fue tan repentino que resultó difícil de manejar, nuevamente aparece la evasión de la responsabilidad. En nuestro tiempo abundan las explicaciones sobre los factores protectores de las mujeres adolescentes como la educación, el social, en términos de los servicios y los económicos (Stern, 2010; Rodríguez Ramírez, 2005) y funcionará para algunas, no para todas. En el caso de Sandy las condiciones de vida, sociales y económicas, eran mejores, se esperaba que la protegieran y guiaran en el ejercicio de su sexualidad. No fue así:

“[...] no le voy a decir que todas, pero varias de mis compañeras de la primaria ya tenían novio, ahora digo, ‘eso qué’, pero la verdad sí las veíamos diferentes, así como más experimentadas. A mí me daba curiosidad, no era algo que me urgiera y se me fuera el hambre por tener novio, pero sí me preguntaba qué se sentiría tener novio, que te abracen o te manden mensajes.”

Tener cierta holgura económica no protege del todo, ni aligera las tensiones en torno al embarazo. Sandy, a diferencia de las otras cinco jóvenes, gozaba de mayor estabilidad, pero sabía del serio problema con su mamá. Después de caminar unas calles nos sentamos en una banca de cemento, cerca de su domicilio en la Quinta

Sección de Héroes de Tecámac, la pintura estaba deteriorada, la zona tiene muchas áreas verdes, pero carecen de mantenimiento, el pasto es puro zacate. La falta de hierba facilita la erosión de la tierra. La combinación de polvo y frío de la temporada no eran favorables para mí por la rinosinusitis crónica que padezco, mi inquietud se desvaneció al escuchar a Sandy hablar de su maternidad. La experiencia del embarazo y del parto parecía que la hubieran cambiado. El evento reciente, sonaba lejano, como si a un mes de su parto, la adolescencia fuera tema secundario:

“[...] lo que no padecí así en mi cuerpo, sí con mi pareja, bueno expareja... o no sé bien, bueno, con el papá de mi bebé y mi mamá. Yo no le quería decir a mi mamá porque sabía la que me esperaba. Le dije primero a mi ‘abue’, aunque ella ya se había dado cuenta o al menos lo sospechaba. Le dije una tarde que mi mamá fue con unas amigas del trabajo y le dije ‘oye abue, quiero platicar contigo de algo’, me respondió luego, luego, ‘estás embarazada’ y ya ni lo contesté, se me salieron unas lágrimas [se entrecorta su voz] me dijo ‘para qué lloras mijita, lo que viene, viene y ya; a ver cómo le hacemos con tu mamá’.”

Sandy creyó tener ventaja al apoyarse en su abuela, pero el conflicto sucedió. Pensó que las reglas de su mamá perderían fuerza si su abuela fungía como mediadora al momento de darle la noticia del embarazo. La red de apoyo es otro de los factores protectores, mas no evitó el tránsito penoso de la gestación:

“[...] ese día cuando regresé de hablar con él [el papá de su bebé], ni llegamos a nada, iba sacada de onda y apenas abrí la puerta, oí su voz [la de su mamá], no sé por qué había llegado tan temprano del trabajo, y me dijo ‘ya me dijo tu abuela, de veras que tú no entiendes, a ti te vale madres todo, pero ya te lo había advertido, yo no te voy a apoyar en esta chingadera, ve y exíguele al pendejo ese que sea hombre.’ La verdad es que sí, yo me equivoqué.”

Su experiencia sobre las circunstancias del embarazo no se reduce a la cuestión de la elección del ejercicio sexual, Sandy no logró ver cómo la mirada social se sigue centrando en <<la mujer embarazada>>, mientras la figura del <<hombre que embaraza>> se diluye. Aunque convive con puras mujeres, madre y abuela, no hay libertad para abordar las vivencias de su transición:

“[...] yo veía a mis compañeras hablar de su periodo, de cómo se sentían, yo digo que eso les hacía sentirse así como, no sé si está bien, pero, como que sentirse mujeres, pero yo pienso ‘¿qué onda? si estábamos en la primaria’. Bueno, pero tampoco era que fuéramos tan inocentitas como muchos piensan, ya hablábamos de chavos que si te gusta fulanita o el del otro grupo, o si ya besaste a alguien o si se fajaron y así. Pero a mí lo que me detenía mucho

era que yo veía que mi cuerpo no cambiaba, a diferencia de mis compañeras que sí empezaban a verse diferentes.”

“[...] antes me daba pena platicar esto, ahora ya me río, es que como no iniciaba mi periodo y era una plática que se repetía con mis compañeras, no se crea, sí te llegas a sentir rara, como extraña, bueno más bien como que no perteneces ahí. Al principio yo no le di mucha importancia, total decían que tarde o temprano iba a pasar, pero no sé, conforme pasaba el tiempo yo veía que todas ya traían una toalla entre sus cosas, luego si a alguna se le caía iba corriendo la otra para recogerla y dársela y así se reían y decían ‘ay amiga’, y como yo nada de nada, un día antes de salir le agarré a mi mamá una de sus toallas y la eché en mi estuche y así me fui, yo sé que sí la iban a ver, y pues yo ya les iba a inventar algo y así ya no me quedaría fuera de sus pláticas. Me acuerdo que cuando le platicué esto a mi mamá, las dos nos empezamos a reír, no me regañó ni nada.”

La socialización es parte de la identidad, compartir cosas, reconocer al otro, Sandy se sentía excluida, no podía compartir con sus compañeras lo que no había experimentado y la llevó a fingir lo que no había pasado. Lo que en un tiempo vivió como desventaja, lo resignificó como ventaja:

“[...] y así sin más, los chavos me empezaron a buscar, yo sí me sacaba de onda, pero fue en la secundaria, en la primaria nada. Y pues sí, había varios que me gustaban, pero también me daba un poco de [miedo] porque no sabía qué onda y la verdad yo no podía hablar abiertamente con ella [se refiere a su mamá] sobre el tema.”

En esos cambios, “pasar desapercibida para los hombres de su edad a llamar su atención”, influyó en su autopercepción. Tenía como referente a sus otras compañeras y de cierto modo su lectura fue positiva, ya no simularía lo que no era, finalmente estaba pasando, pero no compartió cómo se sentía. Al paso del tiempo, reflexionaba sobre la falta de sentido y significado en las relaciones:

“[...] no creo que tengamos muy claro lo del noviazgo y menos a esa edad, más bien es la emoción y la curiosidad. Ahora yo digo que novio, novio, así formal no he tenido, a lo mejor el papá de mi bebé, pero bueno, ahora ni está, pero no sé ya es algo confuso, porque varios chavos lo único que buscaban era el faje y uno, bueno yo, ‘¡oye espérate, no seas tan perro!’ Y también uno lo imagina, pues todo muy bonito o romántico y no es así. La primera vez que tuve relaciones fue muy decepcionante, ninguno de los dos sabíamos qué onda, la verdad, pero ahí estábamos. No le voy a decir que no sentía nada o que fue a la fuerza, pero cuando uno está ahí, no tiene la madurez para decir, oye no espérate, o mejor luego, no sé a lo mejor es porque si no lo haces, para ti misma eso sería como si hubieras fallado en eso que todos hablan. Es como si ya estás ahí y ya no te puedes echar para atrás.”

En los discursos académicos encontramos afirmaciones sobre la necesidad de experimentar para conocer y desarrollarse. Tampoco es una verdad incólume,

porque la mera vivencia no garantiza experiencia. Asimismo, no hablamos sólo de cuestiones centradas en el sujeto. La adolescencia es institucional e instituyente, no fueron los sujetos que la experimentan quienes la definieron, sino los adultos. Además, lo hicieron en un entramado de momento político-social-educativo propicio para atraer la atención vía la pedagogía y demás ciencias que se atribuyeron alguna autoridad sobre el grupo etario (Le Breton, 2014). Entonces, la <<mirada adulta>> sobre el embarazo se compone de todo eso y de la frustración, angustia, tensión personal y familiar. Sandy comentó:

“[...] a mí nadie me presionó, o sea, desde la primera vez no fue porque me hubieran obligado ni nada por el estilo, pero tampoco tenía claro qué debía suceder o de qué se trataba. Ahora, no sé si yo misma lo tenía claro para mí. No todas las veces es súper como te lo platican, muchas veces es de que ‘ah, ya se acabó, bueno’ y así, pero que eso te ayude a que tu relación sea más fuerte, pues la verdad no. Un chavo con el que también tuve relaciones se clavó así súper friki y ya me quería controlar todo y yo dije, ‘ay no, yo no voy a vivir para rendirle cuentas a este’ y a volar. La verdad, es que no parecía mi novio o pareja sino como mi papá o esposo y no, ¡yo paso!”

En la socialización lo físico y lo emocional están mediados, no sólo aspectos psíquicos, también educativos, económicos, sociales. No obstante, esas grandes tormentas descritas por el psicoanálisis o la psicología clínica y humanista, al centrarse en la particularidad del sujeto, concede importancia marginal a entorno que incluso puede agravar la transición. Por otro lado, la idea general, por no decir universal, es la transición, un inicio y un final también impuesto y le confiere un sentido de normalidad y su polo patológico, pero si consideramos los atributos del sujeto como proponen Zubiri, (2006); Zemelman (2005) o Todorov (2004), el supuesto universal de la temporalidad de la adolescencia, entra en crisis porque las deficiencias no resueltas en esa etapa, no desaparecen, ejercen influencia y pautan el comportamiento y pensamiento de los sujetos (Le Breton, 2002). Sandy generó una expectativa en supuestos que sólo la alejaron de la realidad:

“[...] bueno pero uno ya no sabe tampoco, porque la verdad sí pensé que con el papá de mi bebé iba a ser diferente. Ya sabe porque era más grande y se supone que entre más grandes más maduros, pero no. Me lleva casi nueve años y como me hablaba y me trataba, la verdad sí me llamó la atención, además pues las pláticas con él eran diferentes, me decía de su trabajo y lo que pensaba hacer y ahí sí me sentía más cómoda, incluso más grande. Mi mamá incluso lo notó y me decía ‘y ahora tú por qué te vistes así’ porque me ponía zapatillas, vestidos, ya no

era la mezclilla y los tenis, y me dijo ‘yo sé que ya andas muy alborotada con tanto escuincle que se te acerca, nada más una cosa te digo, no me vayas a salir con una chingadera porque a ver cómo le haces’. Ahí, todavía mi mamá no sabía que yo ya no andaba con un novio con quien me llegó a ver, no sabía que yo ya llevaba algunos meses con Alex.”

Las experiencias de estas seis mujeres adolescentes tienen puntos en común, nos aproximan a rasgos que comparten, no por ello es posible homogeneizarlas. Los abordajes cuantitativos con su precisión en la identificación de variables y el tratamiento estadístico de los datos, quedan al margen de la realidad social, en su pretensión de organizarla. Sin embargo, son bien aceptados porque mantienen el prestigio de la academia y satisfacen los intereses del Estado, al proporcionar información que sustente la problemática, por ende, justifique las acciones. En un Estado moderno nadie quiere ir en contra de “la evidencia”. Entonces, muchas de las decisiones se hacen alineadas a esto, aunque no den respuesta a las necesidades concretas de la población.

Con base en lo anterior, precisamos replantear las relaciones que se establecen a partir de la causalidad como criterio építome que nos aproxima a lo objetivo y la racionalidad. La disertación de Canguilhem (1971: 216) acerca de la normalidad hay variaciones que deben tomarse en cuenta. Las mediciones que aluden a la precisión son insuficientes porque proponen funciones sin afectación del entorno, incluso del principio de adaptabilidad de los organismos. En términos generales, difícilmente alguien se opondría a ello, pero es muy común caer en el error donde se asume que preguntar y registrar conduce al entendimiento de la situación, sistema relacional. En realidad, mucha de esa información sólo queda como colección de datos y empeora cuando no se observa ningún tipo de reorientación en la relación, el abordaje, incluso en el tratamiento. Es común que el expediente clínico sea eso, una colección de datos que desvela aspectos vitales de relevancia, mas no modifican la praxis humana de los involucrados en el PAS. Entonces, el embarazo de las mujeres adolescentes no les abre un nuevo panorama, no disipa dudas, no concede mayores certezas. Asimismo, no es el preludio del desastre. Son sujetos que reaccionan ante circunstancias desfavorables y cuando inician un PAS no son del todo visibles para los TDS, tampoco para sus propios familiares.

Capítulo 4. La concreción del PAS. Aproximación antropológica a la raigambre sociocultural de la AIN

4.1 EL HEGO COMO CENTRO SOCIOCULTURAL DE LA ATENCIÓN

Cuando hablamos de la atención de la salud importa la precisión porque la tarea puede tornarse laberíntica. La guía que proponemos es de raigambre histórico-social, pues se trata de una actividad antrópica, no los inicios de una disciplina. Sin embargo, en su decurso humano ha adquirido imbricadas particularidades que llegan a soslayarse. Un punto indiscutible de convergencia es lo institucional, por los encuentros, desencuentros, tensiones y colaboración que lo caracterizan.

Encontramos ámbitos que parecen no tener injerencia en el estado de salud, pero ejercen influencia y modelan la atención al grado de pautar las interrelaciones socioculturales y el CCL es uno.

El eje de nuestro análisis en este capítulo es el PAS porque nos permite profundizar en el sistema de interrelaciones, pautadas por la estructura de la AIN. Si bien no es un tema nuevo, el abordaje sí lo es ya que los trabajos enfocados en los cismas entre lo especializado y lo sociocultural son abundantes, destacan las relaciones de poder, las asimetrías, el dominio, la hegemonía. No obstante, colisionan con el modelo político vigente de varias décadas atrás, con los vacíos que conlleva; otros destacan las tensiones que confrontan dos fuerzas, asentando lo irreconciliable porque rayan en álgidos conflictos. En el fondo dejan la idea de moverse en realidades opuestas, pero ¿cómo prevalecen en el mismo espacio?

El itinerario de la AIN es sinuoso y contradictorio porque no se reconoce su base sociocultural. Quizá lo más acertado es decir que se presenta bajo criterios de formalidad para hacerla manejable, o sea, su operatividad y asegurar los niveles de cientificidad que acredite al Estado y su densa estructura burocrática. La complejidad de este sistema es porque de la concreción de la atención, dimanar formas de relacionarse, donde se condensa lo formal y las prácticas sociales, por no llamarlas informales. Las distinciones entre unas y otras desvelan el imaginario social presente, mediado por los sistemas simbólicos, recursos compartidos por los sujetos doctos y legos con sus respectivas diferencias.

4.1.2 UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y ACCESO.

El HEGO es un establecimiento público de administración centralizada, brinda atención a población abierta, exclusivamente mujeres en la especialidad de ginecoobstetricia. La atención es integral de acuerdo al modelo oficial (Secretaría de Salud, 2015). La ubicación del nosocomio es céntrica, próxima a avenidas primarias y entre ocho y diez minutos caminando desde una estación del sistema de transporte colectivo metro. En la calle principal donde está el frente del hospital encontramos tres puertas, separadas por escasos veinte metros una de otra. Si uno se coloca frente al nosocomio a su izquierda ve la puerta de acceso de personal, es

posible distinguir los grupos, TDS, trabajadores de las compañías que prestan servicios subrogados (comedor, limpieza, informática, fumigación). Por la misma ingresan visitantes (representantes de laboratorios farmacéuticos, algunas organizaciones civiles como fundaciones, asociados médicos y de enfermería). También están los estudiantes de diversas escuelas y licenciaturas, las más numerosas son medicina de pregrado, provenientes de las escuelas: médico militar, Instituto Politécnico Nacional, La Salle, Universidad del Valle de México, Anáhuac, UAM y Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Otro grupo muy numeroso es el de enfermería, estudiantes y pasantes de escuelas públicas y privadas. Es menor el número, estudiantes de nutrición, psicología, trabajo social, generalmente de licenciatura y pocos que hacen servicio social.

Manteniendo la misma posición, al centro del HEGO se encuentra la entrada principal para las mujeres que buscan atención. La actividad inicia con las fichas que se reparten e implica dos situaciones, las pacientes deben considerar el número limitado y el horario. Es el paso insalvable cuando se tiene o sospecha de alguna patología ginecoobstétrica merece atención. Las pacientes de primera vez son valoradas para determinar si la enfermedad es competencia del HEGO, cuando reúne los criterios, las programan para citas subsecuentes, si no, los médicos de primer contacto les dan opciones para continuar su atención. Las citas siguen tres vías, a) atención por una o varias especialidades: climaterio, ginecología, obstetricia, displasias, cirugía, salud sexual y reproductiva, genética, neonatología, embarazo de alto riesgo, puerperio complicado; b) cita para realizar algún procedimiento: cirugía ambulatoria (laparoscopia), colposcopia; quimioterapia, radioterapia, braquiterapia; exámenes de laboratorio, de imagen, examen del tamiz genético; c) consulta de nutrición, psicología clínica, o trabajo social. Las concernientes a los incisos b y c, pueden ser independientes de las consultas de las especialidades médicas. El itinerario de atención a veces implica a terceros, por lo general son familiares quienes ingresan por la misma puerta para cubrir diversas actividades, asistencia al informé médico, visita hospitalaria, donación de sangre, entrega de fármacos, resultados de laboratorio.

La tercera puerta se ubica a la derecha, funciona como acceso vehicular y peatonal. Ingresan con su automóvil, trabajadores de las áreas de mantenimiento, servicios auxiliares y otras administrativas. Asimismo, TDS con licencia para el desempeño de funciones en la sección sindical. Además de los médicos residentes a quienes el hospital les reserva algunos cajones de estacionamiento. También se permite el acceso temporal de proveedores y visitantes que acuden al sindicato para realizar alguna diligencia como ofrecer productos o promociones en beneficio de la base trabajadora; asistencia de representantes del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud o de otras secciones sindicales. El acceso es controlado, aunque no es extraño ver el ingreso de los familiares de los TDS, principalmente hijos/as que estudian el nivel básico (primaria, secundaria y medio superior). Esta dinámica hace del HEGO un punto de encuentro, debido a la diferencia de horarios laboral y educativo.

De acuerdo al marco legal el HEGO como entidad del Estado es zona federal, por ende, el acceso debe ser controlado. La norma marca que sólo puede ingresar el personal debidamente identificado. Sin embargo, es del conocimiento de las instancias directivas estas dinámicas que no son fáciles de manejar. La salida más conveniente es no conceder demasiada atención a la observancia de la norma, de modo que no resuelve el problema, más bien, normaliza la práctica por apropiación de la misma. Así, lo normal es el ingreso de personal no autorizado, los familiares de los TDS. Entonces, ya no es motivo de sanción, ahora lo cuestionable es cuando alguno de los oficiales de la empresa de vigilancia impide o limita el acceso. La ejecución correcta de la función detona el conflicto porque el margen de observancia se recorrió. El menos favorecido fue el trabajador que cumplía sus funciones. Al final, TDS, autoridades y sindicato participan en una danza sutil, de acuerdos tácitos y límites difusos. Ahora, la empresa que se comprometió a brindar el servicio para cubrir las necesidades de seguridad, deberá ajustar su actuación para evitar problemas. Douglas (1996) señaló certeramente este problema, ser parte de la institución no da identidad. El asunto no compete sólo a quien transgrede la norma, se extiende a quienes lo permiten por no ejercer su función. No hablamos de la llana aplicación del marco normativo, porque se trata de un problema de la realidad social.

La ruta es recurrir al recurso de la interpretación para asegurar el cumplimiento de la disposición hecha para la regulación de la conducta (Kelsen, 1992). Al no hacerlo cada uno de los involucrados se deslinda de la necesaria responsabilidad colectiva para asegurar el correcto funcionamiento de la institución.

La entrada a urgencias se localiza en la calle Privada Díaz Mirón, señalizada con un letrero discreto que se ilumina por las noches, pero el follaje de los árboles la hace casi imperceptible. En el día pasa desapercibido, pacientes y familiares siempre se ven en la necesidad de preguntar dónde se ubica urgencias. Además, el acceso al área es la misma que la entrada vehicular. Los TDS de nivel jerárquico directivo y algunas asistentes administrativas, tienen cajón de estacionamiento asignado. Al tratarse de un espacio pequeño, los TDS sin lugar asignado, tienen que esperar la salida del turno anterior y paulatinamente ingresar. Situación que genera tensiones de manera constante por prácticas desleales en las que participan los trabajadores de vigilancia. El propósito es asegurar un cajón de estacionamiento. Las ambulancias del HEGO son estacionadas al fondo, en espera de realizar algún traslado, interconsulta o estudio en otra institución.

En la puerta de Urgencias se permite el acceso a las mujeres que expresan algún malestar o complicación para ser valoradas. Asimismo, aquellas con cita abierta, esto es, ya fueron valoradas en una primera consulta y reúnen criterios clínicos para ser atendidas en el HEGO, pero el cuadro no presenta datos de gravedad. Entonces, el médico da la indicación de acudir nuevamente a urgencias si presenta datos de alarma. Así, puede continuar su atención con acceso directo al servicio. Ahora, no significa que si vuelve una segunda vez será hospitalizada de inmediato, vuelve a ser valorada y nuevamente se decide el curso de su atención. La acción responde al diseño del funcionamiento de la AIN, lo primero que hace es garantizar la correcta función del sistema, lo segundo, es generar desacuerdos, tensiones, desconfianza entre TDS, pacientes y familiares porque no logran construir acuerdos o consensuar acciones como mandaría el modelo de atención, amén del supuesto social que implica la participación del paciente.

Hersch Martínez & Salamanca González (2022) contribuyen al análisis de esos encuentros en la AIN, pues en muchos trabajos encontramos señalamientos graves

que lejos de lograr precisión en la definición del problema, sus planteamientos álgidos sólo muestran un velo a veces teórico otras ideológico que, impide o limita la reorientación del funcionamiento de las instituciones públicas de salud (Sesia, 2020; Castro & Erviti, 2015). Sucede por soslayar que TDS, pacientes y familiares se encuentran dentro de la estructura de la AIN, diseñada para que opere conforme al enfoque de riesgo. Directriz que aplica en todo el sistema de salud en el segundo y tercer nivel de atención rebasadas por la forma que adopta lo inmediato. En ese encuentro entendido como <<urgencia>> converge el cuidado individual-social como desarrollan los autores, pero también está la prerrogativa del sujeto para no hacerlo, o sea, no (auto)cuidarse por diversas razones. Cae en la omisión yendo contra sí mismo y recusando la opción de solicitar apoyo a los suyos. La decisión de no cuidarse es temporal por el curso del embarazo, las posibles complicaciones derivadas de decidir la interrupción, el sangrado, la amenaza de aborto, el parto pretérmino, o el término de la gestación, le ponen fin. Así, lo biológico hace inevitable la AIN y el encuentro entre TDS y MAE debe ser resolutivo. No consideran que la decisión de no cuidarse se delega a los TDS, recae en los oficiales de vigilancia, administrativos, enfermeras y/o médicos con diferencia en los grados de responsabilidad. Centrarse en la situación inmediata impide el análisis detallado de lo que se entiende por urgencia.

4.1.3 LAS DINÁMICAS SOCIALES EN TORNO AL HEGO

Los establecimientos públicos de salud, perteneciente a cualquiera de los tres niveles de atención, funcionan como centro de gravedad social, no pueden evitar formas de organización que, facilitan el PAS para unos y lo complica a otros²⁸. Apostados a las afueras del HEGO encontramos diversos “giros” comerciales que,

²⁸ En el profuso trabajo de Muriel (1990) sobre los hospitales, su cuidadoso tratamiento histórico nos permite entender la tensión vigente entre las necesidades humanas y la especialización de la atención, enfocada encontrar y aplicar soluciones eficientes, de manera que el imaginario guiado por el desarrollo del conocimiento científico, propicia un cisma social, las personas que acuden a las instituciones de salud son enfermos y toda la estructura funciona para resolver problemas biológicos. Enfoque compatible con la visión de un Estado moderno y administrador. Sin embargo, el largo recorrido de la historiadora, nos permite observar las arcanas dinámicas sociales mediante las cuales, los sujetos buscan formas y recursos para mantener la continuidad del curso de su vida. La idea de hospedar ofrecía una solución temporal para el afligido, cobijo, comida, cuidados. Las necesidades permanecen, pero las opciones para cubrirlas son extramuros. Sin embargo, algunas instituciones han retomado esas prácticas por medio de fundaciones o grupos de beneficencia que llevan a cabo al interior de estas (Suárez Rienda, & Lemus Alcántara, 2022).

hace uso de la vía pública, calle y acera, para ofrecer alimentos y productos de entretenimiento. Familiares y cuidadores pueden saciar el hambre; cubrir la gestión de trámites al obtener la impresión o copia de algún documento; así como distraerse al comprar una revista o un cigarro. La necesidad es una condición de vida que hace emerger lo humano y lo social, coloca a los sujetos en el mismo plano (Hersch Martínez & Salamanca González, 2022). Los puestos de tacos de birria, de guisado, el de los tamales o el vendedor de churros, hacen converger a trabajadores, familiares, incluso pacientes, movidos por la misma necesidad, comer, sea que consuman ahí o pidan “para llevar”. Lo que el sustrato biológico homogeniza, la cultura lo torna heterogéneo, en esa práctica subyace otra lógica menos evidente que marca diferencias en la forma de satisfacer esa “realidad fisiológica”. Todos comen, mas no lo hacen de la misma forma, la acción está atravesada por preferencias, la posición social, la educación, el refinamiento, el capital cultural (Bourdieu, 2010; Rossi, 2013) y, sin duda, la economía. En la periferia del HEGO hay una variedad de establecimientos que ofrece alimentos, fondas, cocinas económicas, antojerías, restaurantes, dependiendo del estatus del negocio es el precio. Ese marcador económico apunta directamente a la distinción de clases y nutre el imaginario. Mientras el familiar de la paciente sabe que es imposible entrar al restaurante y pedir una ensalada César con costo aproximado de 180 pesos. Atendiendo al mandato de comer saludable el médico especialista no duda en pagarla, pero sí piensa dos veces en pararse en el puesto de tacos, no por cuestión de higiene, sino de estatus. Esto mismo se reproduce entre los estudiantes de medicina, sobre todo de pregrado y de enfermería. No obstante, vencidos por el antojo, los que se resisten y evitan ser vistos ahí, se hacen presentes de forma indirecta, mandan a alguien a comprar por ellos. La posición se hace explícita por dos razones, la estructura le permite mandar a otro y la capacidad de pagar.

Los puestos ambulantes son para los familiares la opción para evitar que, el llamado gasto de bolsillo incremente. Este indicador económico sólo considera los pagos derivados de la atención, días de hospitalización, procedimientos realizados, estudios especiales, material de curación, medicamentos y otros, como parte del PAS, pero no son los únicos, tendría que sumarse los gastos de traslado del familiar,

en algunos casos de alojamiento y días sin laborar. Si se tomaran en cuenta, la gran mayoría, inevitablemente, pasaría del gasto de bolsillo al catastrófico, se por perder sus bienes materiales o acabar endeudados. Es el contexto de los familiares, tiene dos opciones “aguantarse el hambre” o comprar algo para “distraerla”. Muchos optan por lo segundo. En la entrada de urgencias por la mañana llega el triciclo con café y pan, los familiares lo compran, algunos piden café con leche, otros solo porque es cinco pesos más barato. Si les sorprende la tarde, la necesidad de algo salado es lo que guía el gusto, lo más barato es una botana, el señor que pasa con su cubeta metálica llena de cacahuates, habas y pepitas, o el triciclo de las papas son la opción.

Encontramos otro aspecto que coloca en el mismo plano social, a todos los sujetos que convergen en el HEGO, es el ingreso. A simple vista parece que sólo el acceso de pacientes y familiares está regulado, no es así. Minutos antes de las siete la puerta de ingreso de personal, se satura por el flujo de TDS. A la distancia se observa una dinámica caótica generada por el reloj checador. La avenida principal que luce despejada y tranquila adquiere vitalidad inusitada por la cantidad de personas que aparecen en la puerta de acceso del personal, de distinta forma. Unas llegan caminando, se les ve apresuradas, respirando de forma agitada. Sorprende ver la amplitud en la zancada de algunos, mientras otros dan pasos cortos, incluso alcanzan un trote ligero. Algunos llegan en auto, muy pocos de gama alta, hablamos de los que superan el medio millón de pesos, que da cuenta de aquella fusión entre capital cultural y nivel educativo tan bien planteada por Bourdieu (1998) y está tan presente en su imaginario arraigado en la clase social, pero el encanto del lujo y la distinción termina cuando descienden con rapidez y corren hacia la entrada. El conductor del auto de lujo, a veces abre la puerta sin advertir la proximidad de otro vehículo que le toca el claxon o hace un cambio de luces, por lo general, son incidentes menores, pero no pasa desapercibido porque genera tensión en ambos. El dinamismo de la escena sugeriría que la urgencia es porque la paciente está esperando en el quirófano, no es así, la premura es hacer el registro puntual que se traduce en premios y estímulos económicos por puntualidad y asistencia, más que el compromiso por iniciar su jornada. Una vez que registra su entrada, todo vuelve

a la calma, ya no hay razón para correr, encuentra el tiempo para estacionarse, sea en la pensión frente al HEGO, o bien, hacer una larga espera para acceder al estacionamiento del HEGO.

En el fondo no hay diferencia para los TDS que descienden de un taxi y aquellos que lo hacen del autobús de ruta pública, todos son movidos por la misma fuerza. Una vez que registraron su entrada “el tiempo desaparece”, hay oportunidad para salir por un café, unos churros o algo más. Sin embargo, para TDS de algunos servicios no hay opción de seguir esa rutina, por la organización y funcionamiento de su servicio. Registran su entrada antes de las siete de la mañana y los minutos extras los utilizan para preparar su área e iniciar la atención, incluso un poco antes del horario oficial. Todos son TDS, pero tienen prácticas mediante las cuales buscan distinguirse. No obstante, si las trayectorias académicas los distinguen al interior del HEGO, el reloj checador los homologa, excepto unos pocos que desempeñan puestos directivos y están exentos de esa tiranía, sólo mientras ocupen el cargo. Llegar puntual es una rutina pesada, raya en la monotonía, pero nadie escapa a ello porque todos responden al tiempo y Valencia (2018) nos ayuda a no caer en el yerro de hablar de tiempo social, las dinámicas que vemos son definidas socialmente. Los TDS se adscriben a los horarios establecidos y se cruza con las circunstancias particulares, para algunos TDS el HEGO es su única actividad laboral, eso cambia el ritmo de sus actividades, a diferencia de aquellos quienes laboral en otra institución. Conviene hacer una precisión de la mano de Durán Heras (2012), las presiones que puede experimentar el TDS no es exclusiva para quienes deben armonizar actividades laborales remuneradas, están las altas exigencias del trabajo definidas, acertadamente, por la autora como no remunerado con las dificultades que entraña. Ese conjunto de actividades desestimado por la percepción dominante del modelo económico-productivo, es fuente de tensiones, pues contrario a lo que se piensa, para quienes lo desarrollan no es posible aplazar tales actividades. Entonces, el inicio y término de la jornada laboral no está libre de conflictos al carecer de acuerdos sobre las prioridades para los TDS en relación con el trabajo, la institución y la familia.

La distinción, con su velo de elegancia y clase, el llano andar para llegar al HEGO, se acompañan de las cavilaciones en torno a las otras actividades, todo eso está presente y vivo antes de iniciar la jornada. Ahora, ya establecimos que el HEGO es zona federal, por ende, el acceso a las instalaciones está regulado, el marco aplica para todo aquél que pretenda ingresar, está obligado a observar las reglas, pero no todos los TDS lo aceptan, frecuentemente hay discusiones con el personal de vigilancia que pide mostrar las credenciales. En el caso de las enfermeras, para la gran mayoría no implica problema porque es parte de su disciplina de portar el uniforme. Es diferente con los médicos, la bata funciona como distintivo suficiente para acreditarse y acceder sin problema. El personal de vigilancia no lo ve así, su criterio es que todos deben portar y mostrar su credencial, cuando hacen un señalamiento directo: “su credencial”, el médico de base reclama su jerarquía o los años de antigüedad, ven al personal de vigilancia como ajenos al HEGO, porque saben que pertenecen a una compañía externa. El cumplimiento de la norma se torna ominoso.

Otro foco de tensión surge cuando los hijos de los trabajadores ingresan, si les impiden el paso o les indican que no volverán a dejarlos entrar, informan a su mamá quien sale de su servicio a confrontar directamente al vigilante. El TDS transgrede la norma al incidir en el acceso de menores de edad a instalaciones federales. El asunto escala e involucra al sindicato, cuya actuación sin conocer más del asunto, es el apoyo al trabajador. Al final, el personal de vigilancia acaba por consentir la inobservancia de la regla. Entonces, se marca una distancia entre el funcionamiento de las áreas y simulación en las funciones. Los TDS marcan límites territoriales claros. Los conflictos y dificultades se multiplican, pero ocurren bajo un paralelismo que difícilmente permite reconocer la problemática del otro. Saca a flote una lógica individualista, cada quién ocupándose de lo suyo. Entonces, no todo gira en torno a la atención de las pacientes, el HEGO funciona como punto de convergencia donde se albergan las más diversas situaciones.

A las MAE y sus familiares no les preocupa alcanzar un cajón de estacionamiento o que a su hijo le nieguen el paso. Su prioridad es cómo van a cubrir el gasto de los pasajes, porque algunas pagan más de 60 pesos por persona

para llegar al hospital, la misma cantidad de regreso a su domicilio. Aspecto que, las coloca en serios dilemas en torno a su PAS:

“[...] es que luego no se puede, aquí nos piden que estemos, pero si se necesita algo pues uno tiene que agarrar el transporte, y luego échele otro tanto para regresar. Ahora, uno no sabe lo que le va a costar el medicamento o lo que piden y luego ¿con qué me regreso a la casa, allá están mis otros niños y ¿qué? ¿Ahí los dejo por estar acá? [...]”.

Leonardo 45 años, familiar de paciente. Acceso a urgencias.

“[...] cuando me dijeron que no me la iban a dar de alta si no tramitaba la credencial con fotografía, yo nada más pensaba ‘quién me va a dar lo de los pasajes’. Sí, yo voy, pero luego ya que me la den de alta ¿cómo me la llevo? Si ya ni siquiera completo para mi pasaje. Digo, si uno viene acá, no es porque le sobre el dinero. ¿Y cómo me la voy a llevar? Son dos horas en el transporte y ella va recién aliviada”.

Susana 35 años, mamá de paciente adolescente. Entrada de pacientes.

Los familiares diseñan estrategias para cubrir los requisitos de presentarse como responsable de la paciente para ser hospitalizada y realizar las actividades asignadas. Cuando la red de apoyo es amplia, entre ellos deciden quién permanece más tiempo, asume el rol de informante clave para el resto de la familia. Es común encontrar contradicciones en sus funciones, por ejemplo, en el estudio realizado por Trabajo Social pueden salir problemas serios en el sistema familiar, no significa falta de interés, en otros casos sí por el abandono de paciente. El familiar asignado debe estar dispuesto a realizar diversas actividades, gestionar un estudio, pasar al informe médico ser cuestionado sobre el deterioro o descuido de la salud de su paciente, conocer la información para responder al estudio socioeconómico, conseguir donadores. Todo debe hacerse dentro de los horarios de atención y el primer desafío es coordinarlo. Aunque, la mayoría de actividades son en el HEGO cada área tiene sus criterios, ajustados a su rutina. Por ejemplo, la toma de muestras en el laboratorio inicia antes de las siete de la mañana, pero sólo se agenda cita de diez a doce, mientras que el médico programa su informe a las diez en un servicio, en otros a las once con treinta minutos, fuera de éste ya no se dan informes. La inasistencia complica mucho el PAS de las pacientes y pasa a ser una zona gris entre paciente/familiar y TDS/familiar. Para el médico la prioridad es poner al tanto al familiar del curso de la enfermedad del paciente, pero no logra conciliarlo con los tiempos sociales, como diría Valencia (2018), del familiar. Porque estar ahí, muchas

veces implica faltar al trabajo. Institucionalmente, el médico tiene libertad para actuar con cierto margen de libertad para destinar el tiempo pertinente a cada caso. Su decisión se traduce en ocupar mayor o menor tiempo con cada uno de los familiares, por ende, posibles alteraciones en los tiempos del familiar. Cuando concluye el informe médico, debe decidir entre volver a su domicilio para atender sus asuntos particulares o permanecer ahí, por la distancia y el tráfico que complica las actividades en torno al PAS de su paciente. La opción más viable es permanecer el mayor tiempo posible cerca del HEGO, incluso sacrificando su actividad laboral. Encontramos también el otro extremo, quienes deciden retirarse y mantenerse ajenos a las actividades complementarias del PAS, sin dudarlo.

El panorama cambia para quienes llegan por la tarde o noche, regresar no es opción, a veces por la hora las pacientes llegan con dos familiares, uno pasa y el otro espera afuera. En las mañanas es muy común verlos acostados sobre cartones en la acera pública. En tiempos de frío se ven los cuerpos cubiertos de cobijas, en tiempo de lluvias, resguardados en casas de campaña improvisadas con plásticos y cartones. Estas prácticas tienen raigambre histórico-social, Dubós (2018) identifica la diversidad de aspectos mediadores en el proceso salud-enfermedad, el entendimiento humano reconoce unos elementos propios de la naturaleza y atribuye otros a un origen divino. Sea uno u otro, invariablemente el enfermo y su acompañante tenían algo por hacer, no podían permanecer pasivos. En cierto punto compartían la disposición de sacrificar algo; como ya señalamos, tiempo, trabajo, asuntos personales, alimentación, todo sea por sanar. Por otro lado, moverse y permanecer en el sitio de sanación. Dormandy (2003) documenta la forzosa migración motivada por las prácticas curativas. Retrata el tiempo arcano donde observamos el arraigo del imaginario, “la curación” sólo ocurrían en los templos edificadas en honor a Esculapio. Tenían un sentido público, no eran exclusivos para los locales, funcionaban como centros de curación. Enfermos y acompañantes se veían obligados a estancias prolongadas en el lugar de sanación. La <<espera>> de la acción curativa era parte del proceso, en esa época atribuida a la voluntad de la deidad. La expresión del pensamiento mágico-religioso mantenía viva la creencia que el poder sanador sólo operaba durante la noche. Así, el enfermo tenía que estar

en el sitio para ser sanado. A pesar del tiempo transcurrido, la necesidad de creer se mantiene. Flinker (2000: 72) expone como pacientes y familiares ahora ponen su fe, sus esperanzas en el poder sanador de la biomedicina.

La práctica milenaria se mantiene con modificaciones derivadas de los cambios político-sociales y científicos. Hernández (2009) expone cómo los pobres, la arcana clase social integrada en sus inicios por población indígena en los tiempos de la colonia, pernoctaban en el suelo. El familiar encarnaba la necesidad de la atención, del cuidado, siempre ratificando su disposición a sacrificar algo en beneficio de su paciente. La práctica antiquísima continúa en las modernas instituciones, dentro de un marco diferente, a toda costa se aleja de la caridad y la asistencia, términos inaceptables para el sistema democrático de nuestra sociedad. Entonces, hablamos de sujetos de derecho, lo ejercen cuando acuden a un hospital público, pero eso no exime a los familiares de la obligación de dormir sobre cartones a la espera de noticias (Hernández, 2007). La gente no espera un milagro en el sentido de la tradición religiosa, no obstante, sí esperan los resultados del conocimiento biomédico. Retomando a Flinker (2000) nuestra afirmación no va en contra de la dependencia del sujeto sobre las estructuras simbólicas que le permiten transitar por situaciones difíciles. Kierans (2020) también registra esa apropiación de los principios biomédicos y los actos simbólicos de pacientes y familiares en el PAS en una institución pública. El familiar espera del médico las noticias de la condición de su paciente, con la certeza de la evidencia, pero no deja de pedir de acuerdo a la orientación de su sistema de creencias.

El apoyo de los cercanos es otra dinámica que los familiares buscan para tratar de reducir los impactos negativos que puede causar la atención en el HEGO. Algunas MAE reciben apoyo de su vecino o conocido quien ofrece su auto para llevarlas al hospital, generalmente, es la gestión del familiar. Así, se anticipan al problema de la hora del traslado, pero deben considerar el gasto de la gasolina y si su conocido se compromete a esperarlas, tienen que pagar la cuota de los “franeleros”, quienes se han adueñado de las calles aledañas del HEGO. De forma arbitraria e intimidante exigen entre veinticinco y cuarenta pesos para “darles” un lugar cerca de la puerta. Funciona porque si el familiar deja su auto más lejos no

escucha cuando lo llamen. Es más conveniente estar cerca, así tienen dónde sentarse, resguardarse del frío, del calor o la lluvia. El abuso sucede con conocimiento de los elementos de la Secretaría de Seguridad Pública, quienes están concentrados a menos de cincuenta metros en un módulo de vigilancia. Pregunté a uno de los franeleros por qué pedían tanto dinero, me dijo que no era cosa de ellos, le tenían que dar al de la grúa y a los de la patrulla. Los TDS no escapan a esa dinámica. Los dos estacionamientos del HEGO son insuficientes y buscan un lugar “seguro” en la vía pública. En consecuencia, quedan en el radio de acción de los franeleros y cada semana pagan entre 100 y 125 pesos por dejar su auto en <<la calle>>. Es motivo de tensiones pues varios se han confrontado con ellos y han sufrido daños en su auto. Todo esto es parte de una dinámica social que queda en la periferia de la AIN.

4.2 ITINERARIO DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL

La AIN no inicia en el consultorio médico, sino en la puerta de acceso para las urgencias. Tiene temporalidad y disposición espacial. Ese encuentro es el punto de origen del contacto entre las MAE y el sistema de salud. Las interrelaciones que sostienen desde su llegada, son parte de la construcción narrativa en torno a la experiencia del PAS. Por supuesto, se distinguen por los niveles de apropiación de la realidad social. El HEGO, *per se*, representa distintas cosas para los sujetos en el nivel meso y micro. En el primero, el Estado tiene la certeza de que se trata de un establecimiento público con la función específica de atender partos. La mirada se torna fina en el caso de las MAE, de acuerdo con el Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia tipifica como urgencia médica (COMEGO, 2008). El discurso basado en la evidencia, queda lejos de la experiencia de las MAE, para ellas el HEGO es una opción más, pues encuentra similitud con la lógica de otras instituciones. Sea porque ya acudió a otras, o lo sabe por referencia de alguien cercano. Durante el trabajo de campo encontramos que seis de cada diez pacientes habían acudido al menos a otro hospital donde no recibieron atención o sintieron que no las atendieron de forma adecuada.

El problema de fondo es complejo porque en la concreción de la AIN participan trabajadores de distintas áreas y no están, necesariamente, coordinadas para prestar el servicio. En el siguiente esquema mostramos quiénes participan en la concreción del PAS y el tipo de interrelaciones que sostienen:

Interrelaciones en el CCL

| Sujetos Involucrados en la Concreción de la Atención Institucional | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------|------------|--|---------------|
| Mujer Adolescente Embarazada (MAE) | Auxiliar Administrativo (Aux) | Neonatólogo (NE) | | | |
| Enfermera de piso (Epi) | Médico residente (MR1-4) | Pediatra (PE) | | | |
| Estudiante (EE) | Médico ginecoobstetra (GO) | Trabajadora social (TS) | | | |
| Enfermera de cubículo (Ecu) | Médico interno pregrado (MIP) | Trabajador limpieza (TL) | | | |
| Cobrador de caja (C) | Médico anesthesiólogo (AN) | Familiar | | | |
| Archivo Clínico (AC) | Residente anesthesiología (RAN) | Vigilante | | | |
| Contacto Ciudadano (CC) | Médico de pregrado (MP) | Camillero | | | |
| Tipos de interrelaciones en el Proceso de Atención a la Salud | | | | | |
| sujeto-sujeto | | | de trabajo | | Intermitentes |
| | | | → | | - - - → |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Esquema 2. Interrelaciones en la concreción del PAS. Etnografía del CCL. Elaboración propia.

En el cuadro observamos varios detalles, las únicas figuras externas al HEGO son las MAE y sus familiares; la AIN coloca a todos en la misma estructura; los TDS son un grupo heterogéneo tanto en funciones, como servicios de adscripción, nivel educativo y operativo. La categoría que los vincula es <<el trabajo>>, de ahí su importancia para el análisis, de otra forma tendríamos que seguir la praxis profesional o técnica de cada disciplina, alejándonos de la construcción del sistema relacional desde la cual planteamos el estudio. Esto anticipa las diferencias entre los TDS, si bien como categoría nos permite agruparlos, no impide ver las distancias entre el grupo. Por otro lado, el trabajo tiene un sentido operativo, establece condiciones que influyen y/o determinan el tipo de relación que se sostienen los sujetos durante la concreción del PAS.

En el cuadro también distinguimos tres tipos de interrelación. Recordemos que el modelo de atención parte de un supuesto humano, como expusimos en el capítulo uno. En este supuesto decantan principios ontológicos y el contacto directo con el otro, pero carece de detalle, o sea, es laxo en su definición. Aplica para todos los involucrados, por ejemplo, el interés de las MAE por tener contacto con el médico, no significa disposición para construir una relación cercana mediante la confianza,

reciprocidad, entendimiento, diálogo. Su posición está influida por propósitos específicos. Los TDS, por su parte, la relación que establecen con las MAE está modelada por el trabajo, stricto sensu, ellas no son el centro de su praxis, son un elemento más, la prioridad es cumplir con las exigencias laborales. Las MAE experimenta ese desplazamiento, pero el modelo oficial asume que el simple encuentro sujeto-sujeto en el CCL es naturalmente humano. Es un exceso afirmarlo por las dinámicas que dimanen del propio modelo de atención.

Las interrelaciones en el CCL se van ajustando no por iniciativa particular, TDS, MAE y familiares deben seguir el itinerario trazado por la AIN. El primer referente son los manuales de procedimientos, esos documentos clave dirigidos al logro de la sinergia en los procedimientos. Sin embargo, no consideran todos los espacios donde se concreta el PAS, privilegia los servicios clínicos para definir las actividades laborales con matices disciplinares. Así, aparece un sesgo, la administración sólo se ocupa de los aspectos que puede controlar, pero los responsables de elaborar los manuales son los propios TDS, significa que esos documentos reflejan en parte la interpretación que hacen del marco normativo y no logran anticiparse al hecho de que serán ellos mismos o sus compañeros, los responsables de tomar decisiones sobre los asuntos <<de otro>> e inexcusablemente tendrán algún tipo de impacto (Fassin, 2015). Por lo tanto, no se le puede conceder importancia marginal a las interrelaciones dentro de la estructura de la AIN. Por ejemplo, una crítica del vox populi es sobre el personal de vigilancia, se les señala por hacer valoraciones y diagnósticos porque en ellos recae la responsabilidad de permitir el acceso o no al servicio de urgencias, pero no consideran las dificultades que tienen para seguir los protocolos de seguridad. Además, no contar con el servicio de vigilancia es impensable ya que hay una iniciativa institucional sobre los códigos de seguridad que toda institución pública debería observar. Asimismo, de acuerdo al diseño burocrático-administrativo, ningún otro TDS está obligado a realizar esa función.

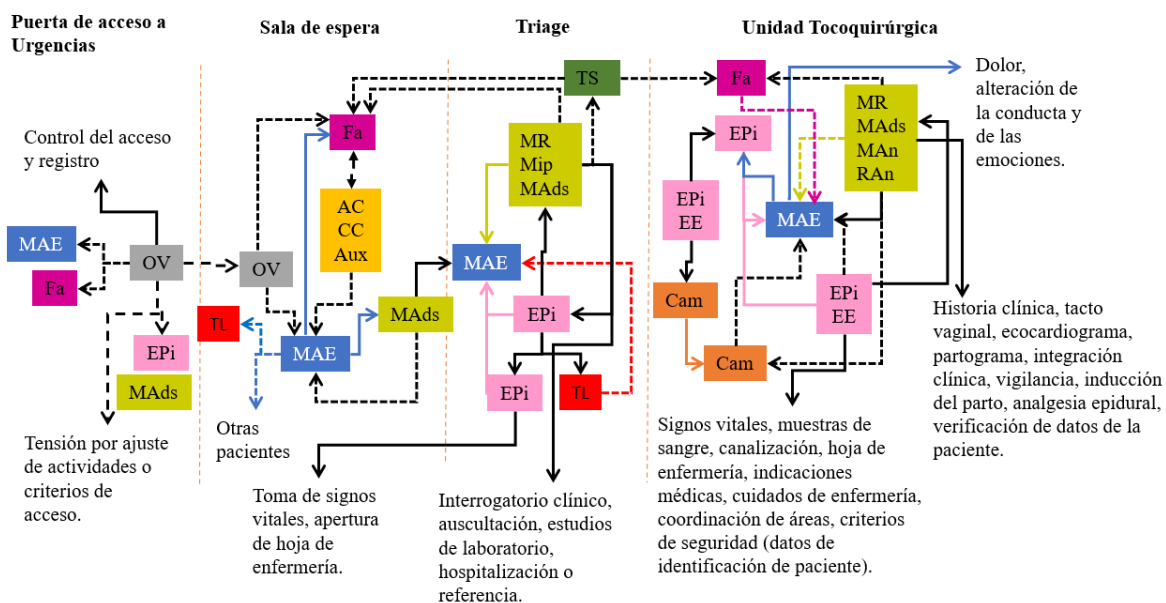
4.3 ¿DERECHO A LA SALUD? EL ACCESO Y LA ATENCIÓN EN URGENCIAS. “AL MENOS AQUÍ SÍ ME ACEPTARON, YA NO TENÍAMOS QUE BUSCAR OTRO”.

La AIN, a diferencia de otras formas socioculturales encaminadas al mismo fin, le distingue la regulación mediante límites específicos, en el encuentro en el CCL se entretajan criterios jurídicos, normas administrativas y criterios clínicos, pero en el PAS dominan los últimos. Entonces, si las pacientes no reúnen los criterios clínicos para recibir atención en el HEGO, el médico les indica buscar atención en su centro de salud o en algún otro hospital. A veces, le orienta sobre la enfermedad, otras, sólo queda en recomendación, una sugerencia dónde solicitar la atención. No la envía mediante hoja de referencia. Los TDS están obligados a observar los procedimientos, el problema es que la estandarización propuesta mediante el Acuerdo 79, publicado desde 1988 en el Diario Oficial de la Federación²⁹ se emitió al margen de la realidad que priva en las instituciones de salud. Los formatos oficiales en los distintos manuales disponibles internet rayan en la obsolescencia, de acuerdo a la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos, marcaba tres años, pero el plazo se amplió a cinco años. En cualquiera de los dos casos incumple el criterio. Volviendo al procedimiento el formato propuesto es específico, pero eso conlleva a destinar recursos a una mujer que al final no será atendida ahí. De llevarse a cabo, ciertamente cumplen con la observancia de la norma, asimismo provoca la pérdida de recursos para la institución.

Lo anterior nos permite sustentar cómo la organización y funcionamiento de la AIN pauta las interrelaciones, no es un asunto binario médico/paciente. La visión administrativa privilegia los principios políticos, como garantizar el acceso a los servicios de salud, pero las MAE y sus familiares encarnan las dificultades de esa garantía. El siguiente esquema representa los espacios de interrelación no considerados por los manuales de procedimientos que influyen en la concreción.

²⁹ACUERDO número 79 relativo a la aplicación, instrumentación y actualización del manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y envío de muestras y especímenes. SECRETARÍA DE SALUD, DOF, 22 de septiembre 1988. Disponible en versión HTML en internet: <http://sidof.segob.gob.mx/notas/4771726>

Concreción del PAS en el HEGO



Esquema 3. Concreción del tramo inicial del itinerario de la AIN. Elaboración propia.

La AIN encierra dinámicas complejas, la praxis médica se alinea al enfoque de riesgo epidemiológico, no busca brindar atención a todos, es selectiva y dirigida a quienes reúnen el perfil (Organización Panamericana de la Salud, 1999). En ese tenor, el error sería atender y hospitalizar a todas las mujeres que acuden al HEGO, pero esa organización y funcionamiento no depende sólo de la evidencia biomédica, la política de riesgo en la administración marca la directriz desde la lógica electiva (Sánchez Sandoval, 2005). El Estado reconoce, tácitamente, la imposibilidad de brindar atención a toda la población. Entonces, el sistema de salud se enfocará en el sector afectado por los factores de riesgo. La visión es correcta, pero bastante cuestionable porque los riesgos que afectan la salud de la población se encuentran en las dimensiones económica, social, laboral. Elster (1992) desarrolla este tema álgido, polarizado, fino, controvertido, de difícil resolución por el desencanto provocado por las decisiones del Estado. Su rectoría le hace depositario de múltiples responsabilidades y es imposible que por sí solo genere las condiciones de igualdad para todos. A juicio del sociólogo hay otros elementos presentes, como el mercado, asimismo la participación social, la cual no siempre tiene una misma

agenda y como cualquier institución, diversifica sus intereses hasta hacerlos muy puntuales. Sin embargo, no por ello el asunto se torna más nítido y satisfactorio.

El Estado reconoce, teóricamente, las finezas del problema señalado, pero entra en tensión por las decisiones político-administrativas. El trabajo de campo me permitió observar que ciertamente se preguntan aspectos sociodemográficos como parte de un protocolo, pero no logra articularse con la valoración médica, ésta se centra en lo biológico. Desde las ciencias sociales se ha cuestionado amplia y severamente ese aspecto, el argumento iterativo es tildar la práctica médica de reduccionista, pero el ariete de la AIN es la praxis médica de capacidad resolutive que se extiende a diversos ámbitos sociales (Sánchez González, 2012). El asunto no es menor, porque el logro exige buena cantidad de conocimiento teórico, acompañado del dominio y refinamiento de ejecuciones técnicas. Es su marco de acción, por lo tanto, ocuparse de temas sociales calificaría de desatino. La esencia de su hacer es proveer la evidencia de aquello que escapa al ojo común (Vegetti, 1981), incluso al de la propia paciente, de ello depende la solución del problema. El compromiso primario de los médicos es aplicar su racionalidad científica del orden natural, cuando no encuentra nada para hacer evidente, o sea, si el problema queda fuera de lo biológico, su lógica le indica que no tiene sentido continuar buscando.

La contradicción es intrínseca al modelo, por lo tanto, no es privativa de la praxis médica, porque administrativa y económicamente no se justifica proveer de recursos a las instituciones públicas de salud para atender esos factores sociales que inciden en el estado de salud de las pacientes. A menos que se trate de programas específicos y temporales. Es el origen de muchos desajustes porque la estructura de la AIN establece filtros. Las MAE llegan al HEGO con la clara expectativa de escuchar al especialista, pero ignoran que la AIN no inicia en el consultorio con la valoración médica, sino en la puerta de acceso a urgencias. Asimismo, la idea equívoca es que el médico manda, cuando ambos se van a encontrar e interactuar en la estructura previamente diseñada.

Eran cerca de las doce del día, el sol caía a plomo, la sombra de las copas de los árboles refrescaba, pero el calor se sentía con intensidad, los familiares de las pacientes que esperaban su consulta o bien estaban en observación en el servicio

de Urgencias, lo soportaban del otro lado de la reja en esa eterna espera. A la distancia se puede observar la pléyade de comportamientos, angustia, desesperación, hartazgo, cansancio, tranquilidad, sociabilidad, incluso indiferencia e irritabilidad. Ver a las mujeres llegar en calidad de pacientes se vuelve algo normal. No genera sorpresa y si sucede tiene rápida extinción. Quizá es el gran mal de nuestro tiempo, la constante exposición al dolor y sufrimiento no nos hace más sensibles, más humanos, sino que nos inculca para protegernos de la misma situación tan penetrante en nuestra realidad social. Es fácil descentrar estos eventos y encapsularlos como fenómenos sociales y humanos, pero ¿acaso será algo más cercano a lo cual preferimos evadir? Levinas (2001) aporta sólidos argumentos para descifrar las distancias que hemos construido. No logramos aprehender al otro por sus atributos, nos parecen efímeros, se diluyen en lo multitudinario, “una más que llega”, “una más que busca atención”. Laura camina despacio, un paso atrás de un hombre de baja estatura, al llegar a la puerta de la entrada vehicular, coloca su cara entre los gruesos barrotes tratando de hacer contacto con el vigilante. Habla con tono bajo, el oficial le dice que no le entiende. Entonces, responde con tono más claro: *-Traigo a mi hija, ya va a tener a su bebé.* El oficial desvía la mirada, ve a la joven mujer cómo se apoya en su cintura y lanza el abultado vientre hacia el frente, su rostro luce pálido y expresa súbitamente un rictus de dolor. Entonces, se aproxima a él para preguntarle: *- ¿Cuál es su parentesco con la paciente? ¿No viene la mamá? -No, vengo yo solo con ella, soy su papá.* Los registra en una lista improvisada, hojas de rehúso cortadas de forma irregular y sujetas a una tabla con una pinza metálica.

El primer contacto que tienen pacientes y familiares en la AIN es con el personal de vigilancia. Eran elementos de la Policía Bancaria e Industrial (PBI), organización dependiente de la Secretaría de Seguridad Ciudadana. Es un servicio subrogado contratado por licitación o compra directa. De acuerdo a la página oficial del Gobierno de la Ciudad de México³⁰, esta corporación se distingue por su especialización en brindar seguridad intramuros, su personal cuenta con licencia para la portación de armas de fuego. La PBI ofrece un estudio de las instalaciones para determinar las necesidades de la empresa o institución en materia de

³⁰ http://www.ssp.df.gob.mx/policia_bancaria_industrial.html

seguridad, de manera que tienen sus propios protocolos para brindar el servicio. La información sobre la PBI es pública, más los servicios clínicos no la toman en cuenta, cada uno privilegia sus propios objetivos.

Dentro de la estructura de la AIN, el HEGO tiene un área designada para coordinar el servicio, pero lo hace al margen de los servicios clínicos. Ahí surge un punto de tensión, los criterios de seguridad chocan con los que clasifican las urgencias médicas. La prioridad para los oficiales es controlar quién accede a las instalaciones. Eso me dio ocasión para preguntar al supervisor de vigilancia ¿cuál era el protocolo para permitir el acceso a las pacientes? De inmediato respondió:

“Aquí no tenemos protocolos, no rechazamos a nadie, se les da el paso. Allá adentro que las rechacen. Lo único que hacemos aquí es anotarlas. ¡Aquí no se rechaza a nadie, allá [consultorio del Triage] que se hagan bolas, nosotros no rechazamos a nadie!”.

Repitió la respuesta en voz alta para que los elementos asignados a la puerta, hombres y mujeres la escucharan: *¡Aquí no se rechaza a nadie, a ninguna paciente, sólo las registramos y les damos el acceso!* En seguida los elementos de seguridad volvieron la mirada hacia mí, como si yo hubiera sido quien habló. Segundos después continuaron con sus actividades. Ese contacto con la AIN genera una percepción en las MAE y su familiar, con base en esta construyen criterios que tomarán como referencia para decidir. El objetivo se mantiene, la atención del parto, pero coinciden en que los hospitales públicos no lo son tanto, muchas veces ni siquiera tienen oportunidad de hablar con algún TDS.

La primera respuesta que reciben viene del personal de seguridad, mas el modelo de atención no lo considera, se centra en la relación entre el paciente y el personal de salud (Secretaría de Salud, 2015). La noción de AIN y CCL me permitía ir descifrando cómo se construyen las distancias entre lo normativo y la realidad social. Además, el sistema de interrelaciones se hizo más claro después de trazar la trayectoria de la AIN. En el diseño de la AIN se justifica la presencia de cada TDS en las distintas áreas, pero se ve rebasado por las lógicas resultantes de las interrelaciones. Los TDS establecen prioridades, grosso modo, sobre su función. Lo cual no significa coordinación con los otros servicios. Las MAE se integran a esa

dinámica, si bien la desconocen, sí tienen idea de su funcionamiento a partir de la vivencia de su trayectoria de atención:

“[...] Llegamos primero al de las Américas, si nos recibieron en Urgencias y todo, pero salieron con que no había especialista, yo luego, luego pensé, no aquí yo no me voy a atender, no sé qué le vaya a pasar a mi bebé. A mí me dolía mucho, yo no sabía que eran las contracciones, pero una señora que me vio cómo me ponía, porque me paraba, me sentaba, me agachaba, le dijo que mi papá de otro hospital y me llevó [...]”.

Laura 15 años.

“[...] yo ya tenía miedo, porque dije ‘¿y sí aquí me salen con que tampoco?’ pero no, mi mamá le dijo al policía de la puerta ‘traigo a mi hija, es que ya va a tener a su bebé’ y nos dejaron pasar luego, luego, sí se tardaron un poquito en pasarme, pero cuando me hicieron el tacto que me dolió, sentí mucho alivio cuando oí que una doctora dijo a la enfermera que me preparara para... no me acuerdo del nombre que dijo, pero era para que ya tuviera a mi bebé y dije qué bueno, yo creí que no me iban a atender”.

Mary 17 años.

El PAS nos permitió analizar la premisa de la centralidad del paciente en el modelo de atención. El acceso para las pacientes es prácticamente inmediato, pero cambia con los familiares, la razón es la seguridad. Sin embargo, no se entiende así. En el tiempo de observación en el área de acceso al servicio de Urgencias, un hombre solicitó acceso porque su esposa estaba internada. Llevaba puesta una gorra color rojo con visera, al mismo tiempo que la oficial le abría la reja, le indicó que debía quitársela. El hombre asintió ligeramente con la cabeza y simuló hacerlo, pero otro oficial se percató que era una pantomima, lo siguió con la mirada y a la distancia con tono firme repitió la indicación “*¡No puede entrar usando gorra, se la tiene que quitar!*”. El hombre se giró y vio que el oficial lo seguía con la mirada. Entonces, se quitó la gorra y la llevó en la mano. Al ver que no hace el intento de ponérsela, el oficial menea la cabeza desaprobando la conducta del familiar. Los familiares no consideran que esas tensiones, innecesarias, influyen negativamente en las relaciones que construyen con la institución, los trabajadores, e incita a los oficiales a mantener posición defensiva porque su función no es dar atención, sino, cuidar el acceso, la evasión de las reglas los alerta. Es una dinámica ajena al personal del servicio de urgencias porque no mantiene contacto con los vigilantes. Como TDS tienen claro que esa área no les corresponde, excepto cuando surgen conflictos. Leticia, licenciada en enfermería adscrita al servicio de urgencias comentó:

“[...] nos dimos cuenta que los de vigilancia se ponía a diagnosticar a las pacientes y decidían si se les atendía o no. [...] nos llamó la atención que la consulta era muy baja, digo puede pasar un día, dos, si quieres tres, pero ya más, no. Y es que las pacientes ni siquiera llegaban aquí, eso nos extrañó y cuando investigamos, era porque les negaban el paso [...]”.

La etnografía genera la evidencia de los contrastes, no son eventos aislados, errores, desviaciones o anomalías como son tratados desde los modelos de calidad. Es parte de la cotidianidad porque no todos los TDS que laboran en el HEGO pertenecen a la Secretaría de Salud. Es el caso de los que son contratados por las empresas que brindan servicios subrogados. Administrativamente todos responden al mismo modelo, en realidad los objetivos se diversifican, porque los trabajadores pertenecen a instancias diferentes y tanto los servicios clínicos, como las disciplinas, establecen sus prioridades. Esto anticipa una dinámica compleja, pues dentro de un mismo sistema cada uno de los elementos tiene que generar evidencia de su intervención en el PAS. Sean empelados directos de la Secretaría de Salud o no, los adscritos al HEGO deben mostrar el trabajo que realizan, por ende, están obligados a satisfacer criterios de productividad. Por eso observamos en el esquema 2, las interrelaciones laborales, las cuales responden a la ejecución de actividades, ejecución de procedimientos, y se convierten en objetos de trabajo, hojas de registro, reportes.

La dinámica es iterativa, pero no aporta nueva información a los involucrados en el PAS. En el caso de los vigilantes, el puesto que ocupan no les pide creatividad o ser propositivos, sino acatar indicaciones. Así, el trabajo se convierte en rutina. Dos mujeres descendieron de un taxi, mientras la mayor se aproxima a la puerta, un hombre ayuda a una mujer más joven que se mueve con dificultades para descender del taxi. Mientras el oficial hacía el registro, la joven pareja tiene una despedida emotiva, ambos lloran y la mujer seca las lágrimas de él; claramente se ve su resistencia a separarse. Finalmente, ambos se aproximan a la puerta entreabierto para darle paso a ella y ahí se nota la diferencia de edad. Ella es Mary, tiene 16 años de edad, comparte características socioeconómicas con Laura, pero

se diferencia en otras, por ejemplo, su pareja está con ella igual que su mamá, quien está dispuesta a apoyarla.

Ambas mujeres recorren el camino hacia la sala de espera, ya han avanzado unos metros. A la distancia veo cómo Mary pasa a la sala, mientras su mamá se queda fuera. La razón es que el trabajador de limpieza, un hombre muy joven, indicó a los familiares que la desalojaran para realizar la limpieza. Eso explicaba por qué estaban concentrados en la puerta y los pasillos, algo inusual ya que ninguna persona ajena al HEGO tienen permitido deambular fuera de la sala de espera. La saturación de los reducidos espacios físicos es porque en la AIN siempre se pide que la paciente llegue acompañada. Otro oficial indica, constantemente, que sólo las pacientes tienen acceso al ala izquierda, cerca de los consultorios, los familiares deben ubicarse a la derecha. En mi caso, no tengo problema para ir de un ala a la otra debido a la bata blanca que porto y me facilitaba seguir a las MAE en su PAS. Aunque tenía el consentimiento del jefe de urgencias, no ingresaba junto con las MAE al consultorio porque eso incomodaba a los residentes y a algunas enfermeras. Así que rodeaba usando el pasillo exclusivo para el personal.

Las mujeres que llegan a la sala de espera desconocen cómo funciona el servicio de urgencias. Caminan, de manera casi intuitiva, dejándose llevar por los pasillos que marca la disposición de las bancas. Aunque la sala de espera tiene varios cubículos pequeños destinados a los servicios de: Contacto Ciudadano, Archivo Clínico, Caja y Trabajo Social; el propósito es organizar la atención. Entre las acciones primarias está orientar a pacientes y familiares, pero los TDS adscritos a esos servicios difícilmente les preguntan algo a las pacientes que llegan, tampoco están atentos a lo que sucede delante de sí, unos se concentran en el monitor de la computadora, en la pantalla de su celular o bien conversan con otro compañero.

Las distancias van *in crescendo*, si uno presta atención la intencionalidad es parte de la AIN, los TDS tienen conocimiento general acerca de quiénes están del otro lado del cristal de su cubículo. Asimismo, que al ingresar la primera acción no es la consulta sino la espera (Auyero, 2012) la cual se reviste de impersonalidad. Los TDS de esa área no consideran que la AIN ya inició en la puerta de acceso y que las MAE ahora están dentro de un itinerario. Choca con el diseño administrativo

porque esas áreas con <<personal calificado>> están para prestar un servicio. No obstante, los TDS encuentran la forma de acotarlo dada la territorialidad laboral que priva entre las áreas, por ejemplo, el médico solicita la presencia de un familiar, el trabajador de Contacto Ciudadano brinda información concreta:

“Familiar de Laura Martínez [el papá se acerca al mostrador], Señor, tiene que ir a la Unidad Tocoquirúrgica (UTQ) para hablar con el doctor. Salga y dele la vuelta por dentro, por la puerta café que está aquí atrás y siga el pasillo, no puede pasar con cosas. Es todo conmigo”.

Trabajadora del servicio de Contacto Ciudadano.

La trabajadora asume que el familiar recibió la información suficiente para hacer lo que se le indica y los familiares tampoco preguntan más. Por supuesto, la frase de cierre “es todo conmigo”, deja poco margen para pedir alguna orientación extra. El familiar debe seguir las indicaciones. Entonces, tiene que resolver dónde dejar sus pertenencias, ropa o documentos. La única opción que tiene es apoyarse en *el extraño*, no tiene idea de cuánto se va a demorar y si al regresar la otra persona seguirá ahí, pero jerarquiza el nivel de acciones, lo primero es oír al médico, saber cómo se encuentra su paciente. Eso no evita sentir tensión por los objetos que deja. Una regla tácita es que el trabajador no se involucre, o sea, no se ofrezca a cuidar los objetos y pertenencias del familiar. En un instante la situación se torna tensa, ahí están otros, pero cada uno centrado en lo propio. Todo sucede al margen del supuesto administrativo que afirma un interés compartido por familiares, TDS, por el bienestar del paciente. La praxis humana desvela lo contrario.

Los TDS no relacionan *su hacer* con las pacientes, su actividad puede ser muy concreta como dar informes o pedir datos. Su participación en el PAS se reduce a cubrir una rutina, porque su actividad se torna mecánica. El asunto aumenta en complejidad de acuerdo al código asignado por la estructura de la AIN, pues hay actividades que cualquiera puede realizar, pero no funciona así. Ahora, todos los TDS, sin excepción, están expuestos a lo rutinario, corren el riesgo de quedar atrapados en la lógica de atender únicamente el tramo que les corresponde. El asunto no es burocrático, en la acepción negativa del término, es estratégico porque evitan invadir otra área, la clínica, por ejemplo. Sin embargo, administrativamente

esas áreas están justificadas para que el hospital ofrezca servicios de urgencia de calidad y seguros. Esto tendría que constituir un beneficio para las pacientes, en la inteligencia de que todos los servicios concentrados en el área de Urgencias, ajustaron sus procedimientos atendiendo a los indicadores técnico-administrativos de la continuidad y calidad de la atención.

Acceso, continuidad, calidad, eficiencia, no son opciones ni sugerencias para las áreas, pero de pronto, la trabajadora de la caja apaga la luz y sale de su cubículo. Sabe que llegan pacientes constantemente. A Mary le tocó ese momento, cuando el pasillo la llevó a toparse con pared, literalmente, no había más camino por seguir. No encuentra quién la informe y ella no atina qué hacer. Al verla en un área pequeña, rodeada de otras personas, mirando hacia un lado y otro, como si no hubiera nadie, me hizo recordar el trabajo de Augé (2000), los lugares públicos pueden ser multitudinarios y a la vez solitarios. Todas las que están ahí comparten la misma necesidad, la de la atención, pero es insuficiente para aproximar una a la otra. Le toma minutos preguntar a otras pacientes cómo atienden. La respuesta no es inmediata, después de unos instantes, alguien rompe el bullicio y le dice que toque. Cuando se dispone a hacerlo, encuentra un letrero en el que puede leerse: "Toque una vez y espere". Sin otra alternativa, maniqueamente sigue la indicación y permanece de pie, esperando. Pasan varios minutos, la puerta del consultorio se abre, aparece una médica residente de tercer año (MR3), quien llama a una paciente. Antes que Mary pudiera decir algo, otra mujer que ya esperaba, aprovechó la breve aparición para preguntar si puede atenderla. La MR3 le responde con otra pregunta: *¿Trae algo ginecológico?* La señora permanece en silencio, mueve los ojos de un lado a otro, es como si la respuesta o al menos una pista estuviera escrita en alguna parte. La MR3 trata de ser más explícita lanzando preguntas cortas: *¿trae sangrado, dolor, salida de líquido por la vagina...?* Enseguida la señora responde que sí y antes de decir algo más específico, la MR3, en automático, saca una ficha del bolsillo de su filipina, se la entrega y le indica que debe pagar y esperar a que le llamen. Mary permanece a la distancia, presta atención, maquinalmente lleva su mano a una bolsita que le atraviesa el cuerpo. Entiende que la atención pública tiene

costo. La operación para llamar a las pacientes a consulta y “descartar” los <<no casos>> es iterativa.

La MR3 abre para llamar a un familiar y entregarle la ropa de su paciente porque se queda hospitalizada. Otra mujer de entre 30 y 35 años se acerca con dificultad, en su rostro se dibujan expresiones evidentes de dolor, dice algo y antes de que pudiera continuar, la MR3 puntualiza: *“Aquí estamos puros especialistas ginecólogos, ¿trae algo ginecológico? Si no, va a tener que ir al Rubén Leñero, ahí es un hospital general y pueden atender su problema”*. En lo que da la información, entrega otras fichas y vuelve a cerrar la puerta detrás de sí. Esa acción tiene al menos dos sentidos, el de la frialdad e indiferencia y el de la pericia técnica, la cual es valorada en la AIN, pues con poca información se descartan los <<no casos>>. Es parte de ser eficiente. Aspecto de enorme importancia en un servicio de Urgencias, donde no pueden permitirse distraerse con los no casos, porque en cualquier momento puede aparecer un “código rojo”, “mater” u “oro”. Independientemente de la nomenclatura, eso sí es una urgencia médica. Sin embargo, la pregunta **¿trae algo ginecológico?** tiene sentido para la especialista, no para la paciente, porque asume que está en el lugar correcto para ser atendida, porque se trata de un hospital para mujeres.

Por otro lado, observamos cómo puede darse el encuentro médico-paciente en la AIN, no guarda relación con el abordaje de decenas de trabajos sociológicos y antropológicos. Siguiendo nuestra propuesta del CCL, los sujetos se posicionan, cada uno sabe su rol, su jerarquía, pero pierden de vista la estructura que pauta sus interrelaciones y les hace seguir distintas lógicas. La forma de preguntar para aceptar o descartar los casos, muestra las estrategias para manejar la demanda. Con esto queremos decir que no se trata de una pregunta clave, es como lanzar una red a un río, no hay certeza de lo que atrapará o si lo que saque tenga algún valor. La única validez que tiene es sólo por la percepción de quien la hace. En el fondo, ni la MR3 ni la paciente tenían elementos para saber si se trataba de un problema ginecológico. En el encuentro accidentado en el umbral de la puerta del consultorio, converge la expectativa de ser atendida y la de <<sacar el trabajo>>. Los MR no titubeaban en decir: *“Ya se volvió a llenar la sala otra vez”* o *“¿por qué hay tantas pacientes en la sala?”*. Muchos de ellos están de posguardia, el cansancio es

evidente, cuando aumenta la demanda de atención hay irritabilidad, en parte por el desgaste de la guardia y porque las exigencias no disminuyen. Además, el servicio de Urgencias no es uno de los preferidos dentro de la rotación y menos hacer las valoraciones en el Triage, por eso los MR de 3º y 4º lo evitan, aprovechando su posición en la residencia.

La AIN muchas veces termina en el umbral de la puerta del consultorio del Triage, sucedió con varias pacientes antes de Mary, Jenny y Laura. Aunque casi todas, abordaron a la especialista en una de sus apariciones y al no atinar si “llevaban algo ginecológico”, el PAS concluyó porque el hospital sólo atiende patologías de la especialidad. Y digo casi todas porque algunas pacientes ni siquiera se animan a preguntar, toman una decisión a la distancia, sólo por lo que escuchan que el especialista dice a otras pacientes, pero las que reciben la ficha de pago saben que su PAS continúa. Ahora, eso no garantiza ser atendidas en el HEGO, la ficha que pagarán es para una consulta de revisión. Todas las pacientes que recibieron ficha, daban unos pasos hacia la caja, al asomarse y no ver a nadie, las obligaba a esperar. No sin antes leer otro letrero: “Pague con cambio”.

Vania, una mujer de 16 años de edad movida por la necesidad de recibir atención, también recibió ficha. A diferencia de otras pacientes, ella no preguntó nada, se aproximó a la MR2 cuando daba indicaciones, pero a diferencia de su compañera de residencia, no blandía la pregunta ¿trae algo ginecológico? Quizá con el tiempo lo haga o no. Ahora se concentra en las indicaciones, al percibir la proximidad de Vania, maquinalmente saca de uno de los bolsillos de su bata una ficha. La AIN no es estandarizada como lo plantea el modelo administrativo, ni la pregunta maestra de “lo ginecológico” es parte de un protocolo, depende de la experiencia y estrategias que cada uno se va apropiando. Es un aprendizaje tipo <<ensayo-error>> donde se encuentra margen para adoptar algunas prácticas y desestimar otras. Las interrelaciones son interesantes porque Vania recibió ficha, lo institucional se hizo presente, a diferencia de otras pacientes, ella está más cerca de la consulta, mas no ayudó del todo, ha permanecido sentada, volteando hacia la entrada de la sala de espera constantemente, se mostraba intranquila.

El trabajador de limpieza camina en dirección hacia donde se encuentra, al tenerlo cerca le pregunta dónde puede pagar, aunque está a escasos cinco o seis pasos de la caja. El trabajador señala la caja y dice “ahí”. Aclara que si no hay nadie debe esperar. Ella hace otra pregunta, si sabe dónde está la trabajadora social, sin titubear responde que está ocupada y tiene que esperarla. En realidad, el trabajador social se encontraba desocupado en su cubículo, despreocupado miraba su celular, en su escritorio no tenía ninguna hoja de ingreso o indicación de atender a algún familiar. Llama la atención cómo en un área tan reducida las distancias sean tan grandes. Una vez más mi pensamiento se volcó en el trabajo de Augé (2000), la concreción del PAS me hacía pensar en la noción de “no lugares”, ese punto donde la disposición espacial no converge con la disposición social. La paciente está en el lugar correcto para recibir atención, el trabajador social está ahí para atender, pero no entran en contacto, la distancia física es mínima, la social demasiada. Esa dinámica da cuenta de lo que el antropólogo denomina *sobremodernidad* para explicar la forma en que nos relacionamos en esos *espacios públicos*.

La ventaja que ofrece nuestra noción de CCL es librar la afirmación de que no hay relación, por el contrario, sí la hay, pero en la forma que hemos descrito. Los sujetos se posicionan frente al otro, no están exentos de las dinámicas sociales modeladas por la influencia de las lógicas económicas, políticas y productivas, que en nuestro tiempo tienen como epítome la individualidad, una expresión que no se refiere a lo negativo, sino que se entiende como sello de la elevada comprensión del ser humano y la sociedad. Vania está a unos metros del trabajador social, su interés es porque escuchó a un familiar decir que pasó con la trabajadora social y pagó el nivel más bajo, pero no tiene ningún efecto en su situación, está intranquila. Decidió no aproximarse a la caja, tomó asiento y preguntó a otra adolescente sobre el costo de la consulta. La respuesta no aclara las dudas, le dice: *Depende si tienes carnet o no*. Entonces, hace la pregunta directa: *¿Cuánto pagaste tú?* Le muestra su ficha y acaba la breve conversación. Vania revisa el dinero que trae en la mano, al parecer es insuficiente.

Transcurrieron más de 40 minutos, la trabajadora de la caja apareció, encendió la luz y la paciente de edad avanzada se acercó de inmediato y como cauda el resto

de las que esperaban. Sin perder tiempo le dijo: *Señorita vengo a pagar mi consulta*; no hubo respuesta, la trabajadora sólo extendió la mano hacia el espacio de la ventanilla. La secuencia de acciones desplazaba las palabras. Al ver la mano extendida apoyada en el estrecho espacio de la caja, la paciente se apresura a sacar el dinero. Hace el cobro sin tener contacto visual. El pago de la primera paciente alecciona a las demás, las siguientes tres, entre ellas Mary, evitan dirigirse a la cajera. Sería un desacierto afirmar que no hay comunicación en estas interacciones por la ausencia de la palabra. El silencio confirma uno de los axiomas de la comunicación, es imposible no comunicar (Watzlawick, Helmick Beavin, & Jackson, 1985). La comunicación fue tan clara que el resto de las pacientes evitaron pronunciar palabra alguna al hacer el pago de su consulta. Cuando la primera paciente dijo: *¿Es todo?* Tan típico de nuestra cultura, como respuesta sólo recibí un ligero asentimiento con la cabeza. Una vez más el silencio hizo su trabajo, invitó a la paciente salir de la fila y dar paso a la siguiente.

El modelo actual de la administración pasada y el actual afirman estar centrados en el paciente. Afirmación muy discutible porque los TDS están centrados en cumplir con sus rutinas, “hacer su trabajo”. Ahí es donde muchas pacientes se pierden. Vania dejó la sala, pasó desapercibida, el dinero que llevaba para la consulta y unos exámenes de laboratorio, era insuficiente. Sin embargo, es una primera experiencia, ya sabe un poco más del funcionamiento del hospital. De pronto un sonido agudo irrumpe el ambiente, el rechinado del arrastre de las bancas metálicas, el trabajador de limpieza se disculpa sonriendo y continúa con su labor. La sala de espera se torna caótica, las labores de limpieza, el sonido de la pantalla se mezcla con el sonido local del hospital, se suman las incesantes conversaciones, in vivo o telefónicas, que cesan sólo por las pláticas de los programas de educación continua de enfermería, psicología o nutrición. A veces, medicina también aborda algunos temas, cuando el expositor pregunta si hay dudas, algunos familiares se desvían del tema para preguntar sobre el estado de su paciente y eso distorsiona el propósito. Las pacientes por lo general se mantienen ajenas, su condición de dolor, angustia, incertidumbre, hartazgo, aviva la discriminación de estímulos y sacan de su plano de conciencia esas actividades. Por el contrario, están atentas al sonido

de la puerta del consultorio. La dinámica a veces se ve interrumpida por el oficial de la entrada quien, con voz atronadora, llama a un familiar y genera cierto desconcierto por el volumen y tono.

Las mujeres que esperan coinciden en algunas conductas motivadas por su condición. El dolor se hace evidente por las expresiones faciales, las posturas que adoptan para anticiparse al mismo, dificultad para caminar, sentarse o levantarse. La intranquilidad se escapa a su plano de conciencia, maquinalmente agitan las manos o los pies o de manera constante dirigen su mirada hacia su área pélvica, sus piernas o el piso, es una forma de verificar si hay salida de líquido. Es como si desconfiaran de su cuerpo porque hay cosas que no sienten, pero se las señala otra paciente *“estás sangrando”*. Aunque sienten muchas cosas, otras dejan de sentir. En la sala de espera todas comparten la misma necesidad, recibir atención, mas no promueve expresiones de solidaridad para orientar a otras ya que las indicaciones son escuetas y poco les ayuda a entender el funcionamiento del servicio. La dinámica se mantiene, las mujeres que esperan, ven llegar a otras que siguen la indicación del letrado, tocan y esperan, pero nadie abre y genera incertidumbre. Situación que las fuerza a preguntar con cierta timidez: *¿qué tengo que hacer?, ¿cómo atienden?, ¿van formadas?* Las respuestas no son expeditas, alguna responde de manera parca: *“hay que esperar”, “ahorita salen”*. La sala de espera es contrastante, por una parte, está la necesidad, la falta de seguridad social que coloca a todas las pacientes y sus familiares en el mismo plano. Aunque están dentro de una institución pública la dinámica que observo me conduce al trabajo de Auyero (2001) es una forma de relacionarse. Es decir, todo lo que configura el CCL da cuenta de la rectoría del Estado, por ende, lo que no hay o falta también, pero los responsables de concretar el PAS, son conscientes de lo que sucede fuera del consultorio, a unos metros de ellos. Por ejemplo, su alto nivel de conocimiento les permite distinguir las sutiles diferencias en el tipo de necesidad, unas pacientes van para la atención del parto, otras por dolor incapacitante o referidas por una patología específica con datos de gravedad; algunas más por sangrado o salida de líquido. Sin embargo, todas son tratadas de la misma forma. Otro aspecto fino es la heterogeneidad respecto a las <<variables sociodemográficas>> hay pacientes que sin problema

cubrirán las cuotas del hospital. En cambio, otras tienen problemas económicos y se les añade la dinámica familiar que desborda tensión.

En el caso de las MAE, algunas mamás se muestran molestas, literalmente, se vieron forzadas a apoyar ya que el padre biológico del bebé no está ahí porque recusó su responsabilidad y abandonó a su hija. Así pasó con Mary, a sus dieciocho años ya había experimentado una relación de pareja marcada por el conflicto y la relación con su mamá no era lo mejor:

“No, lo del embarazo sí estuvo bien cañón. Me acuerdo de que ya tenía sospecha de estar embarazada porque un mes no me bajó, pero como ya me había pasado antes, no me preocupé tanto. Pasó el segundo mes y tuve un poco de sangrado, y eso me tranquilizó, pero después ya nada [se refiere a que no hubo más sangrado]. Entonces, compré una prueba casera y ¡zaz! Que sale positivo [...]. Cuando le dije a Iván, se puso loco y me gritaba que no era suyo. No, Doc, nada más de ver cómo se había puesto, dije, ‘¡ah, no! este pendejo, perdón, a mí no me la hace’, y no sé, como que me perdí, como que se me nubló la mente, porque no me acuerdo bien de lo que pasó, pero él me dijo que empecé a aventar las cosas, que rompí unos platos, de por sí ni teníamos, que le pegaba a la pared y que cuando me vio así, me abrazó fuerte y fue como me tranquilicé.”

“[...] lo que sí sabía es que si le decía a mi mamá que había salido embarazada no me la iba a acabar con ella. Y sí le dije a Iván, no papacito, yo no le voy a decir sola, vas y le dices tú a ver qué te dice [...], de pronto me dijo: y si te vienes a vivir aquí conmigo. Y la verdad no me dijo dos veces. Me fui de volada a mi casa, pensé que no iba a estar mi mamá, pero sí estaba, pues ni pex a apechugar. Me metí rápido, ella estaba viendo la tele con mis hermanos y agarré una bolsa, eché mi ropa y cuando sentí ya la tenía en la puerta y nada más le dije que ya me iba de la casa. No reaccionó como esperaba, pero sí me dijo ‘si te largas no regresas’. Y me salí.”

“No me acuerdo cuánto tiempo dejé de ver a Iván desde que me salí de nuestro departamento, ni una llamada, ni un whats, ni siquiera oye tienes para comer o algo así. Mi mamá me dijo ‘y el vago ese ¿qué, te va a dar dinero o no?’ Yo ni sabía qué decir porque cualquier cosa que le testeara sabía que mi mamá se iba a prender. Y no sé, como si lo hubiéramos llamado, ese día mi mamá descansaba y la verdad yo no quería comer tanto, por lo del dinero, ella no me negaba la comida, pero sí yo estaba bien consciente de los gastos, pero que llega Iván [...], le dijo que quería saber de su bebé y mi mamá sin más lo corrió, casi le pega y le dijo un buen de cosas, desobligado, vago, mariguano, vicioso y un buen así [la mamá no había tratado con él anteriormente, pero era conocido en la colonia precisamente por sus adicciones], yo la agarraba y quería ponerme en medio, decía falta que este pendejo se ponga loco y le quiera pegar, pero no. Hasta eso no se alocó”.

La AIN no se enfoca en analizar cómo afecta el tipo de relaciones y dinámicas de las pacientes en el ejercicio de su derecho a la salud, o si cuenta con red de

apoyo y cómo funciona. Cuando se trata de menores de edad, lo más conveniente es tratar con un adulto que funja como responsable, pero evita tratar con la pareja, si la hay, argumentando cuestiones de seguridad de la paciente y el recién nacido. Aparecen, nuevamente, inconsistencias guiadas por el sentido común. La pareja que puede ser otro adolescente de la misma edad de la paciente, se le pondera como factor de riesgo, incapaz de asumir responsabilidad sobre ella y el bebé. O bien, un hombre que puede doblarle la edad, sea que cuente con la aprobación de la familia o esté resignada porque ella se negó a renunciar a esa relación. Ante la complejidad del asunto, los TDS optan por soluciones pragmáticas, el camino más corto es exigir la presencia de la madre para resolver problemas, asumir responsabilidades referentes al PAS. La prioridad es cumplir con el marco legal, propiamente, la interpretación que se hace, por eso indagar sobre su vida y condición sociodemográfica es sustancial.

Es importante no perder de vista que el sistema relacional carece de una zona específica en el diseño administrativo. La AIN tiene un primer compromiso anclado a lo estructural, para no perdernos en generalidades podemos seguir sus rutas. El diseño de los procedimientos administrativos son el último eslabón de la lógica verticalista tan característica del sistema de salud, es el nivel macro. A pesar de las serias distancias que mantiene con la realidad social, mantiene vigente la línea por los compromisos en torno a la calidad y los documentos técnico-administrativos dan cuenta de ello. Están revestidos del proyecto político de la administración en funciones, del discurso que sostiene la centralidad del paciente. Sin embargo, el criterio prístino es generar información documentada. En el sitio de la International Organization for Standardization³¹ podemos leer al respecto. Cada aspecto indagado tendría que contribuir a mejorar la calidad, pero muchas veces sólo queda en la recopilación de datos con un propósito incierto, porque ya hay una forma de “hacer las cosas”, podemos decir, prácticas laborales. En el nivel micro, no es tan visible para TDS, menos para las MAE y familiares, pero es una de las razones por las cuales todos se mantienen en el marco administrativo, allende el bienestar de las pacientes o el profesionalismo en la praxis de los TDS.

³¹ <https://www.iso.org/home.html>

4.4 CONDICIONES MATERIALES DE LA AIN. “MI’JA, TE VAS A QUEDAR”

La consulta, hablamos propiamente del encuentro entre TDS de enfermería y medicina con la MAE, inicia con múltiples acciones sobre el cuerpo embarazado. Los datos derivados de la parametría clínica: signos vitales, temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca de la madre, peso, talla. La AIN desaparece la distancia en términos de lo físico, la relación la MAE no se construye con base en criterios de confianza o proximidad. Está dirigida por *la objetividad* de la praxis disciplinar e inicia con indicaciones puntuales: “descúbrase el brazo”, “súbase a la báscula”, “descúbrase el abdomen”, “quítese la ropa” o “desvístase”. Es fácil pensar que son expresiones que desvelan el ejercicio de poder o la maligna hegemonía, pero la etnografía en el CCL me permitió registrar las interrelaciones. Es decir, ver cómo funciona ese sistema. Lo primero fue que no hay lucha de poder, los TDS de medicina o enfermería no buscan dominar el cuerpo, siguen los protocolos vigentes y comparten con las MAE el imaginario del experto y el necesitado de atención. Ambos roles descritos por la AIN, revestidos de lo político, esto es, el profesional y el ciudadano. Ahora, no pretendo desestimar las aportaciones los trabajos sobre el poder o la hegemonía, sino recalibrar las aportaciones, porque las tensiones y conflictos en el CCL se dan dentro de la estructura de la AIN y en el PAS el sujeto no queda anulado o sometido. En el primer encuentro, cuando los primeros filtros se han librado, los involucrados están dispuestos a desempeñar el rol asignado.

La configuración del rol en el CCL está influida por la posición, si nos enfocamos en los TDS, depende de la disciplina, especialidad y escuela de procedencia. La estructura burocrático-administrativa ejerce influencia, indica a los sujetos quiénes son y por qué. Por ejemplo, encontramos distintas posiciones en la interrelación dependiendo el nombramiento otorgado por la AIN. A diferencia de los MR los MdP se dirigen a las MAE llamándoles *pequeña, chiquita, hija*. Enfermería no lo hace, o es muy raro que lo haga, por lo general las llaman por su nombre, hay quien les hablan de tú o de usted. Médicos y enfermeras en ciertos momentos coinciden en llamar a las mujeres adolescentes <<señoras>>.

TDS y estudiantes no tienen claro cómo establecer la relación con la mujer adolescente en el PAS. Por ejemplo, cuando dan indicaciones cambia dependiendo quién lo haga, un MR puede dirigirse a la MAE usando el pronombre usted: “*pase*”, “*póngase la bata*”, “*súbase a la mesa de exploración*”, “*¿ha presentado sangrado?*”. Al escuchar el título señora era claro que, *estricto sensu*, las MAE no cumplen con ninguna de las acepciones que leemos en el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española. Es el referente más superficial, pues socialmente a la mayoría de ellas, no les interesa el título. Ahora, la mujer puede ser madre, sin ser esposa. Las MAE comparten el imaginario del empoderamiento, aunque no se trata de una expresión de congruencia social, política o ideológica, sino de la crisis de las relaciones socioafectivas (Bauman, 2010). Todo eso no se problematiza en el CCL, simplemente parten del <<hecho ginecoobstétrico>>, encontrarla embarazada. Otros MR y MdP les hablan con diminutivos: “*a ver chiquita dame tu domicilio*”, “*peque cuántos años tienes*”, o expresiones como “*mi amor te voy a mandar a hacer un ultrasonido*”. Hay un mediador para que eso suceda, el género. Es práctica común entre las mujeres, mientras que los hombres en aras de mantener esa <<cercanía>> les llaman “*mi'ja*”. El asunto cambia con las EE, incluso las MdP, si tienen un momento a solas, o sea, sin la presencia de los MR, dialogan con las MAE y tocan temas personales con preguntas que no serían aprobadas desde un punto de vista <<profesional>>, entiéndase objetivo como: *¿por qué te embarazaste?*, *cuando nazca tu hijo ¿qué piensas hacer?*, *¿el papá (del bebé) te va a apoyar?* Las MAE no se muestran agraviadas, responden de buena gana y aprovechan para preguntar algo sobre la condición de su bebé.

La consulta del Triage se divide en tareas que medicina y enfermería ejecutan, a veces, trabajo social, sólo cuando hay situaciones excepcionales, problemas en torno a la acreditación de identidad, situación de calle, violencia, abandono. Ese tipo de acciones se asume como trabajo multidisciplinario, pero sólo se trata de acciones puntuales para cubrir un aspecto. Mientras otros se descuidan como no informar a las MAE que su consulta también será “objeto” de enseñanza. Durante mi estancia en este servicio, ninguna vez se informó a las pacientes para pedir su consentimiento y saber si ella aceptaba que los estudiantes estuvieran presentes.

Cuando Jenny entró al consultorio de aproximadamente 2x3 metros, encontró que el frente comunica con la sala de espera, las divisiones son muros falsos. Al fondo hay un pasillo que comunica a todos los consultorios. En los primeros tres consultorios la única separación son cortinas plásticas fijadas al techo que corren por un riel. En el consultorio se puede distinguir dos áreas, en la primera se ubica el escritorio del médico, ubicado a espaldas de la entrada, una silla para las pacientes, una báscula, una mesa pequeña de madera. El área para el examen físico está flanqueada por dos cortinas que se corren para cubrir “la mesa de exploración”, tiene dos estribos para apoyar las piernas a fin de adoptar la posición ginecológica. Al lado encuentra un banco de altura, pegada a la pared hay una mesa Pasteur con material de uso constante, guantes, instrumental de exploración como espejo, soluciones antisépticas, termómetro, esfingomanómetro. El único doppler fetal circula por los tres consultorios y el área de urgencias que sirve como espacio de observación.

El reducido espacio en tono blanco mate da cuenta del paso del tiempo, es más grisáceo. El mobiliario es incómodo, bancos metálicos sin respaldo, con marcas visibles de soldadura que muestran su desgaste y reparación más de una ocasión. El espacio se inunda de ruidos, máquinas de escribir, múltiples voces que se combinan hasta convertirse en un fondo disperso; quejidos, gritos, sonidos de aparatos que provienen de las bombas de infusión. La saturación auditiva es algo cotidiano, igual que el hacinamiento. En los consultorios se encuentra un MR1 o MR2, el MR3 está para asesorarles, sino el médico adscrito (MAdS) lo hace. Aunque, generalmente supervisa e interviene sólo si algo se complica, sea por el curso del embarazo o tensión con la paciente o el familiar. La presencia de estudiantes supone que la enseñanza es constante, pues el HEGO es un hospital escuela, mas no es así. Todos los estudiantes se ven inmersos a la dinámica laboral. Los MIP no están fijos a un solo servicio, atienden actividades itinerantes en los diversos consultorios, si nadie les asigna una tarea, tienen oportunidad de observar el desarrollo de una consulta. En el caso de los MdP, el último nivel en la jerarquía médica, se presentan para rotar por los servicios. El número de estudiantes asignados al hospital varía, a veces hay uno, otras tres o cuatro. Sucede algo similar

con las EE, las actividades del consultorio recaen ellas, sean de servicio social o pasantes. La carga de trabajo que les asignan depende de su nivel de avance en la licenciatura, pero igual que medicina están bajo supervisión.

La consulta de Triage es el primer contacto de la MAE con el médico, no es el MAdS, el especialista, sino el MR. Las MAE no lo saben, las más acuciosas lo deducen. En minutos son valoradas y les asignan un color, verde, amarillo, rojo, para clasificar el nivel de urgencia. Conviene puntualizar que el Triage no garantiza la continuidad del PAS, puede tomar tres sentidos en relación al color asignado: seguimiento mediante cita abierta, por tratarse de una urgencia leve (código verde); tiempo de espera, indica una urgencia de nivel medio porque se identifican riesgos que pueden afectar al binomio madre-hijo (código amarillo o ámbar), finalmente hospitalización, urgencia “real” (código rojo). Cabe mencionar que no son indicadores precisos, cualquiera provoca tensión entre las MAE y sus familiares con los TDS, pues dos lógicas se confrontan, la de la necesidad concreta sustentada en la experiencia corporal y la institucional apoyada en el conocimiento científico y criterios administrativos como los siguientes:

a) **cita abierta** no es negación del servicio, el médico reconoce la necesidad de atención de la MAE, pero el tiempo es una variable (incertidumbre), sobre todo cuando se trata de primigestas. El médico toma la decisión por criterios técnicos y administrativos, como TDS tiene que considerar la capacidad del HEGO en función de la disponibilidad de camas. Por ejemplo, aceptar a una MAE que experimenta contracciones, expresa “mucho dolor”, pero presenta un centímetro de dilatación y no hay datos de riesgo, no justifica su ingreso. El trabajo de parto puede tomar varias horas. Bajo esa lógica, ingresarla es un error, implica saturación de camas y disminución de la eficiencia en la atención. El panorama para la MAE y su familiar es diferente porque el diagnóstico se aleja de lo que siente la paciente y la indicación médica exige al familiar resolver situaciones problemáticas inherentes a la atención, como los traslados. Muchas pacientes vienen del Estado de México, en promedio hacen dos horas y media o tres y media. Entonces, les domina la incertidumbre porque el trabajo de parto puede iniciar de madrugada y complicarse por la disponibilidad de servicios públicos de transporte. El familiar tiene que valorar las

distancias que deben recorrer a pie, subir y bajar del transporte (camión, combi o microbús), subir y bajar escaleras en el metro, el nivel de riesgo de la zona, así como el cuidado de menores en el domicilio y la postergación de las actividades cotidianas y laborales. Es una realidad que permanece ajena a la AIN;

b) **tiempo de espera**, es un criterio relativo; si el MR valora 4 o 5 centímetros de dilatación y algún porcentaje de borramiento del cuello uterino, que va de 0 a 100%, trata de establecer una correlación en el trabajo de parto. A pesar de los rangos establecidos no hay exactitud, son aproximaciones, es con lo que se cuenta para tomar una decisión e indicar a la paciente que camine o regrese en un par de horas. En otros casos, los mismos criterios diagnósticos se modifican porque después de caminar un par de horas, aumenta la frecuencia de las contracciones, mas no la dilatación. Aquí, es más riesgoso indicar cita abierta, o lo que se interpreta como “regresarla a casa”;

c) **hospitalización**, toma distintos significados para todos los involucrados. Por ejemplo, para estudiantes, MR, MdP y EE, un ingreso representa un caso, o sea, una oportunidad de aprendizaje. Más o menos en la misma lógica se ubican los MAdS, paciente nueva suma un caso más para su experiencia y refinamiento técnico, competencia clínica, por supuesto objeto de enseñanza; para enfermería cambia el panorama, algunas EPi lo toman igual, otras lo ven como carga de trabajo. Criterio que comparten con los servicios de camillería y trabajo social. Entonces, para ellos mayor número de casos no significa oportunidades de aprendizaje, ni desarrollo de competencias clínicas o científicas. En consecuencia, la prioridad es “sacar” la carga de trabajo del turno. En algún punto es lo mismo para los MAdS, porque a pesar de ser trabajador no se reconocen por completo dentro de esa categoría, pues sabe que la AIN lo posiciona como titular del PAS y, jerárquicamente, nadie va a contradecir sus indicaciones, sea para el ingreso o el egreso de pacientes. Asimismo, delega gran parte de sus tareas administrativas en los MR, bajo el difuso argumento de que es parte de la formación como especialista. No existe fundamento pedagógico ni didáctico al respecto, pero es una práctica sacralizada, inalterable, normalizada, sobre todo reproducible. Así, asegura su perpetuación.

La construcción de sentido también está del lado de las MAE, cuando reúnen todos los criterios para continuar su PAS, el siguiente paso es la hospitalización. No se reduce al mero ingreso, cobra distintos significados derivados de las dimensiones administrativa, social y humana:

a) administrativa, es la traducción del criterio diagnóstico para dar continuidad a la atención. El hospital asume la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades concretas de las pacientes. El problema es que, al tratarse de una actividad iterativa, pensar el PAS como mera rutina laboral, raya en peligroso reduccionismo, pues el TDS se concreta a realizar tareas repetitivas, como llega a suceder en la organización del trabajo productivo (Marx, 2010). Si bien comparte características, no son iguales, porque mientras el trabajo repetitivo en el sector productivo puede provocar lesiones musculoesqueléticas, en el sector de los servicios la afectación puede ser psicosocial. Sucede con cualquier trabajador, la actividad se torna monótona, mecánica, carente de sentido; simple rutina que se ejecuta cuidando de cubrir los criterios de estandarización, calidad y eficiencia;

b) social, el ingreso hospitalario cubre una necesidad vital de un vasto grupo poblacional sin seguridad social. Es un problema histórico, no emergente, los millones de personas que integran la denominada población abierta, comparten el penoso trasfondo de que generación tras generación enfrentan condiciones de vida precarizadas que reduce sus expectativas a la mera subsistencia (Bronfman, 2000; Castro Pérez, 2000; de Lomnitz, 1975). Al momento de ser hospitalizadas no significa estar cerca de la solución, el PAS puede descubrir situaciones altamente complejas para tratar y comprometen la salud e integridad de la MAE y del bebé. Entonces, cumplir rutinas contraviene al modelo de atención que en lo formal “pugna” por el bienestar del paciente;

c) humana, la hospitalización es para las MAE y sus familiares una acción que genera expectativas favorables, no porque tengan la certeza de tener todo bajo control, sino debido a los rechazos previos, independientemente de las razones dadas en las instituciones, a veces por razones muy válidas y otras por una franca incompetencia en la administración. Saber que serán hospitalizadas, les genera <<bienestar>>. El “no rechazo” confiere a la AIN un sentido de empatía, hace más

tolerable el PAS a pesar de sus fallas como los tiempos de espera prolongado o falta de información. Lo entienden como una especie de logro. Eso influye en su visión sobre el PAS, como exponemos a continuación.

En el consultorio pueden estar entre cuatro o seis personas, MR, MdP y EE. La consulta es actividad asistencial, pero también educativa. Nadie pregunta a la MAE si permite o está de acuerdo con la presencia de los estudiantes, ella tampoco lo cuestiona ni expresa inconformidad. No significa que esté de acuerdo, tácitamente acepta. En el fondo hallamos un nivel de conveniencia, porque los Hospitales Escuela, entendamos Sistema de Salud, entrarían en conflicto si la mayoría de las pacientes rehusara que su PAS sea objeto de enseñanza-aprendizaje. La decisión tiene implicaciones colectivas, porque no hay otra forma de preparar a los futuros especialistas, al margen de las actividades asistenciales. Quizá el aspecto central es que el diseño administrativo no lo considera porque esto demandaría mayor tiempo para los TDS.

El Triage se convierte en una práctica de apropiación y concesiones, muchas actividades se validan tácitamente, por ejemplo, la presencia de cuatro, seis, hasta ocho personas, todo sin informar a las MAE cuál es la razón de tanta gente. Por supuesto, ellas están conscientes de la presencia multitudinaria, pero se valida, porque como miembros de la sociedad, en su transitar por las instituciones, hay un mensaje, todos los que están ahí, están acreditados. Además, hay una distancia importante entre la norma y la interpretación que hacen los TDS. La validación del CCL en esos términos, se refuerza con la cascada de indicaciones que iniciaron desde la puerta de acceso hasta los consultorios. Ser directivo es esencial en la AIN, permite a los TDS objetivar *al otro*, propiamente el cuerpo y el aparato reproductor. La mirada del MR no se detiene ante la barrera física que representa el abdomen globoso, sabe que detrás de la piel, tejido adiposo y músculos, está el objeto de su interés, el útero, la matriz, los ovarios, el feto o “producto”. El cuerpo es su objeto, lo desafía, lo pone a prueba e intriga, porque el médico en formación está ahí para aprender y dar consulta es parte de ese aprendizaje. De todos los presentes es él quien posee mayor conocimiento sobre anatomía y reproducción, le concede otro nivel de autoridad en el campo disciplinar.

La mirada es un recurso para los médicos, pero tocar es indispensable. En esa jerarquía de acciones <<la palabra>> pasa a un plano secundario. El médico no halla lo que quiere en “el dicho” de la paciente y menos en el de las MAE por su *inmadurez*. El especialista hace uso del lenguaje codificándolo a través de preguntas que buscan información *relevante*. No hay interés ni intención de iniciar un diálogo, hace preguntas directas: *¿Dolor de cabeza? ¿Ve lucecitas? ¿Salida de líquidos por la vagina? ¿Sangrado?*; propone un sistema binario de respuestas: sí/no. Si la MAE aporta algo más, lo hace titubeando, pero movida por la experiencia del embarazo, la extrañeza de los cambios que le generan, los aprehende mediante una combinación de sensaciones, dolor, y emociones, miedo; no se ajustan a las opciones sí/no. Entonces, la información se descarta por no ser objetiva como la salida de líquido vía vaginal. Para el MR, el titubeo o imprecisión de la información de la MAE, en automático se convierte en “no”.

A las cuestiones técnico-científicas hay que sumar las humanas, consideradas por el modelo de atención, tendrían que expresarse en la dignidad. Las serias dificultades para definirla, no impide su análisis. Las MAE necesitadas de la AIN en ningún momento declinan su dignidad, pero en algo tan básico como la privacidad, es *sui generis*, ellas se desnudan en medio de cortinas, el paso de gente es constante. Asimismo, no cesa el abrir y cerrar de la puerta del consultorio. La desnudez es un tema que no tocan los estudiantes ni los TDS, quizá para ellos está resuelto desde la propia norma que indica los requisitos mínimos para la prestación del servicio. Se refuerza con la objetividad del discurso disciplinar, el cuerpo humano y desnudo no tiene por qué ser motivo de vergüenzas o bochornos para los profesionales de la salud. Sin embargo, sí recusa la configuración histórica, social, psicológica de los sujetos (Zemelman, 2005). Esto equivale a ignorar sus atributos, lo que *el otro* es. San Martín Sala (2015: 40-41) lo expresa nítidamente, las dimensiones del sujeto, su temporalidad, lingüisticidad, socialidad e historicidad le hacen quien es. Es cuerpo, sí, igual es ser social y vive en una sociedad que tiene historia. Esa realidad es inexistente para los TDS, no es parte del PAS, si pensamos en la privacidad como expresión de dignificación del sujeto, lo único que se le concede es desviar la mirada. La dinámica está definida y las MAE participan de

esa práctica, evitan mirar a alguien mientras se desvisten. Todo el contingente podría salir del área, pero no lo hace porque son los sujetos poseedores del conocimiento, están ahí para aplicar la ciencia, no para ruborizarse o sucumbir a la incomodidad del cuerpo desnudo. Lo que tienen delante <<es una paciente>>. Además, se añade la disposición física del área, llevaría más tiempo que todos salieran y volvieran a entrar.

El tiempo se vuelve valioso, siempre hay que estar listo para las emergencias. Esa tensión latente no les exime del trabajo administrativo que comprende un conjunto de actividades normativas. Medicina y enfermería absorben la mayor carga, están obligados a llenar múltiples formatos: hoja de ingreso, historia clínica, hoja de enfermería, consentimientos informados, solicitud de interconsultas, estudios de laboratorio, estudios preoperatorios y algunos otros, un tanto absurdos como, educación al paciente (Consejo General de Salubridad, 2018), actividad anexa que entraña mayor carga administrativa. Así, los formatos añaden densidad al trabajo, pues los datos se repiten vez tras vez, lo que pregunta el MR, también lo pregunta la EPi y la EE. Esto sustenta nuestro señalamiento sobre la base técnico-administrativa de la AIN. Llenar formatos genera “la evidencia” laboral de todos los TDS. Aunque, son varias disciplinas las que hacen registros en el expediente clínico, no todos tienen la misma importancia, pero en algún momento pueden ser relevantes, principalmente cuando el PAS vira como caso médico-legal. Ahí, el expediente adquiere enorme relevancia en la AIN, porque es el documento que da cuenta de lo multidisciplinar y la participación del paciente. En realidad, la misma norma establece los límites y lo convierte en un documento técnico-científico-administrativo y legal.

Sin duda, hay muchas cosas en juego para las MAE y sus familiares. Cuando el MR informó a Vania con una mezcla de tecnicismos y expresiones coloquiales de su hospitalización, fue un alivio:

“Mi’ja, tu cuello no ha dilatado”, ya no puedes estar más tiempo así. Te vamos a hospitalizar para iniciar la inducción con medicamento, eso va a ayudar a tu bebé a nacer”. ¿Tienes alguna duda?

La respuesta por lo general es <<no>> o sólo preguntan para confirmar: *entonces ¿ya me voy a quedar?* Saber que “ya no la van a regresar” baja la tensión, no hay más preguntas como: ¿por qué no dilata el cuello?; ¿qué medicamento van a utilizar?; ¿cuáles son los riesgos? ¿afecta a su hijo/a?; ¿cuánto tiempo tardará en iniciar el trabajo de parto después de que apliquen el fármaco?; y tantas otras preguntas que podría, o debería, hacer si fuera consciente que el trabajo que realizan los TDS es sobre su cuerpo, su vida y la de su bebé. Eso sería “educar al paciente” porque se trata de una mujer en etapa reproductiva, con vida sexual activa. Los involucrados en el PAS se pasan información de forma continua. Lo hacen bajo la misma pauta: pregunta-respuesta. El MR pregunta a la EPi si ya tomó signos, canalizó o pasó fármacos, la respuesta tiene dos opciones, sí/no. A su vez la EPi pregunta al MR o MAdS: *¿ya lo anotó en las indicaciones doctor?*, sí/no. La acción se triangula con la escritura, hablan y escriben casi de forma simultánea, la concreción del PAS tiene que diversificarse para realizar varias actividades y coordinarse con otros trabajadores. Mientras, el MR da la indicación verbal, anota las indicaciones en el expediente, explica algo a los MdP, solicita a un MIP recoger estudios o entregar solicitudes. Entre una y otra actividad un MR de mayor grado pregunta por los “laboratorios” de otra paciente o si ya informó sobre el ingreso al área correspondiente. Se supone que está en proceso formativo, pero en realidad cubre rutinas de trabajo.

4.5 EXIGENCIAS Y TERRITORIALIDADES LABORALES. “DOCTOR, NO LE INFORMÓ A LA PACIENTE”

Las MAE que acuden al HEGO en su mayoría tienen como antecedente una trayectoria que combina atención privada en a) consultorios particulares con médicos generales y consultorios de farmacias que ofrecen ultrasonografía, es un paquete atractivo, la consulta más el ultrasonido interpretado; b) ginecólogos de práctica privada, son menos frecuentes debido al costo de la consulta; c) atención pública en los centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud, del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de la Secretaría de servicios de

Salud de la Ciudad de México. En porcentaje mínimo instituciones de primer nivel del IMSS o ISSSTE.

Es información útil porque brinda datos sobre el funcionamiento del Sistema de Salud y el comportamiento de las MAE en relación al cuidado de su salud y embarazo, pero no es parte del PAS. Si nos concentramos en la población abierta, de diez MAE que llegan a urgencias al HEGO, una llega referida, aunque haya buscado atención en otros hospitales de segundo nivel. Martínez (2013) señaló que el serio problema del Sistema de Salud era su fragmentación, así inició y así se mantiene. Es complicado lograr el nivel de coordinación eficientes, intervienen múltiples factores, por lo tanto, no sólo dependen de la estructura y la organización de las instituciones públicas, también el curso del embarazo cuando acuden a las instituciones públicas de salud.

Es común encontrar que las MAE deciden aplazar la atención por diversas razones, la más frecuente es el conflicto con su familia. Ellas deciden con conocimiento de causa, evaden la responsabilidad sobre su salud y la de su bebé. La afirmación no es punitiva, sino en apego a la realidad social, porque si no cursó con complicaciones durante el embarazo, no es sinónimo de estar saludable, pero sí sienta antecedentes biológicos sobre su historial ginecológico. A la fecha carecemos de un punto donde la experiencia corporal armonice con la evidencia biomédica. La habilidad de la cual habla Nordenfelt (2000) marca ciertos niveles de exigencia, en términos del aprendizaje dirigidos a entender y participar sobre el cuidado de la salud. Entonces, el cuidado de la salud no depende de la evidencia biomédica, tampoco se cumple por depender sólo de dominio del cuerpo basado en la experiencia puramente sensorial, en palabras de Cruz (1976) <<el sujeto sentiente>>. El embarazo en la adolescencia nos permite ver esos antagonismos y las decisiones que las MAE toman no responden al sentido común, sino a lo inmediato. Sandra, a sus dieciocho años, experimentó un embarazo permeado de conflictos. Las tensiones en la relación con su mamá fue lo prioritario:

“[...] pues lo bueno es que yo no me sentí mal ni nada, o sea, mi embarazo no fue latoso. No me imagino qué hubiera pasado con mi mamá, si yo le estuviera diciendo ‘ay, me duele esto o, ay, me duele acá’, yo creo que me hubiera mandado a volar, bueno, no tanto así, pero sólo tuve

las molestias normales, ni infección en las vías urinarias, ni sangrado, ni nada y para mí mejor, digo.”

Las circunstancias socioafectivas de Sandra permearon su embarazo, pero el hecho es velado para los TDS. Es común oírlos decir: “*aquí no les vamos a arreglar la vida*”. Esta expresión toma al menos dos sentidos, la frustración al verse rebasados por las problemáticas complejas que privan las circunstancias de vida y la frustración al reconocer el poco impacto que tiene la AIN en esa realidad social. Centrarse en el “evento ginecoobstétrico” es un reduccionismo conveniente porque les hace sentir que de alguna forma les excusa de la realidad social de las pacientes. Entonces, el emblemático enfoque integral es más discursivo que fáctico. Ahora, no puede pensarse como responsabilidad unidireccional, si bien las MAE y sus familiares no acuden al HEGO con la esperanza de cambiar su vida radicalmente durante el PAS, tampoco se apropian de la evidencia biomédica sobre los riesgos y daños a su salud, su objetivo es lo resolutivo. Ahí sus intereses convergen con los TDS y la AIN los modela mediante documentos técnico-operativos como el Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (Secretaría de Salud, 2016). La guía técnica da forma a las expectativas y las acciones al establecer los criterios de la atención. El mayor interés de las MAE es la resolución del parto, sin pensar en que sus circunstancias de vida albergan los riesgos e inciden en los daños a su salud y los de su bebé que perpetúan las condiciones materiales imperantes (Urbina Fuentes & González Block, 2012). A veces, ellas o su familiar mencionan factores de riesgo, el especialista los toma con reserva porque la integración del expediente clínico demanda realizar una pesquisa biológica inmediata, dado que el embarazo está avanzado o prácticamente llegó a término.

La biomedicina se distingue por trabajar con base en cosas cuantificables. Aunque la paciente es la primera fuente de información, la mirada técnica marca distancia sobre la narrativa y aumenta si el especialista identifica imprecisiones. No es tópico banal, la AIN regula la praxis de los TDS, el rol del médico es externar su juicio clínico y dada su experiencia sabe la responsabilidad implícita de hacerlo (Engelhardt, 1982: 46-99; Aroscar, 1982: 67-78). Contrasta con el discurso político

que habla de la interinstitucionalidad, los médicos del HEGO saben que la institución anterior está liberada de cualquier responsabilidad del PAS. Si resultara desfavorable, las acciones del aparato jurídico serán *in situ*, donde acontecieron los hechos. Con esa premisa se “echa a andar” la maquinaria diagnóstica, las pacientes, lejos de protestar, les genera confianza la medida.

La EPI también queda saturada por múltiples actividades, se mueve en una circularidad: inicia la apertura de la hoja de enfermería, llena varios rubros con preguntas que se repiten una y otra vez, *¿dolor de cabeza?*, *¿salida de líquido por la vagina?*, *¿sangrado?*, *¿utiliza anteojos?* Otra actividad es integrar el expediente, es la responsable administrativa de “entregar o presentar a la paciente” al siguiente servicio. La EPI no dispone de mucho tiempo para las actividades administrativas, en minutos debe llenar los recuadros sobre los cuidados, el estado general de la paciente, las medidas de seguridad y la información que considera relevante como riesgo de caída o si requiere algún apoyo especial. Es la rutina, pero no faltan las interrupciones. En el momento que realiza sus actividades entra una llamada telefónica de la supervisión, la jefatura de enfermería o de otro servicio. Ostentar el nombramiento de <<Jefe>> no le exime de lo operativo, prácticamente todo el tiempo atiende pacientes. Además, tiene que buscar tiempo para lo administrativo como recibir ropa, supervisar que las áreas estén limpias, la existencia de material y fármacos, llenar los vales a almacén general, fotocopiado y farmacia. También es responsable de coordinar al personal adscrito o asignado al servicio, la EPI es el primer filtro para autorizar permisos o prestaciones, por ejemplo, pases de salida, días económicos, tiempo beca para asistir a algún curso de capacitación, incluso ceder personal para cubrir otros servicios con mayor carga de trabajo. En consecuencia, se queda con menos personal y absorbe funciones extras.

Ceder personal o estar con el mínimo no disminuye las rutinas. En el cambio de turno el personal del vespertino no acepta “pendientes” y el criterio aplica para todos los turnos, si dejan pendientes debe justificarse la razón. Esa situación puede tornarse en un punto álgido al grado de involucrar a las supervisoras y corroboren si son producto de deficiencias u omisiones durante esa jornada. La aceptación ocasional de algún pendiente es un acuerdo no hablado, pero con límites, es decir,

no se tiene que repetir. Ahora, por más organizadas que estén las actividades, siempre existe la posibilidad de presentarse eventos extraordinarios. La dinámica de trabajo cambia súbitamente, la prioridad es activar y ejecutar los protocolos. La jefa realizaba el ingreso de Vania, de pronto se escucha una voz que grita: *¡código rojo!* Llegó una mujer embarazada con datos de preclampsia, su tensión arterial la haría convulsionar en cualquier momento. De inmediato la EPI turnó su actividad a una EE para dar prioridad a la atención del código. La hipertensión gestacional es una causa de muerte materna. Es una sacudida para el servicio, se involucran los MAdS, MR y las enfermeras especialistas si las hay.

Cuando el mismo evento se presenta en otro turno, se involucran quienes estén presentes, sean estudiantes o TDS. La falta de personal descarrila la lógica del protocolo. Pasada la emergencia prevalece en el ambiente una estela de alteración, pero las actividades no pueden detenerse. Los TDS deben equilibrarse emocionalmente, manejar el estrés. La EPI se reincorpora a la labor, la atención de la urgencia no implica que el personal que no participó asuma más tareas, sólo se mantienen cubriendo el trabajo asignado. Antes de realizar el traslado a la UTQ, viene una última verificación de los datos, se revisa el expediente, si lleva la historia clínica, las indicaciones, las hojas de enfermería y los datos del brazalete. Finalmente, la EPI pregunta a Vania: *El doctor ¿ya te informó lo que te van a hacer?* No es extraño que la respuesta sea “no”. Un gesto de contrariedad se dibujó en el rostro de la EPI y dice: *“estos médicos que no informan”*. Busca el nombre del médico en el expediente y se da a la tarea de localizarlo. En un primer momento no lo encuentra, de pronto lo ve entrando al servicio con una gradilla y muestras de laboratorio. Sin más, con voz firme le dice: *Doctor no informó a la paciente de su procedimiento*. El MR2 está ocupado con otras labores, pero literalmente lo conduce hasta Vania y se da media vuelta, mientras él masculla: *“pero, sí le informé, es lo mismo que le dije a su familiar”*. En efecto lo había hecho, el MR2 solicitó al familiar y le explicó que su hija se quedaría hospitalizada porque había iniciado el trabajo de parto e iban a esperar si evolucionaba bien, pero de complicarse procederían con la cesárea. Vania no prestó atención, el MR2 tomó un par de minutos, no abundó en la información, hizo

una escueta descripción, una mezcla entre tecnicismos y lenguaje coloquial. Al final le preguntó “¿tiene alguna duda?” Respondió “no”, como era de esperarse.

Informar es una relación puntual, no lleva al encuentro de los sujetos, se concreta como mero requisito, otras veces sirve como espacio de realización. El médico en formación posee conocimiento y está aprendiendo nuevo, pero las actividades planteadas en el programa de especialización médica sobre la prestación de atención resultan antagónicas. Los MR saben que en cualquier evento puede ser motivo de evaluación, por ende, la exigencia académica de mostrar lo aprendido, dominio técnico, es perenne, eso no hace más claras sus funciones. Por ejemplo, informar a la paciente de forma comprensible es una exigencia, al margen de las circunstancias de la concreción. Así, el mismo evento sigue dos sentidos, para la EPI que solicitó al MR2 informara a la paciente sobre el PAS, es su prioridad laboral, pero no tiene facultad de emitir evaluación formal sobre las competencias médicas. En cambio, para el MR significa realización, con cada caso que atiende. Ahora, ninguno de los involucrados en el evento advirtió el hueco histórico, presente en el CCL, pues desde el inicio de su formación al estudiante de medicina se le exigió construir una distancia objetiva con su objeto de estudio. Entonces, no puede referirse a las cosas de la misma manera que los demás. La afirmación “no informo a la paciente” es como una red que se lanza para ver qué atrapa, entre observancia de procedimientos laborales o normativos, relación médico-paciente, derecho de las pacientes. La falta de claridad favorece la tensión en las interrelaciones.

Los médicos en formación tienen a su disposición un arsenal de términos aprendidos a lo largo de su formación, ese aprendizaje es dinámico y continúa refinándolo (Taylor, 2017). Así, van construyendo su identidad y a diferencia de muchos, tienen la ventaja de estar ahí para ser especialistas, el CCL les brinda la oportunidad de poner en práctica todo lo aprendido, ha sido una larga trayectoria formativa (Becker, Geer, Hughes, & Strauss, 1992). Asimismo, <<lo profesional>>, es parte del imaginario de los TDS, y lo relacionan con un nivel de conocimiento especializado, sobre todo es sello de la medicina (Freidson, 1970). Entonces, cuando encuentran el momento, lo expresan mediante la terminología propia de su disciplina. De acuerdo con Perdomo Rubio, Hernández Zinzún, & Izquierdo Mora

(2016) en la praxis del médico no todo es técnico, recurre a la narrativa para dar sentido a su *hacer*, la dota de significados. Así que, no se es médico sólo por la asignación de un código y funciones, sino porque antes de los elementos estructurales de la AIN, hallamos su impronta biográfica.

Cubierta la formalidad, otra EPI avisa del traslado a la UTQ, se hace acompañar de una EE y avisa al camillero, quien también sigue indicadores de calidad: se presenta con la paciente, le da indicaciones sobre la forma correcta para movilizarse, le avisa cuando la va a tocar, sea porque la tiene que jalar, guiar en algunos desplazamientos, subir o cubrir con las sábanas y si está canalizada, hace énfasis en cuidar sus movimientos. Su trabajo no es sólo formalidad, ellos saben, al menos la mayoría que, las pacientes requieren asistencia porque las limita su condición física. Ya instalada en la camilla, le pregunta si está bien. Al corroborar que todo está en orden, inicia el traslado y avisa a la EPI. En el trayecto, dependiendo de la relación y nivel de confianza, se da una conversación coloquial entre él y la EPI, a veces incluyen a la estudiante. No hay diálogo con la MAE. En otras ocasiones sólo le dicen que todo saldrá bien.

El breve trayecto de diez o quince metros es sinuoso, rasgo presente en los establecimientos públicos de salud. Los pasillos laberínticos se explican porque su diseño arquitectónico original respondía a otra lógica de atención (Muriel, 1990), excepto algunos. El traslado de Urgencias a la UTQ cierra otro tramo del itinerario de la AIN, pero acudir a una institución pública no garantiza la atención y las razones no son hegemonía o desatención, en gran medida es la regulación determinada por la propia AIN. La oferta político-social del Estado busca blindar con la estructura jurídico-administrativa el derecho a la salud, pero en el CCL es donde se encuentran los TDS, MAE y familiares con distintos niveles de comprensión sobre la AIN. Desde el inicio el PAS se concreta mediante interrelaciones que no se centran en las pacientes y la praxis humana es el eje donde confluyen las prácticas disciplinares, territoriales, laborales y sociales. Los involucrados no se mantienen en el aséptico rol asignado por el modelo de atención, el discurso político, el campo disciplinar de los TDS, ni siquiera por el marco normativo que regula sus funciones; sencillamente porque nadie deshecha su sustrato humano ni sus atributos. Al contrario, la forma

de interrelacionarse da cuenta de la impronta biográfica, los sistemas simbólicos, los imaginarios que confluyen en espacio y tiempo, no de forma natural, sino intencional porque cada uno va decidiendo su posicionamiento en el CCL.

El problema de fondo es la idea general sobre la AIN, cuando en realidad, no se ocupan de analizarla. El núcleo no es la paciente, sino la concreción del PAS mediante la praxis humana. En la AIN nadie es totalmente pasivo o dominante, todos se mueven en el mismo CCL. Ahí, TDS, MAE y familiares encuentran ventajas, desventajas, escollos por donde sustraerse de lo normativo. La intención no es provocar algún tipo de daño, sino lograr su propósito que no comparte del todo con <<el otro>>. El CCL nos permite aprehender la realidad social del PAS, donde los sujetos se van posicionando con propósitos definidos, no por ello claros ni comunes o compartidos. En consecuencia, durante el itinerario de la AIN las interrelaciones se vuelven tensas en algunos momentos y en otros de franca colaboración (Lemus Alcántara & Suárez Rienda, 2022). Entonces, ni todas las acciones están centradas en las pacientes, ni todas las prácticas son estrictamente técnico-administrativas.

Capítulo 5. La atención del parto. Clímax de la concreción

5.1 LA CONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Cubiertos los criterios de calidad en la atención, la MAE está lista para ingresar a la UTQ, todo traslado se hace bajo la lógica del procedimiento *entrega de paciente*, implica contar con un expediente clínico completo, esto es, integrado por la historia clínica, hojas de enfermería, valoración de otras especialidades y estudios de laboratorio acorde con el caso. Para ese momento, hay tres fuentes de identificación, el expediente clínico, la pulsera y la propia paciente. Es una triada enfocada en la seguridad de la paciente y la calidad del servicio (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Sin embargo, las circunstancias laborales irrumpen en esa lógica, la demanda del servicio impone la adopción de modificaciones a los procedimientos administrativos. Los TDS toman decisiones y como el trabajo está hecho, la entrega de paciente se delega incluso a una EE y se entiende como parte de su proceso formativo. En realidad, eso no está asentado en los manuales, es entendible porque la elaboración de estos compete a las actividades laborales, mas no a las formativas. Ahí se abre una zona gris porque las adecuaciones o modificaciones a los procedimientos administrativos se hacen *in vivo*, por eso no es extraño escuchar el descontrol de las EE cuando rotan de servicio y encuentran que las cosas se hacen de “manera diferente”.

Cuando llegan al área de transición, nadie puede ingresar, el acceso a la UTQ es restringido. Es un área quirúrgica, por lo tanto, debe mantenerse bajo estrictas normas de asepsia, criterio normativo. Es un servicio de alta complejidad allende las medidas higiénicas, todos los TDS que ingresan están obligados a observar y cumplir las normas. En los criterios que estipula la NOM-16 sobre el diseño arquitectónico, la UTQ se ubica cerca del servicio de urgencias, cuenta con dos entradas únicas: la de pacientes, zona de transferencia y la de los TDS. Las pacientes, sin excepción, son trasladadas en camilla desde el servicio de urgencias por la primera entrada. El ancho del pasillo da espacio para la circulación de dos camillas, pero el ingreso a la UTQ tiene un solo sentido. El corredor que conduce a

la zona de transferencia de pacientes está delimitado por una estructura de aluminio, deja libre sólo el lado izquierdo para colocar la camilla externa que pueda ubicarse al lado de la camilla de ingreso a la UTQ. La idea es facilitar el cambio de la paciente. Así, lo hacen los TDS, pero la estrechez de los espacios provoca posiciones disergonómicas, haciéndolos más propensos a sufrir lesiones porque deben girar sobre su eje cargando peso.

El diseño administrativo de la UTQ maneja tres áreas que deben coordinarse para el funcionamiento, jefatura médica, jefatura de enfermería y la Central de Equipo y Esterilización (CEYE), área responsable de preparar y surtir el material y equipo quirúrgico. El acceso para los TDS a la UTQ se encuentra al lado de la CEYE, uno para hombres otro para mujeres. El vestidor de hombres se ubica en un área reducida, acondicionada con un mingitorio, un sanitario y lavamanos. Hay una banca pequeña metálica, sirve para marcar la zona de vestuario, equipado con un perchero pequeño empotrado en la pared, donde se encima la ropa, pantalones, filipinas, batas, eso propicia que lleguen a perderse. En la primera semana del trabajo de campo, un día al concluir la observación encontré que mi bata blanca no estaba colgada. Mi búsqueda resultó infructuosa. Estaba muy molesto porque esa bata era mi favorita, de inmediato pensé que se la habían robado. Me llevé una sorpresa cuando la encontré colgada entre la ropa. Lo más probable es que alguien la haya tomado por error, la usó y cuando regresó a la UTQ la volvió a colgar. Eso no significa que no se pierdan las cosas.

Próximo a la entrada de la UTQ hay otro espacio, todavía más reducido, apenas cabe una hilera de lockers asignados a médicos y trabajadores de base, otro perchero empotrado, también con ropa encimada y una silla de estructura metálica, por ende, ruidosa. El acceso a la UTQ es una especie de puerta elevada como a 30 centímetros del piso, sólo se puede cruzar cuando se porta el uniforme quirúrgico, consta de pantalón, filipina, gorro, cubrebocas, botas quirúrgicas. No es fácil cubrirse el calzado con éstas, requiere equilibrarse porque no se puede pisar el área “negra”, hacerlo provoca el traslado mecánico de microorganismos. En realidad, todos lo hacen de manera diferente, algunos se colocan las botas quirúrgicas en el “área negra” y así pasan al “área blanca”, sin problema alguno. Otros son más

estrictos y hacen todo lo posible para mantener las medidas higiénicas. Para los MR y los MIP el cambio de ropa es constante, se ven obligados a salir varias veces para recoger resultados, llevar muestras al laboratorio o al servicio de patología.

El diseño de esta área es claro ejemplo del criterio normativo <<requisitos mínimos>> para funcionar. El vestidor está mal iluminado, la ventilación es deficiente, si tres trabajadores necesitaran cambiarse al mismo tiempo lo harían con serias dificultades. Si alguien hiciera uso del sanitario mientras otros se estuvieran cambiando, no habría forma de evitar el hedor natural de las heces. Las instalaciones con sus limitaciones y deficiencias se traducen en beneficio para las MAE, nuevamente aparece esa relación entre la población y el Estado (Auyero, 2012), con su cauda histórica que ha caracterizado al servicio público y no logra deshacerse de la precariedad y su falta de claridad para concretarse (Martín Rebollo, 2008). La disposición física del espacio contribuye en la actualización de las deficiencias o limitaciones de <<lo público>>, peor aún, desaparecen para la población abierta porque es la institución que la acoge para ofrecerle el servicio. De los seis casos registrados, todas las MAE recorrieron varios hospitales públicos antes de llegar al HEGO. Laura acudió a tres instituciones, dos hospitales de segundo nivel de los Institutos de Salud del Estado de México y un tercero de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México; Mary buscó atención en tres hospitales generales uno ubicado en el Estado de México ubicado en el municipio de Ecatepec; otro ubicado en la zona de hospitales al sur de la ciudad y uno más todavía adentrándose hacia el sur en Topilejo; Jenny buscó atención en el hospital más cercano a su domicilio ubicado en Chalco, ante la negativa se dirigieron a uno de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México pero tampoco fue hospitalizada; Mireya no encontró atención en el Hospital Regional de su municipio ni en un instituto de tercer nivel; Vania acudió a un Hospital en Texcoco, luego intentaron en uno dependiente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México; Sandra no pudo ser atendida en un instituto de servicios de salud estatal debido a un problema con las condiciones de su derechohabencia, tampoco la recibieron en uno ubicado en la Alcaldía Magdalena Contreras. Entre las razones que les expresaron encontramos las siguientes:

“Tu embarazo es de alto riesgo y no tenemos el equipo para atenderte si te pones mal tú o tu bebe”.

“No tenemos cama disponible en el servicio de ginecología, tenemos el quirófano lleno. Te puedes esperar, no sabemos a qué hora te podemos ingresar”.

“No te estamos negando la atención, el único especialista que hay en el turno, está de incapacidad”.

“El problema es que no hay quirófano, sólo se están atendiendo casos muy urgentes, si se complica tu parto no vamos a tener dónde atenderte”.

“No disponemos de cuneros, tu embarazo es de alto riesgo, si tu bebé tiene complicaciones no hay equipo para brindarle la atención que pudiera necesitar”.

“El problema es que tu embarazo está muy avanzado, aquí sólo recibimos máximo hasta el segundo trimestre, cuando es mayor a eso ya no las podemos recibir.”

Al ingresar a la institución pública, las MAE y sus familiares no siempre tienen respuesta, muchas veces optan por retirarse después de una larga espera, igual si el encuentro con el médico fue accidentado en el Triage. La negativa recurrente, la espera prolongada, las fricciones durante la consulta de valoración, contribuyen a la idea de que les negaron la atención. Sin embargo, la falta de equipo, las áreas que no funcionan, la falta de personal, entre otras tantas limitantes son reales. La figura central en el conflicto es la del médico, como si fuera responsable de todo lo que pasa en el hospital. Esto tiene un sentido histórico, totalmente incompatible con nuestro tiempo, la sociedad todavía comparte el imaginario del médico incondicional. En su célebre obra *Los Miserables*, Víctor Hugo escribió que la puerta del médico, como la del pastor, siempre deben permanecer abiertas. Las cosas han cambiado en más de un siglo. En la AIN el médico es un TDS, pertenece a una estructura, por ende, su praxis está regulada y también genera derechos como beneficio derivado de la relación contractual con el Estado. Cuando el médico enferma y goza de una licencia por incapacidad o toma su periodo vacacional, el Estado es responsable directo de suplir ese recurso. Asimismo, corresponde a las áreas administrativas garantizar el funcionamiento de los servicios clínicos. El

asunto no es tan lineal porque a su vez éstas dependen de que los TDS reporten fallas o faltantes de manera oportuna. Por otro lado, el señalamiento tan directo hacia uno de los TDS es porque al interior y al exterior de la AIN, prevalece la visión de la labor fragmentada, contrario al supuesto multidisciplinario (Lemus Alcántara, 2021), incluso algo más particular a la que hacen alusión los profesionales de la salud <<el trabajo en equipo>> (Allen, 2015). Las deficiencias del sistema quedan fuera de la percepción de MAE y familiares, pero son rica beta para argumentar críticas en muchos trabajos sociológicos y antropológicos. El rasgo que comparten es anular el factor individual de sus planteamientos. Razón por la cual, justifica la experiencia de la AIN.

La pregunta central es ¿si todo lo vivido forma parte de la experiencia de los sujetos? El primer punto a destacar es que la experiencia está inscrita en la cotidianidad, propiamente la vida cotidiana. No es un objeto fácil de aprehender teóricamente, Heller (1985) advierte de las complicaciones derivadas de la popularización que tuvo en los círculos académicos. De pronto lo cotidiano fue arrancado de ahí y quedó impregnado de una polisemia que dificultaba saber a qué se refería. Wolf (2000) sostiene que se trata del hacer social en una red de intersubjetividades. Es una buena entrada, pero si no somos cuidadosos, el asunto puede tornarse difuso porque estaríamos frente a <<un todo maleable>>. Otro riesgo es fragmentar la unidad de análisis, amén de la revisión que Wolf hace del trabajo de Goffman, porque los sujetos se mueven dentro de las estructuras y los encuentros no suceden siguiendo una causalidad. Lo notas cuando permaneces el tiempo suficiente para observar cómo hay prácticas sociales que concretan lo cotidiano. No confundirlo con un tipo de actuación mecánica, pues como sostiene el autor tienen delante de sí la tarea de definir la situación. Segundo, las aportaciones anteriores nos permiten sustentar algunos aspectos de por qué no todo llega a formar parte de la experiencia. Maceiras (2007) expone la capacidad del sujeto para interpretar, dar sentido a su vida, a su ser, pero sin romantizar. Dar sentido, construir significados es tarea humana, oscila entre lo individual y lo colectivo; recurso empujado por los sujetos para apropiarse de su realidad. No obstante, también depende del desarrollo alcanzado, las herramientas sociales y culturales, del

conocimiento que tiene del mundo (Heller, 1985). La competencia del sujeto para hacerlo tiene dos sustratos, el biológico y el social. San Martín Sala (2015) y Zemelman (2005) coinciden en fundamentar los atributos de los sujetos, esas cualidades propias que no entran en conflicto con su entorno. Es decir, no ponen en competencia lo natural y lo social. El sujeto, *per se*, pone de manifiesto la armonía de ambas dimensiones que posibilitan su ser y trascendencia. En el trabajo coordinado por Lindón (2000) explora las articulaciones del espacio y las temporalidades en la construcción de la cotidianidad, los encuentros dotados de las particularidades, la intersubjetividad, las acciones que construyen la identidad. Éste último elemento a veces se entiende como *perene*, como si no fuera afectado por el tiempo, sobre todo cuando se conceptualiza dentro de la modernidad o postmodernidad. De manera que, pensar lo identitario fuera de la influencia de la dimensión económica, la lógica de producción, del marco derechohumanista, tienen un fuerte sesgo que apela a la individualidad. Por lo tanto, tenemos que acotar la convergencia de lo individual y lo colectivo en relación al momento histórico-social de los sujetos.

Con base en lo anterior, cuando hablamos de cotidianidad la temporalidad denuncia su dinamismo histórico, nos hace reflexionar sobre cómo pensamos al sujeto, los atributos que le reconocemos, el marco en el que lo inscribimos. Aparece el elemento histórico bien desarrollado por Heller (1985) al distinguir los ejes que se convierten en organizadores de la vida cotidiana. Cambian de acuerdo al tiempo y el grupo social, lo cual no sugiere homogeneidad, al contrario, hace evidente la heterogeneidad, pues dependiendo de la posición que el sujeto ocupe hallará el eje que organiza lo cotidiano. Por ejemplo, en una misma sociedad vemos cómo el trabajo, en el sentido marxista, es el eje que organiza la vida de unos pertenecientes a una clase social, mientras que el arte es el eje de otros, adscritos a otra clase social. No es que vivan realidades diferentes porque hay hechos sociales y naturales que los vinculan inexorablemente (Searle, 1997). La necesidad es buen ejemplo, coloca a todos los sujetos en el mismo plano, mas no significa que la vivan, conciban y entiendan de la misma manera. Asimismo, las diferencias entre unos y otros, no constituyen una sólida base para fundamentar la idea de “realidades

diferentes”, pues todos comparten un sustrato biológico que los mantiene en el mismo plano de existencia física.

El sujeto, como expresión de unicidad, es clave para descifrar este entramado, sus cualidades, atributos, nivel de desarrollo, su conocimiento, constituye un núcleo que le faculta para participar de forma total o completa en la cotidianidad, como apuntara Heller (1985: 42). Eso mismo le hace inexcusable del conocimiento que posee sobre su realidad. Entonces, no puede ser pasivo, pero sí mantenerse a distancia porque no hace uso o no desarrolla sus habilidades. Popper (1995), con todo su positivismo, reconoce lo sustancial del sentido común en el aprendizaje de los sujetos, es el primer recurso con el que cuentan para construir conocimiento. El problema es que no todos se ocupan de desarrollarlo, aunque todos comparten el marco de lo cotidiano para la construcción de la experiencia. Sin embargo, ésta dependerá de los elementos, herramientas, habilidades de las que disponga el sujeto. Entonces, no toda vivencia puede entenderse como experiencia.

Giannini (1987) puntualiza que en la construcción de la experiencia lo común, lo corriente, se descarta y la atención se centra en lo relevante. Aquí, el centro es la reflexión, de manera que no toda vivencia es para el sujeto, objeto de reflexión. Consideremos el trabajo de Ulrich (1998: 40-42) en el CCL no se analiza el rol que tiene la clase social, al determinar la forma de enfermar y los recursos disponibles para resolver. Aspecto que, contribuye a generar distancia entre TDS y MAE. Entonces, las distancias en el PAS oscilan entre lo objetivo soslayado por los involucrados en la AIN y lo intersubjetivo que se construye en lo inmediato a través de la mirada, el interés, las prioridades de los sujetos. El encuentro en el CCL no es sinónimo de entendimiento y colaboración, muchas veces el PAS se concreta mediante una ruta de acciones accidentadas (Kierans, 2020). En consecuencia, tiene lugar una dinámica de desplazamientos que *el otro* debe asumir porque se convierte en depositario de una expectativa desmesurada.

La atención del parto genera convergencia entre TDS y MAE, los familiares están, pero la AIN los coloca a la distancia. Cuando el trabajo de parto inicia, las acciones son unidireccionales según lo establecido por el modelo, pero en el CCL toman diferentes sentidos, se ponen de manifiesto mediante la praxis humana,

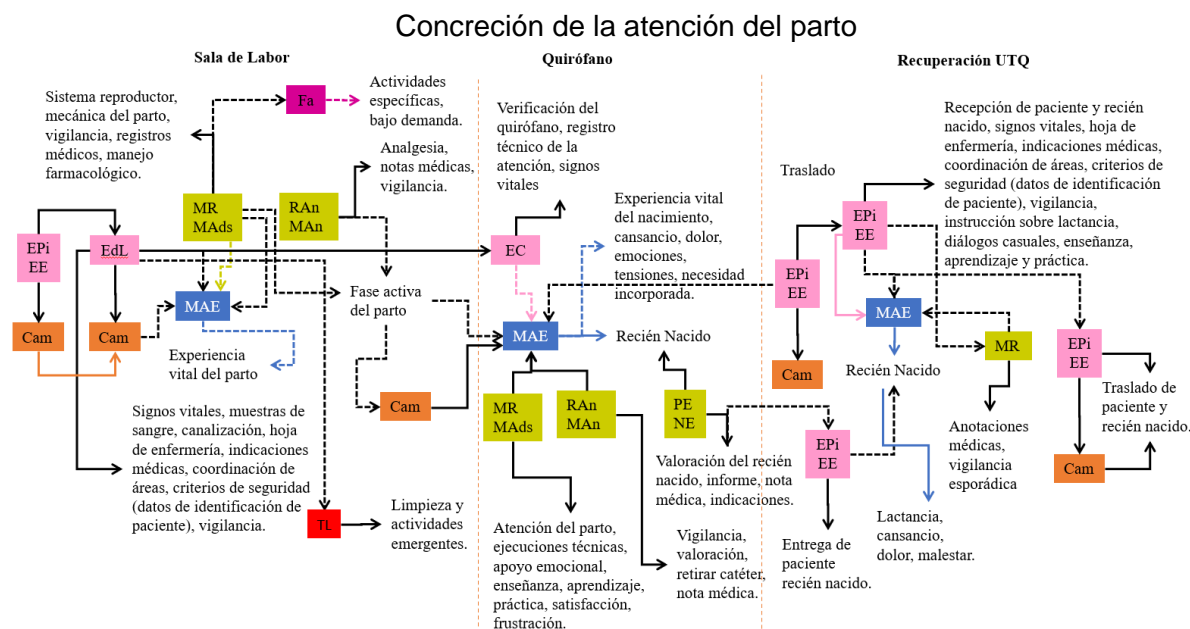
reflejan la cotidianidad del PAS con sus distintos objetos y los sujetos no siempre logran integrarlos a la reflexión. Por ejemplo, el gran enunciado del modelo de atención es lo integral, las dimensiones biológica, social y psíquica del paciente deberían quedar cubiertas. Sin embargo, la praxis pone de manifiesto los intereses de los TDS en el PAS y distan de lo integral; la organización y el funcionamiento llegan a ser selectivos (Allen, 2015: 30). No se observa que compartan los mismos objetivos e intereses sea con otros TDS y las propias MAE.

Las MAE acuden al HEGO con una finalidad, recibir la atención del parto, pero su vivencia previa ha modelado la expectativa, sin asumir que hubo una reflexión previa como señaló Giannini (1987). Por lo general, se mantienen en lo inmediato, por eso, todo le parece caótico. Mientras experimenta los dolores del parto, escucha opiniones, quizá diagnósticos, emitidos por distintas fuentes como los: a) médicos generales en consultorios privado, b) médico general en consultorio de farmacia que, ofrece ultrasonografía, es un paquete atractivo, la consulta más el ultrasonido interpretado; c) ginecólogo en consultorio privado, aunque es menos frecuente debido al costo de la consulta; d) médicos familiares y/o generales en centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud, del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de la Secretaría de Servicios de Salud de la Ciudad de México; y con e) médicos familiares en instituciones de primer nivel del IMSS o ISSSTE, son muy pocas las que cuentan con derechohabencia. Apenas reciben una consulta porque ese tipo de seguridad no cubre el embarazo.

El recorrido por las instituciones del sistema de salud no garantiza la reflexión de las MAE sobre su atención, se queda en mera vivencia y la percepción valida la idea de que así funciona la AIN. En este punto, es claro que la experiencia no se construye si el sujeto se mantiene ajeno al funcionamiento de la sociedad. El problema no es exclusivo de las MAE, los TDS en el CCL tampoco reflexionan sobre el funcionamiento del sistema. No es raro que se formen una opinión sobre la situación de las MAE, porque es lo inmediato, dejan fuera los aspectos estructurales y organizacionales de la sociedad y sus instituciones.

5.2 ENTRE EXPECTATIVAS Y TRABAJO TÉCNICO. “ENFERMERA DEL AMOR”.

En el CCL de la UTQ la atención inicia con un llamado: ¡Enfermera del amor! Un juego de palabras que hacen camilleros y EPi, al sustituir el cargo de enfermera de labor (EdL). En la estructura burocrático-administrativa no existe, enfermería creó el puesto y asignó funciones específicas dentro de la UTQ. En el siguiente esquema presentamos las interrelaciones en este tramo del itinerario:



Esquema 4. Itinerario de la AIN en la Unidad Tocoquirúrgica. Elaboración propia.

La EdL responde al llamado, recorre unos metros y asoma medio cuerpo dado el diseño del área de transferencia, recibe el expediente y un reporte verbal, la síntesis del estado de la paciente. Los TDS del área, se centran en identificarla y revisar datos de alarma. Aunque, la información se dio con precisión, la EdL pregunta para corroborar que efectivamente se trata de ella. Esto responde a la exigencia de los estándares internacionales de la seguridad del paciente porque es el factor con mayor número de “errores” (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). La EdL, con expediente en mano, se dirige a la paciente por su nombre, pregunta si los datos del brazalete que trae son correctos, su respuesta afirmativa concluye “la entrega de paciente”. Llama al camillero para llevarla a la sala de labor.

El nombre de la paciente es un elemento emergente, aparece sólo en la formalidad del PAS, satisface criterios administrativos tantas veces sea necesario, luego desaparece y pasa al anonimato administrativo. La identifican bajo un pluralismo nominal o indicativo: señora, la de la cama, la del estudio, la de al lado, la otra. Llamarla por su nombre resulta confuso por la rotación del personal, pues no todos se graban los nombres y atienden diferentes tareas, lo mismo toman muestras a una paciente adulta que a una adolescente, salen a recoger estudios de laboratorio y al regresar a la UTQ, la paciente ya no está en su cama porque pasó a quirófano y de ahí a recuperación. Entonces, optan por ese tipo de atajos.

Antes de que la paciente sea ubicada en alguna de las camas, se ve rodeada por cuatro o seis personas, entre MR, EdL y EE. Todos realizan alguna acción, obtener datos para la historia clínica, para la hoja de enfermería, tomar signos vitales, canalizar, realizar tacto vaginal, tomar muestras para exámenes de laboratorio. La información se repite vez tras vez: *ha tenido sangrado, salida de líquido por la vagina, dolor de cabeza, ve luces*. La paciente se adscribe a esa lógica, no se le escucha decir, eso ya me lo preguntaron. Lo acepta porque ya está en el punto climático del trabajo de parto. Ella no entiende las acciones iterativas como parte de la seguridad en la atención.

Jenny tardó en llegar a la UTQ alrededor de hora y media, al Igual que todas las pacientes cubrió el itinerario de la AIN. Cuenta con el apoyo de su pareja y de ambas familias, pero el trabajo impidió a su pareja esperarla. Era el tercer hospital al que acudía, no sabía si lo que le habían dicho anteriormente era correcto o cierto, para ella lo más importante era el bienestar del bebé:

“Yo lo único que quería es que ya me recibieran en algún hospital, porque sentía que ya no podía, pero pensaba en que mi bebé estuviera bien y eso es lo que más te preocupa como mamá, porque yo no quería que le pasara nada, digo siempre vas a poner a tu hijo en primer lugar”.

La prioridad de Jenny es su bebé, para el HEGO es el binomio, lo cual es un acierto, significa que las acciones se dirigen a mantener la estabilidad de ambos. Su mayor motivación es la maternidad, anclada al deseo de formar una familia, para ella y los suyos no hay duda, porque todos vieron el esfuerzo que implicó pagar la

consulta de una ginecóloga, de práctica privada, parte de su control prenatal. Eso explica el trabajo diligente de su pareja quien mantenía dos fuentes de empleo informal. Así, legitimaba su paternidad y compromiso. La pareja causa controversia porque sus decisiones no se dan en medio de las crisis de la adolescencia, una institución educativa avalaba su formación, pero la pareja de Jenny ha batallado para encontrar trabajo formal, o sea, una relación contractual. Los empleos que ha tenido son de palabra, *chambas* que van saliendo y las puede tomar porque su formación técnica lo permite. Ellos llegaron hasta este momento gracias al esfuerzo y el apoyo de ambas familias, sobreviviendo a la cotidianidad marcada por el desempleo y el empleo temporal de tipo informal, así como vivir en una zona marginal, privados de la seguridad social. Ese conjunto de circunstancias animan a Jenny a validar el funcionamiento del HEGO:

“[...] sí sentía miedo porque ya cuando me pasaron ahí [se refiere a la sala de labor] no sabía qué iba a pasar, o sea, no sabía lo que iba a sentir al dar a luz, más que nada si mi bebé iba a estar bien, pero cuando vi cómo los doctores y las enfermeras me cuidaban me sentí más tranquila, porque pensaba ‘si algo llegara a pasar, aquí están todos ellos para ayudarnos’ [...]”

La visión de Jenny es la de la gran mayoría de pacientes que acuden a una institución pública de salud, cuando reciben atención en el momento agudo, dejan fuera de su experiencia muchos elementos. Por ejemplo, el PAS no se modifica ante las expresiones de dolor de las pacientes. Las MAE a veces gritan: “*me duele mucho, ya no aguanto*”; lo acompañan de movimientos corporales, arquean la espalda, encogen o elevan el tórax. Médicos y enfermeras restringen esos movimientos al indicarles que no favorecen el trabajo de parto. La indicación puede ser muy clínica y, al mismo tiempo, antagónica a la necesidad concreta de la MAE, quien busca anticiparse al dolor y tolerarlo. Además, el tiempo de espera en la sala de labor está relacionado con la *evolución* del parto, tiene indicadores fisiológicos y anatómicos, los verbales por parte de la MAE son los que menos cuentan. La razón es simple, ellas no son “expertas en su cuerpo ni del embarazo”; ambos son objetos de la biomedicina.

Fisiología y anatomía son constructos disciplinares que guían la praxis de medicina y enfermería, mas no tienen límites tan claros como se piensa. La mejor evidencia aparece en el cuerpo de la mujer embarazada, quien trata de entender y explicar el malestar que siente debido a las contracciones, los “dolores de parto”. Para la MAE es difícil conciliar los datos anatómico-fisiológicos con lo que pasa en su cuerpo, cuando escucha la indicación “*no la podemos pasar, todavía falta*” o “*no ha dilatado lo suficiente*”, escapa a su entendimiento porque oscila entre el intenso dolor que siente y la insuficiente dilatación del cérvix, condición necesaria del parto. En la UTQ la expresión del malestar, dolor, miedo, incertidumbre, es común, pero no organiza el PAS. Los médicos discriminan los movimientos posturales, los reflejos de prensión (agarre) que funcionan como mecanismo equilibrador para la MAE. La fuerza que denota su agarre busca liberar el dolor concentrado en el área pélvica y los tejidos que revisten los órganos internos como el útero. Los TDS se guían por criterios técnico-procedimentales, el tacto y la mirada “especializada”, ambos tienen respaldo científico y años de adiestramiento. Jenny es ajena a ello, sin embargo, entendía que debía esperar, finalmente ya estaba ahí, aunque sintiera vívidamente que su bebé ya debía nacer.

En ese tramo del itinerario de la AIN el manejo del parto depende de la integración de datos. Los médicos siguen el algoritmo indicado en las guías de práctica clínica (gpc), pero hay variaciones en el PAS dependiendo quién reúna la información. Las acciones guiadas por el algoritmo diagnóstico, siempre se están ajustando, el hecho inconcuso es el nacimiento. Ahí radica la importancia de encontrarse en el CCL y no es extraño, sucede con los eventos vitales de gran trascendencia como éste y la muerte; mantienen expectantes a los TDS (Glaser & Strauss, 1980). Transcurrieron dos horas desde que ingresaron a Jenny a la UTQ, después de hacerle un tacto vaginal, un MR2 reportó que tenía nueve centímetros de dilatación y pidió que la pasaran a quirófano, se acercó una MR3 y volvió a hacerle el tacto, Jenny expresaba en el rostro facies de dolor. Instantes después informó que no tenía nueve sino ocho centímetros, todavía había que esperar un poco más. Minutos después llegó la MAd y preguntó quién había dicho que tenía nueve mientras se colocaba un guante y por tercera ocasión le decía a Jenny que

le tenía que hacer el tacto. La MAd dijo que tenía siete si acaso ocho de dilatación y pidió se corrigiera la nota y se le dejara ocho, al alejarse el MR2 que hizo el primer tacto en ese breve tiempo, se extrañó y sostuvo que tenía nueve. Pasó una hora más antes de reunir los criterios clínicos de la expulsión.

Jenny es ajena a los procesos formativos de la especialidad de ginecología y obstetricia, sí distingue que hay estudiantes, pero todos son *doctores*, por su parte ni los MAd ni los MR están interesados en aclarar su posición administrativa con las pacientes. Es parte de las prácticas laborales, un atajo, porque implicaría que el MAd estuviera al frente del PAS de todas las pacientes, coordinando las actividades. Lo cual le obligaría a informar a cada una de las pacientes si están de acuerdo y autorizan que un MR (estudiante) realice los procedimientos. Entonces, el MR sería eventualmente su médico tratante. Varios factores intervienen para que no suceda así, desde la organización de la UTQ, la falta de TDS, particularmente especialistas. Tales condiciones laborales dan origen a esas prácticas laborales y culturales en el CCL, no son meras ocurrencias, se ajustan a la demanda del servicio que escapa a la competencia de los TDS.

En un instante el movimiento en la UTQ se torna caótico, se ocupan diez de las doce camas hospitalarias, apenas separadas por una distancia mínima de un metro. Cuando el servicio se satura, las pacientes que ingresan se quedan en la camilla, acomodadas en el pasillo y las trasladan a una cama conforme se desocupa. Durante la estancia en el servicio nunca me tocó ver que todos los quirófanos se ocuparan, pero es un hecho que no todos funcionan. En uno fallaba la instalación de oxígeno, en otro algo del equipo no funcionaba. Sin embargo, todos cuentan con instalaciones de oxígeno, tomas de aire, tomas para succión, monitores, lámparas empotradas que pueden acomodarse según la orientación en la que se coloque el paciente, la zona del cuerpo que se vaya a intervenir. Así como, las características y preferencias del MAd o MR4. Todos los quirófanos dan esa libertad para la movilidad del equipo y del personal.

En el plano de realidad de las pacientes la UTQ funciona, desconocen que el servicio depende de la coordinación de las jefaturas médica y de enfermería, la cual absorbe la mayor carga de actividades técnico-administrativas. Si bien, tiene

autonomía para la ejecución de sus actividades, es inevitable depender de la autorización de la jefatura médica para otras actividades. Enfermería como disciplina, ha batallado mucho para posicionarse dentro de las instituciones de salud, acreditar su objeto de conocimiento y especialización (Allen, 2015; Bishop & Scudder, 1985). La disciplina encontró en la política nacional sobre la calidad de los servicios de salud un rol preponderante, pero su participación ha sido marginal en la construcción de las políticas de calidad, desde el inicio se le considero como instancia operativa. Sin embargo, la jefatura de enfermería es responsable, por obligación, de supervisar el cumplimiento de cada uno de los estándares que evalúan la calidad del servicio.

Las asimetrías entre medicina y enfermería tienen historia, la enfermera creció bajo la idea del cuidado y la asistencia, marcada fuertemente por ejes sociales, culturales y de género. Además, la asimetría en torno al nivel de conocimiento data de varios siglos, bajo la idea de que cualquiera puede prodigar cuidados, por ende, no requiere conocimiento especializado, sino sentido común y voluntad (Guillén Velasco & Compton García Fuentes, 2016). En la AIN esos problemas no están resueltos, sólo han tomado otras directrices a partir del trabajo, más que del bienestar del paciente. Muchas de las diferencias vigentes en la relación médico-enfermera es que se asumen como disciplinas insignes de la AIN. Aun así, mantienen tensión en múltiples vertientes, ética, profesional, laboral, (Bishop & Scudder, 1985) y no desaparecen bajo las premisas del modelo de atención. Sin embargo, *lo institucional* busca generar un sentido, <<todos los TDS tienen el mismo objetivo>>, el bienestar del paciente. No obstante, el médico centra su visión sobre la enfermedad, en lo biológico, mientras que la visión de enfermería se enfoca en el cuidado (Allen, 2015). Es un abanico de actividades que el médico no atiende, pero son fundamentales para el PAS porque brindan bienestar a las pacientes. Hay áreas o servicios que por su complejidad representan un desafío constante para las enfermeras, incluso algunas deben especializarse para rotar o estar adscritas ahí. Aun así, no dejan de ser vistas como apoyo de los médicos. Ahora, no significa que la enfermera especialista siempre esté en el servicio clínico de acuerdo a su perfil.

Lo anterior contradice nuevamente al modelo de atención porque trabajar en el mismo servicio no implica tener la misma visión ni objetivos, aunque así lo plantea el discurso institucional. Enfermería tiene una visión sobre las necesidades de las pacientes y las condiciones para brindarles mejor atención, y la visión del médico disiente de ello y fija otras prioridades. Dinámica que se mantiene a lo largo de la trayectoria de la AIN:

“Son situaciones inexplicables, con él [se refiere al médico, jefe del servicio] tuve muchos roces, roces hasta incómodos. [Replica un diálogo que sostuvo con el MAdS de la UTQ en una reunión] -Doctor es que tenemos que hacer esto, -No, no se puede [...], -Doctor, es que los médicos residentes no respetan esto, necesito que me apoye, -Es que tú les faltas al respeto, -No, yo no les faltó al respeto [...].”

Jefa enfermera de la UTQ

“Somos un equipo, esto [la UTQ] no podría funcionar si no trabajáramos en equipo. Cada uno sabe su función, lo que le toca. Sobre todo, tenemos claro que estamos aquí para el beneficio de nuestras pacientes. Claro, todos sabemos que el sistema no funciona bien, pero aquí sí tratamos de trabajar en equipo y tenemos buenos resultados. [...].”

Médico adscrito de la UTQ

Las MAE reciben atención al mismo tiempo que desconocen las dinámicas de encuentro/desencuentro, antagonismo/colaboración. Ellas no son responsables de coordinar el trabajo, pero sí afecta su PAS porque no se concreta bajo la sinergia planteada por el modelo de atención. Las tensiones no son eventos fortuitos, son parte de la cotidianidad del PAS. Esa característica propicia que, funcione como crisol de significados (Castoriadis, 2013), funde la vivencia de los TDS, la de las MAE y los familiares. Entonces, no hay múltiples realidades, sino sentidos y significados que cada uno construye. La dinámica derivada de la estructura de la AIN ejerce una lógica en las prácticas que se validan y normalizan. Por ejemplo, la saturación de los servicios se traduce en exigencias laborales, genera estrés, tensiones entre los TDS, por supuesto tiempo de espera para las MAE.

La espera es un tópico que no extraña a los TDS, pero no se reduce al tiempo transcurrido para recibir atención, influyen varios factores. Auyero (2015: 64-91) expone con nitidez la colisión de intereses, grupos de poder y afectados, los

espacios donde se trazan lógicas de acción y al rastrearlas se hallan los patrones, la gente necesitada centra su mirada en el otro, detrás del mostrador o escritorio. La prolongada espera, la negativa o la dilación, por fin tiene rostro. No obstante, la visión es parcial y pletórica de emociones; el necesitado lo considera pieza clave del mal funcionamiento institucional, lo califica de arrogante y malhumorado. Sin duda, pasa, pero hay otros planos de la interrelación. La sensación de “lo urgente” anima al afectado a excluir la estructura en la que ambos se relacionan, pues se trata de un sistema y no del trabajo de uno. El cisma psicosocial afecta a ambos, porque el trabajador también pone rostro al quejoso, al demandante exasperado y sin proponérselo, ninguno considera todo aquello que escapa a las posibilidades de su praxis. De acuerdo con el trabajo de Le Breton (2010) el rostro es una construcción individual y colectiva, cubre un espectro amplio de cuestiones. Verse al espejo no significa conocerse, demanda mayor esfuerzo, tiempo, disposición, voluntad, alejarse de la cotidianidad, apagar ese ruido colectivo que hasta cierto punto impone al sujeto lo que es, pero no puede deshacer la necesidad de volver ahí, porque también pertenece. Entonces, conocer al otro no se logra concediendo una mirada superficial *al otro* en medio de condiciones apremiantes, aunque sí cataliza la definición *del otro*, queda enclaustrado en la figura de burócrata indiferente o en la joven mujer irresponsable. Ambos anulan el anamorfismo tan propio de lo humano; sólo prevalece el momento marcado por el conflicto.

Es más fácil buscar un culpable y ponerle rostro que disponerse, abrirse a la colaboración, partiendo de los principios de realidad presentes en la emergencia del encuentro. Los sujetos impelidos por la urgencia de su necesidad simplemente no consideran todo lo que no hicieron para anticiparse a las complicaciones, TDS, MAE o familiares. La práctica es iterativa, lo observamos en el CCL, por ejemplo, la saturación por demanda del servicio. Cuando el familiar y la MAE escuchan al TDS, indicándoles que no les prestarán el servicio, surge molestia, inconformidad, enojo, sensación de injusticia. La mezcla de emociones influye y modela su percepción, ni siquiera consideran que eso sucede no por la mera concentración de pacientes que acude al HEGO en un rango de tiempo. En el caso de las MAE y sus familiares avanzaron sin pensar en el tipo de servicio que requieren, al grado de incurrir en

francas omisiones. La decisión de no llevar control del embarazo, les aleja de los riesgos derivados de los cuidados de su salud, en el sentido activo planteado por Hersch Martínez & Salamanca González (2022) y Nordenfelt (2000). La responsabilidad se diluye en esa práctica social, movida por la urgencia, ya no escuchan las razones, sólo se enfocan en el sujeto, ni siquiera reconocen que la atención prenatal era la ruta para obtener su referencia y asegurar su PAS.

En la AIN convergen múltiples factores que afectan el PAS, a las omisiones de pacientes y familiares se suman las deficiencias del funcionamiento. Todo hospital público está obligado a reportar el número de camas, es el indicador de ocupación y disponibilidad, pero del total reportado, un porcentaje está descompuesto, lo cual reduce la posibilidad de atención. Aquí, entra la competencia de los TDS, si reportan o no en tiempo y forma las averías y faltantes, el reporte no garantiza atención inmediata. La observancia de los procedimientos administrativos sigue una ruta, por lo tanto, pasa a la siguiente instancia, a su vez ésta realiza el procedimiento propio de su área. A veces, la respuesta es negativa porque en ese momento no se cuenta con el material, o bien, se marca un tiempo de espera para que el área responsable autorice, realice la compra y lo surta. No es un camino llano, además de los problemas señalados están los relacionales, hablamos de los TDS que se desempeñan en puestos jerárquicos más altos, no están tan abiertos para recibir todos los reportes porque todo el sistema arrastra problemas de las administraciones pasadas (Martínez Narváez, 2013). A pesar de la importancia del asunto, no hay apertura para el diálogo, al contrario, hay un despliegue de poder derivado de la verticalidad de la estructura burocrática (Rossi Batista, 2018; Kilkauer, 2013; Weber, 2002), que exige “sacar el servicio”. En términos llanos, trabajar con lo que hay y mantener funcionando *las cosas*.

Las afectaciones al PAS son de la competencia colectiva. Las MAE no utilizan los recursos provistos por el sistema, es el caso de la referencia, predomina la idea de aventurarse en un peregrinaje por los hospitales públicos y ver dónde tienen *suerte* de recibir atención. Es una forma de excusarse de la responsabilidad sobre el cuidado de su embarazo, su lógica es dejarlo avanzar simplemente. Cuando llegue el tiempo del parto, alguien tendrá que hacerse responsable, es parte de una

lógica social. Todavía estaba oscuro cuando llegué al HEGO para dirigirme a la UTQ, era la primera semana de observación en ese servicio y quería estar presente durante el cambio de turno. Me parecía que era una de las áreas más interesantes y densas al mismo tiempo. Llamó mi atención que la mayoría de las camas estuviera ocupada y hubiera tres pacientes en camillas, esperando en el pasillo. Eso indicaba que el turno había estado pesado. La iluminación y el ruido constante en la UTQ genera la sensación de vivir siempre de día, me coloqué a distancia para registrar y pasaron como quince minutos cuando un ginecólogo de reputada experticia se acercó a mí para comentar:

MAds: Espero que eso quede en tu reporte, porque esto que ves no es raro. El problema es que nos llega todo lo que los otros hospitales no reciben o no quieren atender. Yo no me explico para qué se tiene un centro que debe distribuir los ingresos.

Yo: ¿Por qué? ¿En serio existe eso?

MAds: Claro, cada guardia tú tienes que reportar la capacidad que tienes en tu hospital, cuántas camas. Así, si la paciente viene del Estado de México no la vas a enviar hasta el sur ¿verdad? Sino [que], ves la capacidad del hospital más cercano.

Yo: Bueno, entonces ¿qué pasa? ¿por qué dice que no funciona?

MAds: Porque no lo toman en serio, yo trabajo en la velada de otro hospital y estoy como encargado del turno, y de pronto ves el desfiladero de pacientes y cosas que no corresponden, que no tienes lo necesario para atenderlas. Le preguntas al de la ambulancia ¿por qué te están llevando a ese tipo de pacientes? y te salen con que ‘no sé doc, fue la indicación que nos dieron por radio.

Yo: Entonces, sí hay una instancia que coordine los traslados.

MAds: Sí, pero no funciona les hablas a la central y les dices por qué están dirigiendo todo hacia ti, y el tipo que atiende te dice ‘yo no puedo hacer nada doc, si envío a las pacientes a otro lado se molestan y también son doctores’. Entonces, jódete tú porque tú porque no bateas a las pacientes. ¿Qué haces si tienes ahí la bronca?

Es un problema del sistema, se traduce en tiempo de espera para las pacientes. A veces, resulta muy prolongado y una vez que ingresa todo debería ser fluido. Sin embargo, la AIN se caracteriza por una constante espera, sea en la sala de urgencias o en la UTQ. A Mireya le tocó la saturación del servicio, hay dos pacientes en camilla antes que ella, las camas están ocupadas y sólo dos quirófanos están funcionando. En uno se realiza una cesárea y en otro un parto. Ella está en el pasillo

entre la sala de labor y los quirófanos. El dolor va *in crescendo*, sin opacar por completo su desconcierto sobre su PAS, dijo:

“[...] nada más me pasaron [se refiere al traslado de urgencias] y me dijo el camillero, ahorita vienen contigo, pero no sé cuánto se van a tardar, me preocupa que vaya a nacer mi bebé y estén con otras pacientes y no me alcancen a atender.”

En el plano de realidad de Mireya sólo está su necesidad y la angustia de no recibir atención oportuna. Es fácil asumir que los TDS soslayan ese aspecto, mas no es del todo correcto, hay un criterio pragmático, si el trabajo de parto es rápido, tienen la capacidad de reacción porque las pacientes se encuentran ahí. Mientras Mireya se siente aturdida por el dolor y abrumada por la incertidumbre, la dinámica de la UTQ está en pleno vigor. La jefa supervisa si las EPi asisten a las pacientes, sabe que es su responsabilidad la observancia de la norma en el área y debe ponerse firme, eso genera tensiones en el ambiente. Era común escucharla hacer constantes señalamientos bien sustentados, no por eso bien recibidos por los otros TDS, tanto médicos como enfermeras y trabajadores de limpieza:

EPi: Doctora [se dirige a una MIP] ya les he dicho una y otra vez que por aquí no puede salir.

MIP: Es que tengo que ir rápido por unos resultados.

EPi: Sí doctora, pero para eso está el vestidor y no puede salir con el uniforme quirúrgico. Cuántas veces se los he dicho.

La supervisión que realizaba, muchos la entendían como vigilancia punitiva, para infortunio de quienes pensaban eso, también se extendía al interior de la UTQ porque la consigna para ella, como jefa del servicio, es mantener el área estéril. Tarea ingrata porque depende de la colaboración de muchos. En otra ocasión, asumiendo su rol, se dirigió a todos los médicos, residentes y adscritos:

EPi: A ver doctores ya se les ha dicho que aquí no pueden tener sus mochilas ni bolsas. Así que por favor las sacan, guárdenlas en sus casilleros o gavetas, pero aquí no las pueden pasar. Ya lo saben, no tengo por qué estárselos recordando.

La indicación no fue bien recibida, pero la jefa permaneció firme, plantada en medio de la sala de labor, mirando hacia el control de los médicos, no desviaba la mirada al control de enfermería porque ellas no tenían sus cosas en el área. Con evidente molestia MR y MAdS tomaban sus mochilas para sacarlas. Nadie dijo: *tiene razón*, tampoco expresó por qué sus pertenencias estaban ahí. La realidad es que los MR no cuentan con un lugar seguro para guardar cosas personales, viven en constante mudanza dentro del HEGO, se les ve cargando su mochila, por lo general siempre abultada, y su máquina de escribir. Aunque, están en el lugar que deben, haciendo sus funciones, nadie se ocupa de resolverlo, quizá porque saben que los espacios son insuficientes incluso para los mismos TDS de base. A diferencia de los MR, su posición les concede un margen de acción, se apropian de ciertos espacios para su gremio. Las EE tampoco tenían sus pertenencias en el área porque la jefa les permite dejarlas en la jefatura. Todos se mueven la misma área física, pero esos problemas cotidianos se solucionan de forma gremial.

La mirada de la jefa de la UTQ se mantiene activa y cercana, la limpieza es otro punto álgido. Entre el ir y venir de personas que portan la misma vestimenta, pijama quirúrgico, gorro, cubrebocas y botas, una trabajadora se distingue, va y viene con un “mop” y una cubeta. Al observar las condiciones en las que realiza su labor me hizo pensar en la futilidad, su trabajo es esencial para el PAS, la cirugía no se lleva a cabo si el quirófano está sucio, así esté el cirujano más reputado y la paciente tenga el mejor pronóstico. ¿Por qué futilidad? El área siempre debe estar limpia, pero se ensucia rápidamente, es una tarea inagotable, poco valorada. Pese al robusto marco de criterios técnico-normativos, no observé alguna técnica en la limpieza de las áreas. La trabajadora de limpieza se concentra en evitar que haya huellas, ni manchas de sangre en el piso. Las trabajadoras asignadas a esa área no llegan con la mejor disposición porque saben que su jornada estará “pesada”. A diferencia de los TDS del HEGO, ellas no pueden solicitar más personal, es una la asignada y absorbe toda la carga de trabajo. El hartazgo de la trabajadora es evidente, sin duda tenía más de cuarenta años, le resultaba difícil seguir el ritmo de las exigencias. Además, tampoco cuenta con los insumos necesarios para ejecutar su labor, no usa algún líquido especial, percibo un ligero olor a cloro, no hay una

dilución calculada, ni siquiera a “ojo de buen cubero”. El criterio que norma el uso del líquido es hacerlo rendir. El líquido de la cubeta no siempre huele a lo mismo, a veces sólo percibía el perfume del limpiador, no había agregado cloro. Mientras trapeaba uno de los quirófanos aproveché para dialogar con ella:

Yo: Es pesado estar limpiando a cada rato ¿en algún momento siente que termina?

TL: No, es cuento de nunca acabar, apenas acabas de limpiar y vas para otro lado y oyes la voz de la enfermera ‘Señora Jose, por favor el quirófano’ ‘Señora Jose, por favor en el control de enfermería’ o que en la sala y así me traen todo el día.

Yo: Oiga y cómo le hace con el material ¿le alcanza? Porque tiene que cambiar el agua a cada rato.

TL: No siempre nos dan lo que necesitamos para limpiar. Sabes que tienes que llegar temprano para que te den el material. La jefa [de la UTQ] sí anda detrás de mí para que esté limpio, pero qué hago si no me dan cloro o me dan un bote chiquito como de un litro y yo tengo que ver que me rinda porque no me lo puedo acabar en un día y aquí a cada rato hay que estar limpiando. Si voy a pedir más me dicen ‘ya te dimos y ten en cuenta que no sólo es tu área’.

Yo: Entonces ¿aquí no le dan, aunque vean que le hace falta?

TL: ¡Uy! Nooo, una vez se me ocurrió pedir unos guantes y me fue como en feria, yo no sabía que aquí usan unos guantes que no son para limpiar y hasta me regañaron, pero yo no quería esos con los que revisan a las pacientes, sino de los que usamos para limpiar.”

La UTQ cuenta con su propio almacén de soluciones, fármacos, ropería, áreas sépticas (cuartos donde se almacena todo el material de limpieza general), pero no es su responsabilidad ni función dotar del material de limpieza porque se trata de un servicio subrogado, la Compañía debe hacerlo. Ahí está un punto de tensión que da lugar al conflicto, porque el trabajador de limpieza no puede responder a las exigencias del servicio y la Compañía tiene un tope de gastos con el cual se comprometió a brindar el servicio. Los detalles del tipo de servicio están asentados en un contrato. Esas dinámicas dan cuenta de las distancias entre la política del Estado y la realidad social. En lo formal, para el Estado, la federalización de los servicios de salud, como la descentralización de las instituciones fue un acierto, no sólo administrativo, también social, pero el efecto real se observa en el CCL. Emergen las deficiencias estructurales, organizativas y los remiendos funcionales guiados por los TDS y la incorporación de éstas en las MAE. Entre los TDS nadie

duda que la UTQ debe mantenerse limpia, pero no hay certeza de qué tan limpias estén las áreas quirúrgicas. Ahora, no sólo es cuestión de insumos, también de prácticas, muchas se han normalizado y a otros servicios les toca batallar con eso. La jefa de epidemiología expresó una preocupación al respecto:

“Yo no sé cómo hacerle entender a los residentes y a los mismos cirujanos que no pueden andar con el pijama quirúrgico por las áreas hospitalarias y menos en la calle. Hay estudios que reportan la cantidad de microorganismos que arrastran a las áreas quirúrgicas en la valenciana del pantalón. Les dices y como si no les hubieras dicho nada. Creo que hay un problema en la percepción del riesgo”.

La epidemióloga y la EPI, jefa de la UTQ, coinciden en el punto de la observancia de la norma, mas no hay diálogo entre ellas. En consecuencia, no hay proyecto o propuesta de trabajo para atender el problema sistémico. Las acciones se reducen al mínimo, ambas realizan una supervisión instalada en señalamientos directos que, acaban en resignación ante una realidad difícil de transformar. Sin embargo, encuentran algún beneficio dada su posición dentro del CCL, esos señalamientos no los hace cualquier TDS, se tolera que vengan de parte del jefe, aunque tampoco significa que los atenderán.

Esas dinámicas entran en una zona gris, porque no son, stricto sensu, parte del PAS, sino condiciones necesarias para su concreción y guía hacia la construcción de diferentes objetos que demanda la atención de los TDS según su área. Esa lógica es la que propicia y sostiene las interrelaciones laborales de tipo puntual. Transcurren las horas de la jornada laboral, los TDS están concentrados en la UTQ, observo cómo se diferencian sus actividades. Hay momentos en que las EPI se vuelcan en procedimientos en torno a las pacientes, mientras MAdS y MR están relajados, incluso reunidos en una clase espontánea. En otro momento, se invierte la dinámica, los médicos no se dan abasto, pero las EPI no intervienen porque no son actividades de su competencia. Un tercer momento, es cuando ambos grupos realizan distintas actividades de forma simultánea sobre la misma paciente, pero no es trabajo colaborativo, sino ejecución de sus respectivas rutinas. Los productos resultantes dan cuenta de la actividad de cada disciplina, no son parte de un análisis o discusión del PAS de la paciente. Las rutinas son inevitables en la concreción del

PAS, en cada tramo del itinerario de la AIN los TDS tienen que generar evidencia laboral. Sin embargo, no todas las acciones realizadas se registran porque no las contemplan los manuales de procedimientos. Por ejemplo, Vania ingresó a la UTQ con datos *objetivos* de trabajo de parto en fase activa, pero después de tres horas en la sala de labor, no progresó y la MR3 que la asistía identificó datos de alarma. Lo comentó con el MAdS quien coincidió en que debían realizar una cesárea. De acuerdo a la gpc actualizada al 2014, el procedimiento es electivo y cuando el especialista lo decide debe asentar la evidencia (IMSS-048-08: 41-42).

La particularidad del asunto es que las pacientes que presentan tales condiciones obstétricas son desconocidas, en el sentido clínico. Entonces, todo se hace “sobre la marcha”. En el caso de Vania la cesárea estaba justificada, pero sentía miedo del procedimiento, pensaba en el peor escenario. La MR vio que estaba muy nerviosa, las horas que tenía en trabajo de parto apuntaban a la pérdida del bienestar fetal. Cuando le explicó que ya tenía casi 4 horas en trabajo de parto sin aumentar la dilatación y la frecuencia cardíaca de su bebé estaba bajando, le dijo que no había razón para prolongar el parto. Si no aceptaba la cesárea, aumentaban los riesgos para ella y el producto. Vania mantuvo su negativa hacia el procedimiento quirúrgico, justificándose en el dolor, el miedo y el pronóstico inicial que le habían dado:

“No doctora, es que yo no quiero la operación, cuando me ingresaron me dijeron que mi bebé iba a ser parto natural. No creo que la vaya a aguantar [la cesárea], mejor que sea por parto como me habían dicho”.

En medio del dolor provocado por las contracciones, cada vez más intensas, Vania tenía claridad sobre lo que no quería, sin integrar la información que la MR le daba. La MR3 entendía la situación de Vania, pero tiene la evidencia clínica en la mano, literalmente, no puede administrar más fármaco y el ecocardiograma mostraba alteración en la frecuencia cardíaca del bebé. Al ver que no lograba ningún acuerdo con ella sobre el procedimiento, solicitó la presencia del familiar en la zona de transición de la UTQ, esperando que la hiciera entrar en razón. Minutos después, le avisaron que ya estaba el familiar y la MR3 pidió que trajeran a Vania, mientras

explicaba de forma concisa las razones probables por las cuales el trabajo de parto no evolucionaba y se justificaba la cesárea. No es usual ver a una paciente ser movilizada con todo y cama, las características de su diseño lo permitieron. Si la UTQ no contara con ese tipo de mobiliario, habrían tenido que solicitar pasarla a una camilla, y como se le iba a realizar un procedimiento quirúrgico, tendrían que regresarla a su cama en lo que preparan el quirófano. Tras escuchar el informe de la MR, la familiar preguntó si no podían esperar más, anticipando que Vania se negaría al procedimiento por miedo al dolor. La respuesta fue la misma, finalmente la familiar reconoció que no había otra opción y aceptó hablar con ella. Entendió los riesgos presentes, por supuesto, estaba consciente de la negativa de Vania hacia el procedimiento:

Fam: ¿Por qué no dejas que la doctora te haga la cesárea? Estás poniendo en riesgo a tu bebé y a ti misma.

Vania: No tía, es que me va a doler mucho y me dijeron que iba a ser parto normal.

Fam: Sí, pero ya te explicaron que no avanzas y el bebé ya comienza a tener complicaciones. Si no aceptas te vas a poner mal tú y tu bebé. Ahora también piensa, si te pasa algo ¿yo qué le voy a decir a tus papás?

Vania: Por eso yo quería que viniera mi mamá... [llora]

Fam: Sí, pero no está y ¿qué hacemos? Ella no puede regresar ahorita desde donde está, así que, hazle caso a los doctores, pues ellos saben.

Después del breve diálogo, Vania aceptó la cesárea y la MR3 de inmediato les pasó el formato del consentimiento informado para que ambas firmaran. La mamá de Vania había viajado a Veracruz por un asunto familiar urgente, su red de apoyo es limitada y la única que podía apoyarla era su cuñada, hermana de su exesposo. La tía no podía disimular su preocupación al escuchar que durante la cirugía podía ocurrir: hemorragia, desgarros, falla cardíaca, lesión de otros órganos, lista de riesgos que se extendía. Entonces, preguntó: *¿todo eso le va a pasar?* La MR3 respondió que no, pero debía informarle. Ante el marco catastrófico, la tía de Vania recurrió a su sistema de creencias y expresó en voz alta: *“Primero Dios todo saldrá bien”*. La MR3 respondió sin titubear: *“Sí, primero Dios todo saldrá bien”*. Después de unos minutos, Vania se encontraba en la mesa de operaciones, inconsciente. De

acuerdo a las gpc para realizar el procedimiento quirúrgico se recomienda anestesia tópica, ya que la general se ha asociado con riesgos como intubación fallida y aspiración de contenido gástrico. En este caso la decisión de la anestesia general se tomó con libertad, pues ya se contaba con el consentimiento informado firmado, y los médicos no quisieron correr más riesgos dado el nivel de ansiedad mostrado por Vania.

La cirugía ocurrió sin eventos lamentables y en una hora fue trasladada al área de recuperación para continuar con su atención. La MR3 no volvió a tener contacto con Vania, a su juicio todo se hizo conforme al marco normativo. Al dialogar con ella sobre el evento comentó:

MR3: No crea que es extraño que pase esto. Aquí en la Toco pasa muy seguido. Sí uno entiende, sobre todo, cuando son adolescentes, pues son casi niñas. Entonces, por eso buscas el apoyo del familiar.

Yo: ¿Y les ha tocado el caso de que alguna paciente adolescente de plano no acepte y su mamá o papá la apoye?

MR3: No, no se ha dado, bueno a mí no me ha tocado. A veces, sí te cuesta trabajo incluso convencer a los papás, pero es que no hay de otra. Lo más fácil para nosotros sería, ok no quiere, le damos su alta voluntaria y que la lleven a otro hospital. Pero, si en el camino le pasa algo, que es lo más seguro, la bronca nos la avientan a nosotros no al familiar o a la paciente por irresponsables.

La MR expone un buen punto, el sistema de salud no tiene forma de mediar sobre la responsabilidad de las personas y, las herramientas administrativas como el consentimiento informado no trasciende en la complejidad del asunto, sólo cubre una formalidad porque no exime a los TDS de posibles conflictos. La firma del documento se da bajo la premisa de avanzar en el itinerario de la AIN, familiar y MAE entienden que, no firmarlo impide continuar el PAS. Así, el consentimiento informado es un requisito formal, cumple varias funciones, la principal es librar a los TDS de responsabilidades administrativas y legales, porque sí se acompaña de reportes verbales. Otra, es la confirmación de la solidez de lo institucional, efecto contrastante con la realidad social del PAS; el documento no da certeza ni confianza al paciente ni al familiar, quienes, al escuchar los riesgos adyacentes al procedimiento, les hace pensar que están aceptando algo inseguro. El asunto no

mejora porque no hay tiempo suficiente para entender con detalle la información, técnica y densa. La firma debe hacerse *ipso facto*. El conflicto es entendible, pues se trata de un procedimiento quirúrgico no planeado.

El análisis no puede reducirse a la relación médico-paciente, ambos se mueven en la estructura de la AIN, lidian con todo lo que no considera el modelo oficial y su cauda documental técnico-administrativa. En este punto conviene ser precavidos, el marco normativo no da mayor certeza a la concreción del PAS, su foco es el sustento de la formalidad, es decir, la regulación de las acciones conforme a derecho. En nuestra sociedad institucional, fanal de la conducta humana. Murillo, Levitsky y Brinks (2021) destacan <<lo formal>>, característica de las instituciones *versus* la informalidad de las prácticas. En su trabajo despunta el nivel individual que, entraña el funcionamiento adecuado o no, pero quedarían fuera aspectos que escapan a la competencia de los TDS, por ejemplo, la falta de atención prenatal, la fragmentación del sistema de salud que limita el conocimiento *del caso*. Situaciones <<reales>> que no eximen a los TDS de responsabilidad ante al marco normativo vigente. Si aumentamos el nivel de fineza del análisis, hallamos un fundamento dimanado del derecho y robustece *lo institucional*, la teoría del órgano. Kelsen (1992) estipula que independientemente de quién ocupe el cargo o puesto, la institución no altera su funcionamiento. Entonces, hablamos de una representatividad vinculada a la constante interpretación que el sujeto debe realizar como tarea inherente a su puesto. Sin embargo, al tratarse de un sistema relacional el sujeto que ocupa el cargo no decide sólo con base en la evidencia, tampoco en estricto apego al marco normativo. De manera que, *lo informal* en el PAS no se da en los términos descritos por los autores, es una mezcla entre conocimiento, información, ignorancia, intencionalidad, agencia, evitación de lo normativo, no sólo de los TDS, también de las MAE y sus familiares. Además, en el CCL encontramos también que muchos TDS están convencidos de que la AIN, su estructura, lejos de brindar el mayor beneficio a las pacientes, lo complica.

5.3 LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE RECUPERACIÓN DE LA UTQ. “PERO UNO LES DICE Y NO HACEN CASO”

El itinerario de la AIN establece que las pacientes puérperas, sean de parto o cesárea, pasen de quirófano a Recuperación. La estadía es breve, pero se justifica por razones técnicas y administrativas. En las primeras ubicamos los riesgos por contaminación, infección nosocomial, por la entrada y salida de TDS. Le siguen las procedimentales, sería un error en la administración del servicio impedir el uso continuo del espacio quirúrgico. El servicio de Recuperación propicia el contacto del binomio materno, excepto con las pacientes que presentan complicaciones como hipertensión, hemorragias o cardiopatías y se valora su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA). El pronóstico clínico esperado es hacia el servicio de Alojamiento Conjunto, donde la madre es trasladada junto con su bebé. El destino cambia cuando se identifican factores de riesgo, si es el caso, la MAE se ingresa al servicio de Puerperio Complicado, hay una separación del binomio, la madre requiere de ciertos cuidados de tipo intermedio, mientras que el bebé, dependiendo de su condición será ingresado al servicio de Neonatología o a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Cuando no hay complicaciones el servicio proporciona condiciones de recuperación a las mujeres que recién acaban de parir. El ingreso es por un pasillo interno, la lógica es la misma “entrega y recepción de paciente”. Aunque las áreas, sala de labor, quirófano, pediatría y recuperación pertenecen a la UTQ, se manejan como si fueran separadas. En consecuencia, hay rutinas que sigue cada una. La EPi verifica datos y particularidades, en cada ingreso: higiene de la paciente, el estado de las curaciones, permeabilidad de venoclisis, si hay problemas de infiltración de soluciones, la apariencia de la herida cuando es cesárea, el vendaje. Asimismo, las preguntas para verificar datos de identidad, igual las que indagan posibles complicaciones en el puerperio. El trabajo de la EPi de recuperación es minucioso, si los criterios de *entrega* de la paciente quedan satisfechos, la recibe en el servicio, queda formalmente ingresada, por el contrario, si valora que algo no está bien, solicita a la EPi del área anterior, haga las modificaciones o correcciones pertinentes, administrativas o técnicas; cambiar algún vendaje, membrete, sonda,

venoclisis. La breve estancia genera tensiones, no importa que se trate del mismo servicio de la UTQ, las EPI de las distintas áreas se apegan a los procedimientos, de lo contrario el flujo se ve interrumpido. Cumplir con los criterios de ingreso “a la primera”, funciona como un tipo de marcador entre las enfermeras, les indica quién cumple, es comprometida o exigente, son distintivos positivos. Asimismo, tienen otros negativos para ubicar a las compañeras con las que “batallan más”. Las EPI de las otras áreas saben que la jefa de Recuperación es exigente, implica revisar con más cuidado cada detalle. Algunas lo agradecen y reconocen, otras no:

“Una sabe cómo va a estar el turno cuando ves quién está en cada servicio. Si ves a la jefa Anita en Recuperación, sabes que te va a exigir y eso mismo hace que te esfuerces por hacer mejor las cosas [...]”.

EPI en sala de labor de la UTQ

“Si estás aquí es porque sabes la responsabilidad que tienes, pero hay compañeras que nada les parece y por cualquier detalle arman un escándalo y ya quieren reportar[te] a la jefatura, la supervisión. [...]”.

EPI de pediatría de la UTQ

“Lo que yo no me explico es por qué si todas somos enfermeras tienes que estar sobre la otra compañera. Digo, sí tienes que hacer bien las cosas porque sabes que estás atendiendo a un paciente, un ser humano, pero ya cuando nada más le estás buscando cualquier detalle, eso cómo lo justificas o entiendes. Ahora, todos cometemos errores y ¿qué pasaría si en lugar de estar criticando le dices en qué se equivocó? [...] hay formas de decir las cosas y eso se nos olvida. La verdad no tienes por qué estar aguantando todo”.

EPI de sala de labor de la UTQ

“Nos hace falta mucha organización y comunicación, sobre todo. Aquí en el turno no nos dividimos a las pacientes como hacen en otros turnos, aquí las pacientes son de todos. Eso nos permite conocer a todas y apoyarnos, porque estamos para las pacientes y la verdad trabajas más a gusto”.

EPI de sala de labor de la UTQ

Si nos posicionamos desde el enfoque administrativo del modelo oficial, hallamos que los TDS se anclan a dos categorías, los estándares de calidad y las áreas de oportunidad; eufemismo utilizado para nombrar el error o fallo. Acto seguido, proceden a la corrección para evitar la interrupción de la sinergia porque todos parten de distintos puntos, pero surge la pregunta ¿qué se busca resolver?

La administración, no considera la praxis humana, sólo los procedimientos, se enfoca en lo que se cumple y las desviaciones. La narrativa de los TDS expresa la complejidad de las situaciones, su praxis articula el imaginario, lo normativo, lo teórico y laboral. No son meras opiniones, condensa criterios técnico-normativos, relacionales y valorales; gravitan en torno a sí mismos, su trabajo, su profesión, identidad y las pacientes. Por ejemplo, todas las enfermeras saben cuáles son sus funciones, pero no se posicionan de la misma forma en el CCL de la UTQ. En la concreción del PAS unas observan las fallas que todos tienen, otras encuentran evidencia de un trabajo deficiente o poco profesional. La observancia de la norma raya en la exageración para unas, para otras es fanal de sus prácticas laborales. En un turno se dividen las actividades, les parece más efectivo, en otros el trabajo en equipo es la mejor forma para brindar atención a las pacientes.

En unos turnos las interrelaciones son laborales y puntuales, no se centran en las pacientes, sino en la observancia del marco normativo y su interpretación. En otro, son más sociales, cercanas, pero es un hecho que los TDS no observan la norma por completo, aunque tampoco se apartan de ésta. Ninguno de los dos sentidos busca debilitar lo institucional, tampoco les impele a reflexionar sobre la complejidad de sus interrelaciones como TDS y las disparidades se concretan en el CCL. Todas las EPI pertenecen al mismo servicio, tienen el mismo marco administrativo que organiza el funcionamiento de la UTQ. Las EPI que *entregan* a la paciente o al recién nacido, saben los criterios de recepción, no son invención de ninguna de sus compañeras. Todas se guían por la misma ruta; abre su propia hoja de enfermería, revisa indicaciones, de ser necesario las actualiza, llena cada rubro, desde signos vitales, dieta, cuidados generales, registro de medicamentos. Asimismo, sabe que el cuidado de enfermería se traduce en vigilancia de los indicadores fisiológicos, temperatura, hemorragias, salida de líquidos, edema, pero ese conocimiento no logra mediar el encuentro entre ellas como TDS. Todas las EPI tienen claro que, una vez ingresada la paciente a la siguiente área, concluye su responsabilidad e inicia para quienes reciben, pero el criterio no lo observan todos los TDS. Nadie está dispuesto a recibir pacientes si el manejo fue deficiente. El asunto no se piensa sólo en términos del bienestar de la paciente, sino de las

implicaciones derivadas de “no revisar o supervisar” los procedimientos, si eso sucede, la siguiente área asumirá la responsabilidad y los pendientes. Entonces, las prácticas laborales se entrecruzan con prácticas socioculturales y centro no es la paciente sino la relación laboral. Misma que no sigue un solo sentido, ni está guiada por criterios técnico-administrativos, igual que la territorialidad laboral.

El modelo oficial establece acciones que apuntan hacia la mejora continua, pero en la concreción del PAS hallamos cómo la realidad social no se alinea a ello. Cada uno de los TDS puede apegarse a la norma y ejecutar sus técnicas de forma correcta, aun así, hay múltiples riesgos difíciles de anticipar o manejar. El principal factor es el perfil de las pacientes, pertenecen al grupo denominado “población abierta”. La gran mayoría llega al HEGO sin control prenatal o deficiente, muy pocas siguieron la ruta trazada por la AIN. Es una práctica social y participan TDS, MAE y familiares, impelidos por el imaginario de la medicina salvadora de vidas, los avances científicos, el derecho a la salud. Todo se desvanece cuando los resultados no son los esperados. Con puntualidad se ha señalado las fallas del sistema, sus deficiencias a veces centradas en la figura médica (Castro & Erviti, 2015; Castro & López Gómez, 2010), así como la dispraxis médica que busca definir el grado de responsabilidad del profesional involucrado (Díaz Aranda, 2012) y se torna en abigarrado proceso judicial. Lo complicado yace en el modelo oficial y el marco normativo, presentan las urgencias como algo manejable, bajo la lógica que siempre ocurrirán o llegarán en determinados servicios, soslayan el hecho que, en cualquier tramo del itinerario de AIN pueden suceder. Hay pacientes que no muestran mejoría, su condición empeora, como en el caso de Jenny. Evitar la muerte es apremiante, no hay tiempo para estudiar las causas, por supuesto manejan ciertas hipótesis. Sin embargo, causa tensión porque las pacientes son trasladadas del quirófano a Recuperación en estado consciente, es el criterio deseable. En los casos de anestesia general, se ingresan con un estado de vigilia disminuido y en Recuperación pasan los efectos. El pronóstico asentado es “estable” o “mejoría”. El surgimiento de complicaciones provoca tensión y los TDS la viven, la mayoría de las veces con referente etéreo de las implicaciones legales.

En el pasillo que comunica la UTQ con el servicio de Recuperación no inicia con el llamado de “enfermera del amor”, la *entrega* de paciente se percibe más solemne. Observo tensión con la EPI del servicio de pediatría, vez tras vez, la jefa de Recuperación no acepta a los neonatos, porque los encuentra con higiene deficiente, ropa con rastros de vómito, errores en el registro de alimentación. La jefa encuentra varios factores que justifican el rechazo. En el fondo, evita asumir responsabilidades extra, por el trabajo deficiente de otro servicio.

Las pacientes son ajenas a esas finezas, a su juicio, lo urgente ya quedó cubierto, su expectativa se enfoca en el egreso. Mientras llega, ellas quieren descansar, ver a su bebé, tenerlo cerca de ellas. Tampoco es una conducta generalizada, no todas piensan lo mismo, algunas prefieren que la EPI se ocupe de él mientras ellas duermen un poco:

“Me siento muy cansada, desde ayer estoy aquí. En la noche me dijeron que me podía regresar a mi casa y venir hoy temprano, pero mi mamá me dijo que así iba a ser muy difícil porque si me daban los dolores en la madrugada, cómo me traía y por eso anduve caminando y cuando regresamos sí me atendieron [...]”.

Paciente puérpera de 17 años en recuperación.

“Es la segunda vez que me ponen aquí a mi bebé, la enfermera ya me regañó porque dice que se me va a caer, pero ¿cómo? Si están los barandales de la cama. Y me dan ganas de decirle ‘¿no se lo puede llevar tantito para que [yo] duerma un poquito [ríe un poco]’”.

Paciente puérpera de 18 años en recuperación.

“[...] las enfermeras son mujeres y por la edad yo siento que ya tuvieron hijos, creo que nos podrían dar chance de dormir un poco, oye, acabas de tener un bebé y vienes adolorida, digo sé que tuve un bebé, pero parece que me acaban de dar una golpiza [...]”.

Paciente de 19 años en recuperación.

Al escuchar la narrativa de las MAE, podría asumir que así se sienten las mujeres primíparas, pero las mujeres adultas tenían la misma percepción en su segunda o tercera gesta. Tomemos en cuenta que cada una vive circunstancias particulares, de modo que la carga de trabajo, me refiero al trabajo no remunerado (Durán Heras, 2012), aumenta porque el embarazo actual no pone pausa a su rol materno precedente:

“Oiga es que uno ni se lo espera, cuando menos siente ya tiene aquí a la enfermera jalando cosas, arrastrando otras y uno con ganas de decirle ‘oye espérame si no he dormido’ [...]”.

Paciente de 32 años de edad en alojamiento conjunto.

“Mire, ya me trajeron hasta a los de psicología que porque la doctora les dijo que yo no quería a mi bebé. Se ponen a hablar sin saber, antes de venir al hospital tuve a mi hijo el más chico con calentura y pues no dormí. Así me la pasé dos noches y luego empecé con los dolores, pues ahorita que me acomodé me quedé bien dormida [...]”.

Paciente de 25 años en Alojamiento Conjunto.

El distanciamiento entre TDS y pacientes surge, precisamente, donde debería converger el cuidado y la necesidad de ser cuidado. Enfermería tiene como objeto disciplinar el cuidado y el sistema de salud plantea que las mujeres puérperas lo requieren, pero las EPI se posicionan en el CCL al privilegiar las rutinas laborales y disciplinarias, en el supuesto que, al ejecutarlas, están cuidando. No obstante, hay otra razón de fondo, los TDS saben que la evidencia de su trabajo no está en el trato directo con la paciente, sino en la ejecución de las rutinas, pues eso es lo que prueba la concreción del cuidado. En los registros de enfermería no se leen notas sobre cómo se permitió o favoreció el descanso que las pacientes reclaman. En las indicaciones médicas se lee el tipo de reposo indicado, acorde con datos de complicación o no durante su hospitalización, pero nada referente al descanso. Así, se van concatenando ciertas prácticas. Entonces, si el médico no señala la presencia de riesgos, enfermería dicta las condiciones de las horas de hospitalización y las MAE quedan involucradas en una serie de actividades que son parte del cuidado, pero contrarias a su necesidad concreta de descansar. Ahora, el riesgo de centrarse en las rutinas, si bien les ahorra tiempo en la jornada laboral, también aumenta la posibilidad de cometer algún error porque la lógica es avanzar en las actividades y registrar. No es extraño que alguna paciente refiera sentirse mareada e incluso sufra alguna caída tras acatar la indicación de la EPI.

Díaz Aranda (2012) acierta al señalar esos tramos de responsabilidad, pues durante el pase de visita médica, no aparecieron datos que indicaran riesgos, pero estos aparecen cuando la paciente se levanta de la cama para ir a bañarse o porque deben tenderle la cama. Ambas acciones son parte del plan de cuidados de

enfermería, por ende, de su rutina laboral. Sin embargo, muchas veces desvían la atención la voz de la paciente quien refiere: “*me siento mareada*”, “*no me puedo levantar*”, “*siento que me voy a caer*”, muchas enfermeras no acuden a sus propios registros, tensión arterial, temperatura, privilegian su *experiencia*. La disparidad a veces acaba en una caída que pudo prevenirse.

Esas dinámicas no se construyen estrictamente en el plano personal, el ambiente del CCL contribuye. El atardecer rápidamente mudaba hacia la noche, es el tiempo social (Valencia, 2018) que sigue distintos sentidos, para los TDS significa el término de su jornada laboral, aunque la intensidad de las actividades no declina en la UTQ. El ánimo de los TDS se mantiene, quizá estimulado por las exigencias que le supone el servicio (Bishop & Scudder, 1985), o por el magna de significados (Castoriadis, 2013) fundidos en torno a su profesionalismo. Ambos elementos del sistema simbólico que, se entrelazan con las características de los eventos biológicos albergados en la UTQ. El servicio puede estar saturado de pacientes, todas en trabajo de parto, pero sin alcanzar la fase activa, por lo tanto, en cualquier momento la actividad en el servicio aumentará.

El día ha sido ajetreado, el cambio en la luz natural actualizó mi estancia en la UTQ, siguiendo el PAS de Sandra, me di cuenta que ya no escuchaba el golpeteo constante de las teclas de las viejas máquinas de escribir, ni las alarmas de los monitores, tampoco el del ultrasonógrafo, todo se había fundido y al mismo tiempo los había discriminado. Quizá estaba más enfocado en la incomodidad física, causada por el calor, dado el mal diseño del espacio físico, que fue aumentando antes del mediodía. Lo tengo presente porque el parto de Sandra se prolongó y súbitamente se escuchó la voz “*quirófano*”, en un santiamén se encontraba en la mesa quirúrgica y en menos de cuarenta minutos ya estaba siendo trasladada al área de Recuperación. El cambio en el ambiente era total, lo primero que se percibe es la diferencia de temperatura, el área me pareció fresca, aunque varias pacientes decían sentir frío. Otro aspecto distintivo es el ruido, es mínimo y el área huele a limpio, olor que se desprende de la ropa de cama, del detergente con el cual las lavan. En ese momento, Recuperación se encontraba vacío, la única paciente que había antes de Sandra ya estaba lista para pasar a piso. La jefa entregó los

documentos y pidió a su compañera de servicio hiciera la entrega de paciente y una voz la distrajo: “ingresa paciente”. En seguida se ocupó del ingreso, revisó el expediente, hizo las preguntas de rutina y la aceptó. Casi al final llegaron tres EE, les pidió concluir el ingreso y ejecutar algunas rutinas. Ellas se mostraban inseguras, se acercaban con nerviosismo y desconocimiento, les daba risa y se miraban unas a otras. Ese comportamiento no lo observé con los MdP, se posicionaban ante las pacientes desde su identidad como <<doctores>>. Cuando la jefa del servicio entregó a Sandra a su bebé para que la alimentara, les pidió que la ayudaran con la técnica de lactancia. Una de las EE mostró iniciativa:

“Coloca tu brazo en forma de ‘c’ para que agarres bien a tu bebé y no te quede muy abajo, lo tienes que acercar a tu pecho para que lo sienta. Si ves que no encuentra el pezón, acércaselo a los labios, en las comisuras para que ella lo busque. Debes asegurarte que lo succione todo, porque si no te va a lastimar”.

Estudiante de enfermería.

La técnica no resultó, la bebé de Sandra no lograba mantener la succión, el llanto se hizo más marcado. La EE no sabía cómo ayudarla, se mostraba nerviosa. La jefa se percató de ello, suspendió la actividad que realizaba y retomó la técnica de lactancia corrigiendo varios puntos, enfatizó la posición y la comodidad, cómo “el recién nacido” debía tomar la mama, cuidando que su boca abarcara toda el área alrededor del pezón, no sólo el pezón. Así, se previenen lesiones para la mamá. Sandra intentaba la ejecutar la técnica sin conseguirlo y su bebé se desesperaba, cuando lo logró el llanto cesó.

La lactancia en el CCL encuentra contradicciones con la directriz internacional e institucional que la promueven (Organización Panamericana de la Salud, 2016); la investigación realizada aporta datos con manejo estadístico pulcro (González de Cossío Martínez & Hernández Cordero, 2016) satisface la formalidad académica, pero la evidencia etnográfica los contraviene porque no consideran la concreción del PAS. Tomemos el itinerario de la AIN, una vez resuelto el embarazo, por parto o cesárea, las acciones no se encaminan a la lactancia materna, ésta es una actividad periférica. A pesar de la evidencia sobre los riesgos para la madre y el recién nacido, no se replantea el tiempo de hospitalización bajo el criterio de lograr

una lactancia materna exitosa. El HEGO como cualquier otro hospital público, está obligado a funcionar observando los criterios de eficiencia y productividad.

El tiempo en Recuperación transcurría, Sandra no pudo hallar la posición cómoda de la que habló la EPI, atendiendo a la directriz institucional referente a la promoción de la lactancia materna. Sintió alivio cuando una EE le pidió a su bebé para revisarla, la tomó y como sabía que acababa de alimentarla, le ayudó a eructar. Eso le dio unos minutos a Sandra para descansar de aquella posición tan incómoda. El descanso se esfumó cuando la jefa le dijo que iba a revisarla, le preguntó si se sentía mal, ella respondió que no. La EPI se quitó los guantes y preguntó por el MR en turno. Algo no estaba bien con el proceso de recuperación. Cuando lo localizó le dijo que la paciente, Sandra, seguía sangrando, el MR2 la escuchó, pero desestimó el reporte bajo la certeza de que ninguna paciente sale del quirófano hasta que sus signos vitales, presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, estado de conciencia, dolor, sangrado, se encuentran dentro de los parámetros normales, todos registrados en el expediente. No encontró razones válidas para preguntarle con base en qué reportaba el sangrado, ignoró el hecho de que la EPI había valorado a Sandra, de ahí su insistencia; para el MR2 lo más probable es que estuviera equivocada. Al ver que el asunto no avanzaba con el MR2, la jefa dejó por unos instantes el servicio para buscar y hablar con el MAdS, el sangrado es un dato de alarma que no podía pasar por alto. Fue la única forma que funcionó, en minutos el MR2 entraba nuevamente al servicio para revisar a la paciente. Su molestia era visible, había ido sólo porque el MAdS se lo indicó. Tomó unos guantes y le dijo a Sandra que la tenía que revisar y hacerle un tacto; de inmediato se dibujó en su rostro una expresión de angustia. Cuando hizo el tacto vio que el sangrado era abundante y activo, por el color que la sangre dejó en el guante. De inmediato tomó las indicaciones para modificar el manejo y las entregó a la jefa del servicio sin mediar palabra. Era grave el asunto, pero tratable con fármacos sin necesidad de regresarla a quirófano. Cuando no sucede así, la paciente pasa nuevamente a la UTQ, clasificada como urgencia, para revisión y resolución del problema. Las pacientes que presentan complicaciones requieren mayor tiempo de observación en recuperación.

Hablamos de la misma institución, pero los servicios no aceptan a pacientes en estado crítico, el asunto cambia cuando se considera su traslado a la UCIA. La observación de enfermería fue oportuna y acertada, la jefa del servicio al ver que se el MR2 se alejaba, dijo en voz alta: *“pero uno les dice y no hacen caso”*, y esbozó una sonrisa de satisfacción. Cabe destacar que la revaloración ocurrió por la insistencia de la EPI, no por las razones técnicas que expuso. Aunque el modelo de atención sostiene que la multidisciplinariedad es base de la atención integral, soslaya las dinámicas de territorialidad disciplinar en la concreción del PAS. Ese tipo de alteraciones en el tiempo de recuperación sucede, por ende, varía. Ahora, no sólo depende de la condición biológica, incide el turno, la hora de ingreso, la carga de trabajo y los criterios médicos. Si la mujer puérpera se encuentra estable, pero la carga de trabajo administrativo rebasa al personal, tardará mayor o menor número de horas su traslado a piso.

El servicio de Recuperación tiene una puerta que funciona exclusivamente como salida y se conecta a la red de pasillos. Se hace la entrega por dicha puerta y un camillero la recibe. Previo a esto la EPI de Recuperación llama al control de enfermería del servicio destino, Alojamiento Conjunto (AC). Hay momentos en que el servicio de AC reporta saturación, la comunicación se triangula con el Archivo Clínico, en adelante “Archivo”, por el censo que manejan. Asimismo, con la supervisión de enfermería, también llevan un censo de cada servicio para hacer mejor distribución del personal. Son datos que se duplican o triplican porque el servicio de Contacto Ciudadano, realiza su propio censo, pero sólo registra las camas ocupadas, no el total. A diferencia del Archivo que maneja todas las camas ocupadas y libres. Las tensiones emergen, pues el diseño administrativo dicta que Archivo es la instancia responsable de la distribución de camas, de acuerdo al tipo de pacientes, pero enfermería maneja otros criterios y altera esa lógica.

En este punto son ineludibles dos características de la atención pública, espera y hacinamiento. Auyero (2001) analiza las relaciones de poder que se construyen en las instituciones públicas, sus estrategias y efectos en las personas. Sin embargo, las instituciones del Estado no son exclusivamente para los pobres. En nuestro país casi la mitad de la población depende de las instituciones de salud,

hablamos de trabajadores del sector formal y sus familias. Entran médicos, enfermeras, nutriólogas, trabajadoras sociales, administrativos, camilleros, según los criterios económicos vigentes, no reúnen los criterios para ser clasificados en un nivel de pobreza. Aun así, cuando les toca estar del otro lado de la ventanilla, en calidad de derechohabientes, también les toca esperar en condiciones de hacinamiento. Es una realidad, pero a diferencia de las pacientes que llegan al HEGO, cuentan con algo más de recursos para atenderse de manera privada. Acudir a su institución es, por lo general, la última opción, prefieren resolver sus problemas de salud sin las molestias que provoca el sistema. Por otro lado, es difícil observar esos mecanismos de poder tan explotados por muchos sociólogos y antropólogos operando en el CCL porque los TDS están atareados, obedeciendo la presencia etérea de la norma, llenando registros, poniendo en orden documentos que respalden sus actividades. No se les ve interés de ejercer poder aprovechando la situación del otro. Al contrario, muchos de ellos trabajan pensando en acortar los tiempos de espera, pero esa no puede ser una tarea de ejecución individual en la AIN. Incluso hay estudios centrados en iniciativas de tipo institucional orientadas a reducir los tiempos de espera. En el trabajo de González Rojas (2022) encontramos los factores que convergen en las medidas, cómo la idea de mejorar un aspecto mueve la dinámica de otras áreas y las relaciones en el CCL. La justificación de fondo es el beneficio de los pacientes, la realidad social es que no se centró en ellos y da espacio para aumentar el número de consultas, lo cual se traduce en mayor carga de trabajo.

Capítulo 6. Recta final de la AIN. El egreso disímbolo

6.1 ESTANCIA Y EGRESO, ENTRE SATISFACCIÓN, TENSIONES Y CONFLICTO. “NO DEPENDE DE MÍ, POR ESO SE LES DA LA INFORMACIÓN”.

Cuando las pacientes se encuentran estables, están listas para el traslado al servicio de AC. Algunas actividades son específicas y los TDS tienen claro quién las debe realizar, pero ese conocimiento específico no significa mejor comprensión del PAS. La lógica permanece oculta, velada, es difícil de aprehenderla, a tal grado de decantar toda la responsabilidad en el sistema como entidad, pero en la historia moderna de la atención a la salud, el gremio médico ha sido arquitecto, en buena medida, del diseño del sistema. En muchos sentidos les concede amplio margen para tomar decisiones, dentro del cual avalan formas de trabajo, atravesadas por lógicas político-económico-administrativas (Kilkauer, 2013). Eso desvela buen nivel de entendimiento sobre el funcionamiento el sistema de salud. Asimismo, la autoridad trazada en el nivel meso, deja abierta la posibilidad para posicionarse *in situ*, nivel micro, ejerciendo dominio sobre la concreción del PAS.

El riesgo de que los TDS entiendan la atención como rutina, les conduce a mecanizar acciones, cuando la concreción del PAS exige procesos cognitivos y relacionales. El propio marco normativo lo contempla. La NOM-007-SSA2 advierte sobre realizar procedimientos por rutina en la atención materno-infantil, pero los riesgos no tienen esa fuente únicamente, encontramos el posicionamiento de TDS, MAE y familiares, elemento relacional. Además, las tensiones entre TDS cuya fuente son los conflictos disciplinares. La evidencia aportada contrasta con los supuestos del modelo oficial que destaca el trabajo multidisciplinario como base de la atención, su nivel de cumplimiento es en lo administrativo y funciona dada su compatibilidad con el discurso internacional y del Estado, actualmente centrado en estándares de calidad (Consejo General de Salubridad, 2018).

Cumplir los estándares requiere trabajar siguiendo criterios dirigidos a metas concretas, porcentajes de cumplimiento que se evalúa mediante evidencias generadas durante el itinerario de la AIN. Esa forma de operar lleva más de cuatro

décadas, pero hay trabajo de investigación que da cuenta de la distancia entre el funcionamiento de las instituciones públicas y las necesidades de pacientes y familiares (Hamui Sutton, Fuentes García, Aguirre Hernández, & Ramírez de la Roche, 2013). Nos permite avanzar en la explicación del problema, no se debe únicamente al diseño de la estructura *in situ*, pasa por la organización responsable de establecer los códigos que configuran los perfiles, ocupados por sujetos que cubren el perfil para concretar el PAS. Dada la estructura vertical, deja poco margen de acción para el HEGO.

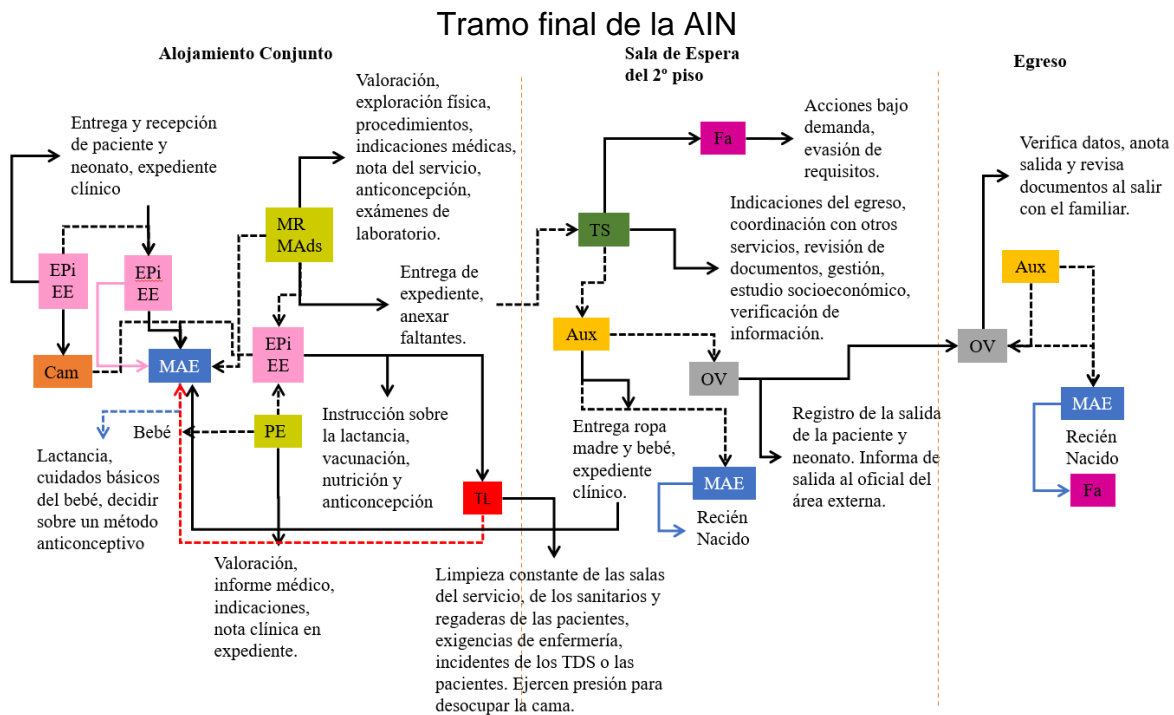
Rossi (2018) expuso la verticalidad como eje en el diseño y funcionamiento de las instituciones de salud, destaca la afectación directa a la comunicación entre los distintos niveles, micro, meso y macro. Si seguimos la ruta histórico-social, hallamos la razón de su permanencia, son siglos de estructuración burocrático-administrativa (Weber, 2001; Albrow, 1989; Castoriadis, 1964) que la han colocado como impronta de la sociedad, no es la forma más eficiente, pero sí la más estable. Bierschenk y Olivier de Sardan (2014) abordan el punto de la continuidad, en el sentido de perpetuar <<lo mismo>>. Entonces, la estructura y organización actuales no aportarán mayor claridad sobre *el hacer* institucional, gran parte de las acciones caen en la improvisación, resolver lo inmediato. Ahí es cuando la figura del Estado, esa abstracción, *cobra vida* a través de los sujetos no sólo por estar presentes, sino porque se materializa mediante los atributos de los sujetos.

Hood (1998) aborda los ámbitos, dinámicas y particularidades humanas por las que pasan las decisiones del Estado, encuentra dificultades ancladas en lo individual y lo colectivo. Señala un punto muy importante, las desviaciones no inician con el diseño, sino en el ejercicio de las funciones, donde aparecen los sujetos tomando decisiones concretas. En este punto, el de la individualidad y sus efectos en el funcionamiento, coincide con Bierschenk y Olivier de Sardan (2014) quienes se refieren a la heterogeneidad tanto en formación como en funciones. Hecho que justifica la generación de información empírica porque los sujetos, trabajadores al servicio del Estado, guían su praxis observando unos aspectos y omitiendo otros. El distanciamiento con el modelo oficial se debe al reduccionismo al entender la atención como mera ejecución de actividades técnico-operativas, en el CCL

sucedan las dinámicas que concretan el PAS y toman distintos sentidos, se tornan en rutinas como: la entrega de paciente, toma de signos, llenado de registros y formatos, verificación de datos; en otro, los sujetos construyen significados que les conducen a la realización profesional.

6.2 EL INGRESO A ALOJAMIENTO CONJUNTO

En el siguiente esquema mostramos las rutas que sigue la concreción de este último tramo de la AIN.



Esquema 5. Del alojamiento conjunto al trámite del alta. Elaboración Propia.

El servicio se encuentra en el segundo piso del hospital en el “ala” izquierda, comparte piso con ginecología. Las pacientes son trasladadas de Recuperación por el elevador que funciona. En la organización y diseño de la AIN el hospital cuenta con un par de elevadores destinados para el traslado de pacientes y ropería, pero fallan con frecuencia, aunque, relativamente, son modelos recientes. Hay otros dos, uno pequeño para máximo cinco personas y otro con las dimensiones para una

camilla, con el mismo problema, constantemente se activa la alarma porque se quedan atorados. Los he visto averiarse más de cuatro veces en un mes. No es asunto menor, los servicios clínicos de ginecología, alojamiento conjunto, puerperio complicado, medicina materno fetal, pediatría y neonatología, no podrían brindar servicio sin los elevadores. No hay forma de trasladar a las pacientes, la ropa de las camas, las incubadoras. A pesar de ello, públicamente el HEGO funciona, resuelve problemas serios de salud, evita muertes maternas y neonatales, todo al amparo de los criterios mínimos para brindar el servicio.

La de AC está resguardada por un oficial, generalmente mujeres, supervisa el acceso al servicio, por norma todo aquel que acceda debe identificarse por medio de su credencial de trabajador, pero la medida se suple por la familiaridad. El personal de vigilancia llega a reconocer de vista a los TDS e identifica a algunos porque otros les llaman “doctor”, o bien por el uniforme, de modo que es indistinto si portan o no el gafete. En el caso de las enfermeras, no representa un problema, además de la obligatoriedad de portar el uniforme, tienen como hábito portar el gafete y muchas, incluso portan la visión, la misión o algún decálogo, o códigos que maneje su disciplina o el hospital. En el caso de los médicos es distinto, no sienten necesidad de identificarse, vistan de civil, usen la bata o el uniforme quirúrgico, hablamos de los MAdS. En el caso de los MR y MdP están obligados a utilizar siempre el uniforme y la bata blanca ya sea del hospital o de la escuela de donde provienen. Los camilleros establecen otro tipo de relación con el personal de vigilancia, son más cercanos en el trato, platican con las oficiales, bromean y eso les acredita. Las oficiales también tienen límites con el personal, están conscientes de cuál es su función, pero lo que hacen es evitar fricciones:

“Nosotros sabemos cuál es nuestra función, nuestro supervisor nos distribuye en las áreas y debemos mantener control de toda persona que ingresa o sale de los servicios clínicos. Sobre todo por el riesgo que implica que una mamá salga con su bebé, pero eso no lo entiende el personal y si les pides que te muestren su gafete se alteran luego, luego y pues como son trabajadores de la institución, pues lo que haces es mejor evitar problemas porque sí se llegan a poner bien intensos, hombres y mujeres”.

Ofelia, oficial de vigilancia.

“A mí no me ha pasado, pero a una compañera de otro turno sí y se armó un borlote de la nada. Le pidió su credencial a una enfermera que llevaba una cuna (incubadora) y le dijo que ella trabajaba ahí y estaba haciendo su trabajo y se siguió, hasta llamaron al supervisor porque la “señorita enfermera” se había sentido ofendida”.

Norma, oficial de vigilancia.

“Discúlpeme doc, pero es bien difícil hacer el trabajo aquí con ustedes. La verdad no se les puede marcar ninguna indicación, o hacer alguna observación que a final es para la seguridad de ustedes mismos como personal, de las pacientes y sus hijos”.

Teresa, oficial de vigilancia.

Los TDS saben que el traslado debe realizarse siguiendo criterios técnicos y códigos de seguridad, pero una acción tan simple como identificarse antes de ingresar al servicio es un potencial nodo de conflicto. En consecuencia, se omite mediante acuerdos tácitos. Así, los TDS no se sienten obligados observar esa regla y los oficiales no les piden hacerlo. La práctica cotidiana coloca en una zona de claroscuros la medida administrativa, cada uno los involucrados en el PAS tiene su propia lógica y prioridad. Aunque, los elementos de vigilancia buscan cumplir las medidas de seguridad, los servicios de medicina y enfermería, se centran en cumplir los procedimientos, mismo que entienden como argumento para excusarse del cumplimiento de otros.

En la AIN, administrativamente, todos saben qué les corresponde hacer, pero la praxis humana nos permite observar cómo permanecen ajenos a la lógica institucional, obligada a observar los 14 códigos de seguridad avalados por el Consejo Nacional de Salud. El propósito es salvaguardar la seguridad e integridad de trabajadores, pacientes y familiares. Cada código activa un protocolo específico para combatir o prevenir eventos emergentes, unos estrechamente relacionados con el proceso salud-enfermedad, otros derivados de circunstancias sociales con posibles repercusiones no sólo para el bienestar de las pacientes. La activación de un código implica la movilización de áreas, servicios, demanda un nivel de conocimiento especializado y acciones coordinadas, por ejemplo, código azul: paro cardio-respiratorio; oro: emergencia obstétrica. En estos sólo interviene personal capacitado en tales actividades, de lo contrario el PAS puede tomar un sentido penal. Otros códigos convocan la acción simultánea de todas las áreas hospitalarias

como: código negro, alerta sobre una amenaza de bomba; código rosa, advierte del robo de recién nacido o pediátrico; código plata, avisa sobre la agresión de persona con arma de fuego; código morado, informa de la presencia de persona violenta. Si nos detenemos en los dos últimos, encontramos la distancia entre el diseño administrativo y la realidad social del CCL, pues el hospital no cuenta con detector de metales, de modo que no hay forma de anticipar agresores potenciales. No obstante, la AIN institucional sí tiene evidencia del manejo de los códigos, hay comisiones al interior del HEGO que tienen reuniones, generan minutas, designa responsables y estrategias para hacer difusión de la información.

La AIN no puede desatender los criterios derivados de la política nacional, eso le lleva a desarrollar formas complejas de organización y funcionamiento que se deriva de las necesidades concretas de las pacientes, pero no alcanzan a cubrirlas por completo, tal como lo desarrolló Castoriadis (2013) el Estado se convierte en el administrador de las necesidades, funcionan como fuente que sustenta las acciones del Estado, pues representan un mundo de oportunidades. Son la base que le permite crear instituciones a voluntad y desaparecerlas cuando lo cree conveniente, argumentando inoperancia, fallos, desviaciones, reformas. El HEGO tiene dinámicas similares, propone servicios y puestos inexistentes en la estructura, los justifica en las necesidades identificadas al interior. No es extraño que choquen con las actividades de otros servicios. Buen ejemplo es el traslado de pacientes, antes de realizarlo se informa al servicio y este asigna la cama, el servicio que recibe a las pacientes tiene una distribución de acuerdo a las patologías o criterios clínicos que se atienden ahí, pero no se sigue:

“Hospitalización, o sea, los servicios clínicos, tienen una asignación específica para las pacientes, no las puedes acomodar donde mejor te convenga. Esa es parte de organización que debes observar, porque así lo estipulan criterios de la OMS, pero cuando haces el censo, te das cuenta de que enfermería acomoda a las pacientes a su conveniencia, porque no quieren tener a una paciente sola, en la cama que le corresponde, porque les queda más lejos y la pierden de vista”.

Trabajador administrativo

“Cuando ingresan a las pacientes procuramos que estén con otras para que se acompañen, no es bueno que tengamos a una paciente sola porque hemos visto que se nos deprimen, digo, pues

acaban de parir. Lo mejor es que esas horas que las tenemos en el servicio, esté activa, acompañada, platique con las otras mamás. Eso les ayuda”.

Enfermera de piso

Ambos trabajadores tienen razón, por una parte, el diseño administrativo se dirige a la optimización de los recursos, mantiene el orden de los procesos, pero eso no excluye la base empírica de las enfermeras, quienes observan *in vivo* a las pacientes. Incluyen en el cuidado el comportamiento de ellas, si observan algo fuera del patrón habitual, intervienen, aunque eso no descarta lo señalado por el trabajador administrativo. El PAS tiene raigambre laboral, el servicio cuenta con veinticuatro camas y, en teoría, el mismo número de cuneros, mas no siempre se siguen los mismos criterios para ocuparlas. Cuando le informan a la jefa o encargada del servicio que ingresará una paciente, prioriza cuestiones laborales, es decir, la acomoda de forma que les facilite el trabajo. Está consciente que el tiempo de estancia es breve de ocho horas en adelante, se extienden a doce cuando se trata de cesárea. El criterio depende de cada médico, porque el MAdS del turno matutino valora que no puede irse hasta que las cifras tensionales se estabilicen y el del turno vespertino decide darla de alta porque ya tiene el fármaco. Enfermería sabe que en el tiempo que la paciente pase en el servicio, tiene que cubrir las actividades propias del cuidado del binomio. Entre más se prolongue la hospitalización, significa mayor carga de trabajo.

6.3 EL PASE DE VISITA MÉDICA. “SÍ, SÉ QUE LE DUELE, YA TIENE ANALGÉSICO, ESTO ES ASÍ”

El servicio de AC tiene como propósito favorecer el vínculo materno-fetal, las prácticas deben contribuir al estado de bienestar de las pacientes junto con su recién nacido. Administrativamente inicia con la proximidad y la lactancia entre ellos, pero las exigencias laborales son inexcusables para los TDS y son parte del cuidado que la AIN les brinda. Si volvemos a la lógica del diseño del modelo oficial centrado en las necesidades del paciente, la directriz no es preguntarles ¿qué necesitan? La estructura, organización y funcionamiento del servicio, ya constituye una respuesta en sí. ¿Imposición? No, en el sentido de los planteamientos de Foucault o en el de

Menéndez y su modelo médico hegemónico. En parte resulta del conocimiento dimanado de enfermería y necesita. Por ejemplo, la enfermera especialista, el ginecólogo y el pediatra coinciden en los beneficios de la lactancia materna, dada la evidencia científica que lo sustenta no hay motivo para preguntarle a la paciente, la acción correcta es aplicar. Así, se promueve la generalización, por ende, la estandarización de las acciones porque parten de la certeza de que se trata de actividades acreditadas en términos de los beneficios que conceden a las pacientes y sus recién nacidos.

El problema es que no hay tiempo de construcción, colaboración para integrar la visión de las pacientes, las mujeres de la experiencia del parto y los inicios de la maternidad. En este punto parece aplicar la hegemonía de Menéndez (2020), pero al recurrir a la noción de AIN encontramos que, condensa y expresa el proceso histórico-social, formas de enseñar, organizarse, administrar, practicar. Además, es necesario integrar el sistema de valor, porque detrás de esas formas están los sujetos que deciden. Cortina (2000) expone que, bajo las lógicas humanas y sociales hemos creado a los sujetos que optan por instituir criterios utilitarios que penetran y generan aceptación porque, precisamente, pueden aplicarse. Hoy en día, nadie cuestiona la máxima de lo universal a veces, tan ajeno a lo concreto. En cierto sentido podríamos contribuir al hecho de que el concepto de hegemonía, parte del dominio del conocimiento especializado y adolece de elementos éticos y morales, o quizá responde a una ética o una moral que no se relaciona con los sujetos. Esto conlleva asumir la intencionalidad del otro por buscar dominio, sometimiento del otro, anular su ser. Argumento difícil de sostener.

En la AIN las mujeres adolescentes están construyendo su experiencia en torno al embarazo, el problema consiste en la visión institucional, orientado hacia lo resolutivo, a pesar de que el modelo oficial puntualiza lo integral. En este tramo del itinerario de la AIN las actividades deben cumplirse para conducir a la paciente al alta hospitalaria. Institucionalmente son criterios objetivos de la atención que desclasan todo aquello que las pacientes pudieran opinar, sugerir, expresar porque son atendidas por un equipo de especialistas. En AC la gran mayoría de pacientes coinciden en querer descansar, pero los TDS no toman en cuenta el nivel de

cansancio. Es muy común oír a las EPi decirles que el descanso será cuando estén en su casa.

Es importante no perder de vista que el criterio no es imposición de los TDS, su obligación con el Estado es cumplir las rutinas, para lograrlo recurren a la directividad, respaldados por el marco normativo y operativo. En consecuencia, las pacientes deben acatar las indicaciones de enfermería, centrada en los cuidados del binomio. En un servicio clínico ninguna cama debe estar sucia o mal tendida, la evidencia de enfermería es que funciona como fómite y resta confort a la paciente. Además, habla mal de la disciplina y da lugar a sanciones laborales. El cambio de “ropa de cama” es la actividad más visible para supervisar, por eso resulta toral. No hay un criterio técnico que indique el momento más adecuado, más temprano o más tarde puede hacerse, pero *el cuidado* está inscrito en la jornada laboral, tiene principio y fin. Asimismo, cruza las dinámicas laborales ¿en qué momento conviene hacer cada cosa? Dado que es una de tantas actividades.

Las EPi saben que dormir genera bienestar a la paciente, pero ellas mismas deben decidir entre respetar el tiempo de descanso o despertarlas para avanzar en sus rutinas. Saben que si aplazan actividades pueden quedar pendientes y eso se traduce en un conflicto potencial con el siguiente turno y, no es válido anotar en las hojas de enfermería o en la libreta de pendientes: “cama sucia o sin tender porque se respetó el tiempo de descanso de la paciente”. Por otro lado, también están sus derechos como trabajadoras, gozar de un alimento dentro de su jornada. El comedor sólo funciona con horario. Entonces, los TDS deben organizar sus actividades considerando qué hacen antes de ir a desayunar y qué dejan para retomar a su regreso. El modelo oficial no se ocupa del ejercicio de los derechos laborales, si el TDS considera solicitar un pase de salida, cuenta con menos de seis horas para realizar sus rutinas. En el caso de enfermería, la opción es despertar a todas las pacientes, indicarles las actividades que deben seguir.

La AIN es directiva, las pacientes tienen que levantarse, ducharse y caminar, sobre todo quienes pasaron por una cesárea. Algunas expresan dolor, cansancio, incluso piden ayuda, el simple hecho de levantarse se les dificulta. La respuesta es negativa, no importa cuántas lo pidan el argumento es el mismo: “*Señora y si en su*

casa está sola, ¿quién la va a ayudar?". Las EPI se justifican en la premisa de la adaptación, las pacientes ya no están embarazadas y tienen que avanzar. Algunas siguen la rutina indicada sin mayor problema, otras muestran serias limitaciones para incorporarse. Las camas son disergonómicas, no les ofrecen punto de apoyo, ocurre una inevitable mezcla entre inexperiencia y umbral de dolor, dando paso a una extraña danza para incorporarse; giran sobre su cadera, se encorvan, reflejo autónomo de anticipación del dolor; otras se mecen arqueando la espalda para tomar impulso hacia delante y lograr asirse de la orilla del colchón o la estructura metálica de la cama. La escena se repite y las pacientes no tardan en aprender de la experiencia de la otra, después de la primera respuesta ya no piden ayuda, tampoco instruyen a otras pacientes cuando lo hacen. Sin embargo, cuando las EPI salen de esa sala, no dudan en comentar entre ellas:

“Te dicen que es normal que te duela, pero yo no estoy exagerando, ni les estoy pidiendo que me traten con algodones”.

Laura 15 años.

“Ya en mi casa pues yo veré, ahí siempre hay alguien que te tienda la mano, pero aquí parece que les estás pidiendo que te traigan las perlas de la virgen”.

Sonia 30 años.

“Me daban ganas de decirle, de seguro a ti no te dolió, has de ser la súper mujer, yo no le estaba pidiendo que me cargara, sobre todo esta enfermera que parece que todo el tiempo anda de malas”.

Carmen 28 años.

“A mí, sí me dolía un buen, pero cuando oí cómo regañaban a la otra chica, dije mejor ni digo nada, total al rato ya salgo y ni la vuelvo a ver. Calladita te ves más bonita”.

Sandra 18 años.

Las EPI entienden el puerperio bajo criterios técnicos, las pacientes lo viven incorporándolo, por lo tanto, toma un sentido diferente. Es un vaivén entre necesidad concretas y exigencias laborales. Las sábanas invariablemente están manchadas de sangre, la lógica del cuidado indica que no pueden quedarse así, no cambiarlas equivale a no brindar los cuidados, pero ese criterio no aplica para todo. Laura sentía mucho dolor, cuando la enfermera se acercó para cambiar sus

sábanas, le pidió un medicamento y le respondió: *“la pastilla que te acabo de dar es para eso, no te puedo dar otra”*. Aunque el cuidado es el objeto disciplinar de enfermería, toma significados particulares para las EPi. Por ejemplo, algunas pacientes ingresan al servicio con equipo de venoclisis para continuar el manejo farmacológico por hipotonía uterina. Muchas nunca han sido canalizadas, es nueva experiencia y les inquieta ver cómo la sangre se regresa por el sistema de venoclisis. Cuando lo reportan a la EPi, les dice que manipularon de más el equipo o hicieron movimientos que no debían. En realidad, eso no implica mayor riesgo, pero sí causa irritación al TDS por el llamado constante de las pacientes; pasa lo mismo con los “quejidos”, inherentes a los intentos para incorporarse. Las EPi hacen comentarios sobre “esas actitudes exageradas”. Es como ver y no ver las expresiones de genuino dolor y desviar la mirada ante la necesidad de apoyo. En ocasiones las EE asisten a las pacientes para levantarse y reciben una llamada de atención de parte de las EPi. Entonces, se abstienen de hacerlo porque están bajo supervisión y evaluación en el servicio.

Las EPi realizan varias actividades a la vez, se supone que trabajan de acuerdo a una distribución de actividades y número de pacientes, pero realiza varias actividades al mismo tiempo: cambiar ropa de cama, dar indicaciones a las pacientes, abrir hoja de enfermería, checar indicaciones, verificar dieta, bañar, cambiar y alimentar a los bebés; vendar a las pacientes, proveer de artículos de uso personal, administrar medicamentos. A veces, cuando se ocupan de una paciente la interacción cambia, pueden mostrarse más cercanas y empáticas, toman mayor tiempo para explicar algo sobre su PAS, los cuidados que deben observar, incluso resolver algunas dudas respecto a lo que siente la paciente. Las interacciones también son diferenciadas a partir de la edad, es una dinámica sutil. MAdS, MR y EPi siguen dos extremos, mayor autoridad sobre las adolescentes o actuar de forma protectora a partir de la empatía que generaron desde el principio.

La distancia es un elemento en las interrelaciones, los TDS no ignoran, ni desatienden por completo a las pacientes, tampoco las colocan en el centro del PAS. No hay interés en saber cómo se siente al ser madre, tener a su bebé, qué le preocupa, qué plan tiene para ella; como punto de partida para generar cercanía y

afianzar colaboración. El TDS privilegia sus rutinas, por ejemplo, el pase de visita, se centra en los datos, estudios de laboratorio, signos vitales, indicaciones, resúmenes médicos, diagnósticos anteriores. Las pacientes ven ingresar a la sala a un contingente presidido por un médico mayor, hombre o mujer, todos los demás le siguen, se mueven siguiendo sus movimientos. Cuando pregunta, ellos responden y actúan ante sus peticiones o demandas. El pase de visita es en buena medida el mejor escenario para aprender teoría y práctica, pero muchas veces el MAdS parece ajeno a ello, se coloca en la piesera de la cama, encuentra el expediente clínico en la mesa de la paciente, colocado previamente por el MIP o MR. Lo abre y con destreza localiza información, interpreta, a veces plantea algunas palabras en tono de pregunta: *¿sangrado? ¿dolor? ¿mareos?* Otras las hace un poco más amplias *¿Ya comió? ¿Ya caminó? ¿Ya fue al baño, hizo pipí, popo?* Si no encuentra nada relevante, pregunta a los MR: *¿Pendientes?* El manejo se define dependiendo de la respuesta: *No doctor, ha evolucionado bien, se considera su alta; sí doctor estamos esperando sus laboratorios y dependiendo de eso se decide el alta.* Es poco frecuente que pregunten a la paciente: *¿Tiene alguna duda?*

La pregunta es abierta, a Laura le pareció que el MAdS abrió la posibilidad para expresar su sentir:

Laura: Doctor, es que me duele mucho, me dice la enfermera que ya me dio la pastilla para eso, pero no se me quita, de veras me duele mucho y siento que no aguanto.

MAdS: Sí, sé que le duele, pero esto es así (al tiempo que revisa las indicaciones pregunta a los MR)

MR: Sí doctor, le acaban de pasar el analgésico, como ya lo había reportado, se le cambió por ketorolaco.

MAdS: En efecto ya le pasaron su analgésico, debe hacer efecto, hay que darle tiempo. Es que esto es así, no le podemos dar más de lo que necesita.

El MAdS, MR y las EPi están frente a la experiencia de dolor de la paciente, cuando comunica que es insoportable, escuchan, revisan indicadores fisiológicos, reportan a la instancia correspondiente y se toma la decisión. Por lo general, cada disciplina actúa siguiendo su algoritmo clínico, pero invariablemente recurren a la

fisiología, fisiopatología, así como a la farmacología para asentar la indicación. Si en la visita médica los MR no reportan inflamación en tejidos genitales o de la herida si fue cesárea, tampoco los resultados de laboratorio reportan alteración enzimática, elevación de células blancas, descartan la expresión “dolor intenso”. Para el investigador social la clave está en la comunicación médico-paciente, aunque hay aportaciones relevantes (Hamui, Paulo, Hernández y otros, 2018) considero que se acota demasiado el sentido relacional de la comunicación.

Watzlawick, Helmik y Jackson (1985) contribuyen al proporcionar un marco amplio para entender las interrelaciones desde la comunicación. El médico se posiciona ante la expresión de la paciente, no es algo inmediato, tiene historia. Durante años aprendió cómo relacionarse con el paciente *in vivo*, es decir, el CCL fue su referente donde configuró su praxis humana, por lo tanto, no se acota a la relación médico-paciente, porque ese encuentro siempre está bajo observación al ser parte de la formación de los futuros especialistas. En el CCL aprenden cómo deben relacionarse con el paciente y les toma años hacerlo. Ese extenso proceso formativo da cuenta del posicionamiento humano y social, porque la medicina, igual que otras disciplinas, trabaja con generalizaciones, la responsabilidad de los profesionales es particularizar.

La expresión “me duele mucho” o “es insoportable” constituía una oportunidad para posicionarse frente a la necesidad del otro. Los datos biomédicos podían integrarse para ofrecer una respuesta, allende la reducción “esto es así”. No hubo tecnicismos que marcaran una distancia entre el médico y la paciente, la comunicación dejó un mensaje claro “esto es así”. De acuerdo a la International Association for the Study of Pain³² el dolor es una experiencia sensorial y emocional, si no se encontraron indicadores fisiológicos, la otra ruta era lo emocional. Misma que se ignoró, si no hay alteración fisiológica, no hay nada más que tratar. La decisión no es impulsiva ni mecánica, es una práctica social, labrada históricamente. La visita médica es el breve contacto que tiene la paciente con la figura central de la atención, pero en la AIN siempre hay un CCL que se configura.

³² <https://www.iasp-pain.org/>

La praxis humana del médico se inscribe en un tipo de estándar, por eso leemos en Pendelton, Schofield, Tate and Havelock (2003) que no importa cuánto cambie la organización o estructura de la atención, la consulta médica seguirá siendo lo central. A través de la etnografía podemos discutirlo porque en la AIN el contacto con el médico es un elemento más y la relación con la paciente es puntual. El MAd pudo tomarse unos minutos para explicar a Laura la posible causa de la intensidad del dolor, no sucedió y ella jamás se enteró que al tratarse de un evento nuevo a nivel orgánico y no tener memoria de un dolor parecido, era entendible que lo magnificara. La buena noticia era que, al no encontrar alteración en los datos fisiológicos, su egreso no se retrasaría.

El pase de visita médica no sigue los mismos criterios en los servicios clínicos, cambian de acuerdo al MAd que lo realice. Ellos deciden a qué se debe prestar atención, aunque sí tiene el mismo formato para todas las pacientes y mantiene un guion verbal. El MAd escucha mientras revisa el expediente, si no encuentra nada relevante, da visto bueno para el alta. Entonces, el PAS se centra en la construcción de diversos objetos, historia clínica, resultados de laboratorio, consentimientos informados, la mirada médica ya no presta atención a datos clínicos de importancia como el sobrepeso o grado de obesidad, tampoco a la acantosis pigmentaria del cuello, el más visible, tampoco el síndrome anémico. A veces, se les hace mención y en las indicaciones de alta anotan “acudir al centro de salud”. La medida es correcta de acuerdo a las funciones de cada nivel de atención, pero omiten el antecedente del control prenatal inadecuado y los TDS tampoco disponen de datos sobre modificación en la conducta de la paciente e indique su orientación hacia el autocuidado. La fragmentación en la realidad social les deja pocas opciones, porque la AIN también tiene alcances en sus límites. Así, la resolución ginecológica del parto se convierte en el criterio de alta en el HEGO, incluso si otra disciplina identifica alguna problemática, tiene que tratarla en las horas restantes, previas al alta. Son actividades contra reloj. El funcionamiento no se debe sólo a cuestiones de diseño administrativo, pues la institución cubrió la necesidad de atención, pero la praxis humana muestra el posicionamiento humano-social, los significados y sentidos que modelan la “atención integral”.

En la concreción del PAS hay muchas zonas difusas, actividades inconexas. El alta es la conclusión del algoritmo diagnóstico, el especialista con base en la evidencia asume la responsabilidad de la condición actual y del pronóstico, pero sólo en el campo de su conocimiento. Lo respalda con indicaciones que abarcan tratamiento farmacológico, indicaciones higiénico-dietéticas y datos de alarma. Asimismo, cumple con la garantía del derecho a la protección de la salud al asentar: cita abierta a urgencias o cita en su centro de salud. No es de su competencia nada más, por ejemplo, integrar la información concentrada en los diferentes rubros del expediente clínico. Pierde sentido que la historia clínica pregunte por el tipo de construcción de la vivienda, el domicilio, los servicios públicos, la ocupación, igual que enfermería, nutrición o psicología. Por ejemplo, puede indicar que debe realizar actividad física cuatro veces a la semana, cuando la paciente vive en una zona de alto riesgo, o si cuenta con algún centro deportivo, parque, o bien si son seguros porque muchos sirven para actividades delictivas.

Sucede lo mismo con la información que se recabó sobre la estructura familiar, la dieta, las adicciones. Muchas mujeres adolescentes tienen antecedentes de tabaquismo, alcoholismo, o de toxicomanías. Cada aspecto tiene historia y contexto, atribuir la toma de decisiones a la impulsividad, entenderlo como conflicto acotado al periodo de la adolescencia es ramplón para nuestro tiempo. Sobre todo, cuando la investigación social ha dilucidado las dinámicas sociales micro y macro en torno a las circunstancias de vida (de Lomnitz, 2019; Saraví, 2009; Bronfman, 2000). La distancia con la realidad social de las mujeres adolescentes tiene varias vertientes; una es epistemológica, la conceptualización vigente de la medicina que busca cómo acreditarse como ciencia natural y le exige mantener su rigor basado en la evidencia. Otra es metodológica, su algoritmo se enfoca a encontrar soluciones del orden biológico, cayendo en contradicción con la definición de salud y el manejo integral de la política de salud local y global. Una tercera se instala en el errático y facticio discurso de lo multidisciplinario propuesto por el modelo oficial. La etnografía en el contexto clínico nos permitió registrar las confusiones en torno a lo multidisciplinario que se replica en otras instituciones públicas de salud (Lemus Alcántara & Suárez Rienda, 2022). Los TDS de ninguna de las disciplinas

involucradas en la concreción del PAS parten de bases teóricas, tampoco metodológicas que, guíen la articulación de lo multidisciplinario. Lo que sucede es un trabajo sumativo, al más puro estilo de los paradigmas fordista o taylorista. Los TDS se ocupan de actividades específicas, por supuesto, hay puntos en los que se encuentra, pero bajo ciertas características.

Es el caso de la anticoncepción, una obligación de los TDS, médicos y enfermeras, promoverla. Hay pacientes que desde que ingresan tienen claro que es su último embarazo y piden un método definitivo, la obstrucción tubárica bilateral. Otras consideran las recomendaciones médicas dados los factores de riesgo o complicaciones, pero muchas pacientes no siguen esas rutas, no obstante, deben tomar una decisión antes de su alta. No es un tema que sólo se deje pasar, para el MAdS es pregunta obligada: “¿Con qué se va a cuidar?” “¿Qué método se va a llevar?”.

El servicio de AC alberga a todas las mujeres puérperas que no tuvieron complicaciones en el parto. Podría decirse que su parto fue sano o no patológico. El rango de edad es amplio, puede ingresar una adolescente de 12 años hasta una mujer de más de cuarenta, pero las interacciones de los TDS con ellas son diferenciadas de acuerdo a la edad, es una dinámica sutil. Médicos y enfermeras tienden a seguir dos extremos, tomar mayor autoridad sobre las mujeres adolescentes o actuar de forma protectora a partir de la empatía que generaron, lo cual desvela su posicionamiento humano y social. Durante la visita médica, a veces sucede que, al revisar el expediente, el MAdS ve la edad y la repite con cierto asombro o énfasis: *¡catorce años! ¡quince años!* Eso llama la atención del contingente y la validan porque la edad es un indicador de riesgo en el embarazo de acuerdo a la COMEGO (2011). Entre menor sea la edad de la paciente, mayor es el asombro. Este tipo de expresiones conlleva una buena dosis de juicio de valor, hay una desaprobación social, antes que preocupación profesional, pues en la visita el MAdS no se detiene para explicar por qué el embarazo a esa edad es un riesgo. Laura a sus dieciséis años es primípara, inició su embarazo cuando tenía quince, en su expediente se lee que ha tenido tres parejas y su nivel educativo es bajo. Tomando en cuenta que en nuestro tiempo políticamente se mejoró el nivel al hacer obligatoria la educación media superior. No significa que todas las adolescentes lo cursarán.

En la lógica del MAdS esos elementos aumentan la probabilidad de un segundo embarazo en la adolescencia y está consciente de su responsabilidad como promotor de la salud. Para los MAdS lo difícil en la AIN es dominar el núcleo de conocimientos de su especialidad, criterio que los lleva a considerar los demás aspectos relacionados con la atención y la salud son cuestión de sentido común. Aparece en el fondo el planteamiento de Canguilhem (1971) para considerar si el renovado positivismo de la medicina, encierra un dogmatismo revestido de objetividad, dentro del cual supone un amplio dominio de distintas disciplinas. Entonces, la promoción no representa problema alguno para él, está en su medio y su conocimiento le posiciona en el sitio más importante del CCL. Con esa certeza, no encuentra la necesidad de buscar una metodología, basta blandir razones científicas que *el otro* debe aceptar.

Cual guerrero de la salud avanza empuñando su espada afilada por la piedra del conocimiento científico, entra firme al campo de batalla para derrotar la ignorancia y liberar a la joven mujer de repetir el mismo error, *el embarazo*. Su visión tan definida no le conduce a la victoria ¿por qué? En libro “El Arte de la Guerra”, atribuido a Tzun Zu, advierte que si no conoces a tu enemigo debes estar preparado para sufrir algunas derrotas. En el mismo sentido, de Paul (1990) advierte en la introducción de la obra que coordina, la importancia de entender *al otro*, porque lo que se observa fue construido con las ideas, costumbres, prácticas, aprendizajes de ese grupo o sociedad. Ahí, encontramos la raigambre del distanciamiento entre la praxis del médico y la praxis de las mujeres adolescentes. El embarazo en la adolescencia configura una patología, mientras es un entramado social para las adolescentes. Es decir, la forma en que decidieron, la dinámica familiar, la precariedad laboral y pobreza. Además, los beneficios de la educación, por lo general, carecen de significado y están atravesadas por tensiones con las figuras adultas. Es un hecho que para ellas

La educación no representa una oportunidad para cambiar sus circunstancias de vida. El plano más tangible es subsistir (Bronfman, 2000). Entonces, lo que diga el médico o las enfermeras poco impacto tendrá en su vida en ese momento. Ahí, en el mismo CCL donde el MAdS considera que tiene la posición más alta, la mujer

puérpera también hace su propia lectura, pero no está acreditado en todos los planos, por eso, ellas no están dispuestas a aceptar todo lo que escuchan. A sus ojos, el MAdS no es la figura de autoridad que solía ser. En el caso de Jenny anhelaba la maternidad, está experimentando la realización como mujer, en Carlos encontró la pareja adecuada para formar una familia, hay carencias, pero no son los únicos y ambas familias sienten beneplácito en la unión de sus hijos. La idea de decidir en ese momento sobre un método anticonceptivo es disruptiva, porque no contempla la visión de una familia con un único hijo. Si bien tampoco piensa “llenarse de hijos” no es un tema que haya dialogado con su pareja. Quiere tiempo para hacerlo y recién acaba de parir, en su visión, hay tiempo para ocuparse de ello. Difiere profundamente con la AIN, los TDS tienen en el expediente clínico un compendio de información, en el rubro estado civil está marcada la casilla <<unión libre>> y en estructura familiar la que indica <<redes de apoyo>>. Asimismo, se lee que la pareja trabaja y su nivel educativo es medio superior con carrera técnica. Esos datos indican factores de protección para ella y su bebé, pero todo indicaba que la intervención debió seguir una ruta distinta. No fue así y Jenny lo entendió como el resto de las mujeres adolescentes que dudan si deben elegir un método anticonceptivo o no. Ella no encontró espacio para el diálogo, no por eso dejó de dar batalla. A diferencia de los especialistas su estrategia no es frontal.

Las pacientes por lo general no confrontan a los TDS, tienen claro que poseen el conocimiento, mas no encuentran un espacio para el diálogo y reduce sus opciones, por lo general recurren a la pasividad y evitación. No preguntan nada y buscan una salida sin calcular el efecto de sus argumentos, se les escucha decir: *‘es que no me siento segura’*, *‘no me quiero poner nada ahorita’*, *‘quiero platicar esto con mi mamá’*, *‘ahorita no ando con nadie’*, *‘es que no voy a tener más bebés’*. Como era de esperarse, ninguna es válida para los especialistas, al contrario, reafirma su visión sobre la inmadurez e irresponsabilidad. Los datos de alarma son mayores cuando la joven paciente es postoperada de cesárea. Los MAdS apealan a la evidencia, la probabilidad de un segundo embarazo y los riesgos derivados del procedimiento quirúrgico. Al contrario, parten de sus certezas donde dejan fuera la información recabada a lo largo del PAS y arremeten: *‘eso dicen todas, que se van a cuidar y no lo*

hacen', 'mire, el beneficio es para usted por su seguridad, pero como usted quiera', 'siempre dicen que se van a cuidar y al año otra vez las tenemos aquí'.

Esa forma de responder ni aclara, ni contribuye al PAS, pero sí responde a la política de salud. El hospital está alineado al objetivo dictado por el Estado para disminuir la tasa de embarazos en la adolescencia, la herramienta por excelencia es la anticoncepción y se presenta a la mujer adolescente como “paso obligado”, ya que decidió embarazarse o salió embarazada. Los TDS, MAdS y EPi, pierden de vista que el embarazo en la adolescencia es parte de un entramado social, ni consideran la figura del otro, el ausente y presente a la vez. Esa limitación es una de las razones que les hace centrar toda su atención en la mujer adolescente. Desde esa lógica está obligada a elegir un método anticonceptivo.

La decisión genera un punto de tensión porque la anticoncepción no se presenta como prerrogativa de la paciente. La forma en que los TDS abordan el tema, pareciera llevar una consigna: “la libertad se acabó con el embarazo”. MAdS, MR y EPi preguntan a la paciente: “¿con qué te vas a cuidar?” Si dice *no sé*; dan paso a la presión: “*tienes que elegir algún método; ¿por qué no te lo quieres poner?; estás bien jovencita y ya quedaste embarazada; mira aquí el hospital no te cobran nada te lo está regalando, afuera te cuesta entre (dice la cantidad dependiendo del método que mencione); en el centro de salud luego no tienen o te hacen dar muchas vueltas y por experiencia sabemos que ustedes ya no regresan y vuelven a quedar embarazadas*”.

La insistencia es una constante y en ocasiones se acompaña de las jerarquías que juegan un tipo de complementariedad. La EPi dice: “*bueno, yo ya te expliqué, le voy a decir al doctor que no quieres ninguno*”. Antes de hacerlo, se recalca que lo están haciendo en beneficio de ella. A veces, recurren a la experiencia personal, no es raro escuchar cómo promueven la anticoncepción:

“Mira, yo he usado muchos métodos, es que no se les dice que elijan y ya. Tienes que ver cuál te funciona. A mí algunos me han funcionado, otros no. Los hormonales olvídalos, te causan muchas alteraciones, luego usé el DIU, pero no me acomodé y me puse el implante y me ha funcionado bien”.

Enfermera de piso de Alojamiento Conjunto.

La vivencia personal es una forma, otras EPi son más directivas, sí recurren a su repertorio particular, con la variante de mostrar las buenas decisiones que tomó como mujer. De pronto parece que su intención es alejarse de su posición en el CCL, para adoptar una más cercana sin advertir la mirada sancionadora de otras mujeres que, están ahí y no deberían estarlo. Muestran habilidad para pasar de lo individual a lo colectivo. Una EPi preguntó a una mujer adulta:

EPi: ¿Cuántos hijos tienes?

Paciente: Es el tercero (respondió con tono bajo).

EPi: ¡Dos son muchos, tres ya son multitud! Y es que vas a empezar otra vez con todo, con la cargadera de maletas, pañalera, biberones. Yo dije, no ya con dos me quedo. Si del segundo que fue cesárea me puse a hacer ejercicio, pero, me dolía mucho y dije no ya así, mejor me quedo gorda.

La mujer adulta guardó silencio y solo asentía con la cabeza. La comunicación no es binaria, no sigue un orden como se pensaría desde el modelo oficial. En cambio, sí es congruente con el CCL, la EPi siente la libertad de hablar desde su posición. Con su toma de decisiones busca acreditarse para influir “positivamente” en las pacientes y no <<cometan el error>> de irse sin un método. Nada de eso garantiza que las pacientes cambien su decisión. Entonces, la resistencia es intensa y frustrante porque en el caso de las mujeres adolescentes anteponen razones sin fundamento, hasta infantiles. La menos creíble es la abstinencia, en ese momento ellas hablan desde el conflicto vigente con el padre del bebé. La relación no funcionó y está viviendo el abandono, el desinterés, el engaño, la evasión de la responsabilidad, la crítica por parte de la familia de la pareja. En ese momento ellas no consideran *rehacer su vida*. Tampoco dicen que no lo harán.

Laura vivió esa crisis, la inestabilidad de la relación con su pareja, pero no tuvo mayor impacto en su vida gracias al apoyo de su papá. No significa que haya tomado el mejor curso en la continuidad de su vida. Mary, por su parte, enfrentó los problemas, comunes a cualquier mujer sin recursos abandonada por la pareja. Con este argumento no busco validar ni normalizar su circunstancia vital, las desventajas que conllevan, junto con la enorme responsabilidad. Los efectos se matizan

dependiendo de la red de apoyo y la propia autonomía de las mujeres adolescentes. Los problemas en torno al embarazo no se reducen a la aceptación por parte de las mujeres, se tornan complejos porque enfrentan negación de la paternidad de sus parejas. Así como, las asimetrías de la relación.

La irresponsabilidad en la paternidad es un tema social escabroso. Contar con el apoyo de la pareja, marca cierta diferencia. Jenny tuvo ese apoyo, mientras Sandy se quedó con el problema encima. La experiencia de Laura, Mary, Mireya, Vania y Sandy fue similar, sus parejas, recusaron su responsabilidad. No les importó el serio problema que ellas enfrentarían en sus respectivas familias. Aunque no hubo contacto con ninguno de ellos, la narrativa de las entrevistadas nos conduce al mismo punto, una dinámica proteccionista, abierta o pasiva, hacia el varón por parte de las familias. Las madres de ellos no mostraron solidaridad, tampoco los padres atinaron a guiar a sus hijos para actuar con responsabilidad.

Son aspectos que los TDS desconocen y no muestran interés en conocer. Aunque, aumenten la presión cuando se forma una coalición de MAdS, MR y EPi, no favorece la búsqueda de alguna solución. El contingente se guía bajo las grandes premisas de la política social, de la evidencia biomédica, al tiempo que se alejan de la realidad social. Muchos confunden la proximidad y la llevan al extremo de lo coloquial, la revisten con una familiaridad artificial que adopta formas de hablar o fuerza la relación en el CCL. No obstante, la presentan como recurso para generar familiaridad (Instituto Nacional de Salud Pública, 2015).

Seguir la vía de lo coloquial si bien refleja el esfuerzo por parte de los TDS para que las pacientes adolescentes egresen con el beneficio del método anticonceptivo, no quita su pragmatismo, tampoco su simplismo al ignorar que el itinerario de la AIN ha sido accidentado. Entonces, las bromas y el fingimiento de la no existencia de posiciones en el CCL, equivale a subestimar al sujeto, como si no hubiera integrado a su visión los fallos, las deficiencias, las tensiones, los distanciamientos. Convencidos de ese recurso, presentan la anticoncepción en “tono coloquial”:

“A ver, ya dinos, ¿por qué no quieres ningún método? ¿no te deja tu pareja?”

Enfermera de piso de Alojamiento Conjunto.

“¡Ahí está!, si el papá de tu bebé no te va a apoyar, pues de una vez que te lo pongan y así cuando salgas vas a poder seguirte portando mal”

Enfermera de piso de Alojamiento Conjunto.

‘Estás bien jovencita y bien bonita, galanes no te van a faltar, así ya sales protegida’.

Enfermera de piso de Alojamiento Conjunto.

Ese tipo de argumentos, tácitamente aprobados por los presentes, a veces logran convencer, otras fracasan y la mujer adolescente, sintiéndose desaprobada mantiene su decisión. Resiste con su dicho de usar el condón o perpetuar la abstinencia. Mientras un contingente abordaba a una mujer adolescente, otra EPI usaba los mismos argumentos:

“Mira, sales jovencita, sales bonita, con derecho a amar y ser amada. Y no va a faltar quien te tire el “can” y el condón y nada es lo mismo”.

Enfermera de piso de Alojamiento Conjunto.

Ante la negativa de la mujer adolescente la EPI cerró su intervención diciendo: *“Yo espero que de verdad, de verdad te comprometas a cuidar a tu bebé.”*. La reacción desvela su frustración, no logró convencerla de tomar la decisión adecuada. Sin embargo, también pierde de vista que los TDS no se ocupan de construir los vínculos para construir la colaboración durante el PAS. Las interacciones entre TDS y mujeres adolescentes en el servicio de AC, es denso en cuanto a tópicos. Los TDS tienen una agenda por cumplir, cada actividad responde a la visión institucional, no necesariamente a la realidad social. Para la AIN lo más importante de la praxis profesional es que tengan sustento científico, el cual conduce a mantener una perspectiva biologicista sobre la reproducción.

Es común ver a las mujeres adolescentes vivir con incertidumbre el puerperio; del parto pasan a la crianza, ya tienen encima el ejercicio de un nuevo rol social con toda la carga de su función. No es el mejor momento para iniciarlo, ya que físicamente no se han recuperado, dolor y cansancio están presentes, pero en el itinerario de la AIN pasa a segundo plano, ellas deben concentrarse en las necesidades de su bebé. Lo primero es la alimentación, es “lo mínimo” que se les pide porque las EPI y las EE las apoyan proporcionando los cuidados básicos al recién nacido. En medio de las exigencias, las mujeres adolescentes descubren que

la acción de amamantar ni es tan natural, ni es tan innata, tampoco instintiva. Descubren que ignoran muchas cosas, como la anatomía de su cuerpo, específicamente la mama. Dependiendo de la forma del pezón, en menor o mayor grado la lactancia resultará dolorosa. La información que las madres primerizas es relevante, bien podría tener un impacto en el proceso de crianza y en la construcción de su rol. El problema es la condición en las que se enseña y las circunstancias del aprendizaje, las cuales son desfavorables.

6.4 MULTIDIRECCIONALIDAD EN EL PAS. “NO LE DIGAS QUE NO TIENES JABÓN PORQUE TE VA A AVENTAR SU LETANÍA”

El tiempo de hospitalización tiene distintos propósitos para los TDS adscritos al servicio y de otros servicios, dada la estructura interna del HEGO. Es decir, la AIN no contempla muchos servicios existentes, pero está justificado porque sólo al interior se identifican las necesidades. En el organigrama de la Secretaría de Salud no va a aparecer un servicio específico de lactancia materna, por ende, no existe el código de jefa de lactancia o enfermera de lactancia. Lo mismo que en el quirófano en el profesiograma no existe el código de “enfermera de labor” ni de “cubículo”. Sólo es al interior de los servicios y muestran la forma de organizar el trabajo. Esto explica por qué de pronto el servicio de alojamiento conjunto tiene una saturación de personas que realizan actividades muy específicas. Cada servicio marca sus prioridades y se desarrollan de forma paralela, convergen en un punto que justifica a todas, pues se dirigen al cuidado de las pacientes. Sin embargo, al observar las dinámicas del servicio es posible distinguir que las EPI priorizan las rutinas de trabajo, para los servicios externos es cubrir actividades de enseñanza porque son parte de su producción laboral. Por ejemplo, el servicio de lactancia materna debe elaborar un registro de cuántas pacientes capacitó en el tema de lactancia materna. Es un tema importante para la AIN, también para esa clínica, pero no necesariamente para las pacientes. Ellas están presentes en todas esas dinámicas, más centran su atención en el egreso. Es común que a unas horas de su traslado pregunten si ya las van a dar de alta. A veces la respuesta es seca por parte de la

EPI: *'No sé; el médico es quien decide'*; otras en tono de broma les dicen: *'Ya esperamos que se vayan porque queremos sus camas limpias'*. Así, el itinerario de la AIN cobra distintos sentidos en el PAS.

En esa lógica cada una de las salas de alojamiento conjunto súbitamente se llena con MR, EPI y EE de la clínica de lactancia o de inmunización, estudiantes de psicología o nutrición. El servicio de inmunización tiene como objetivo vacunar, llega la enfermera responsable empujando una mesa Pasteur con el material que necesita, acompañada de tres a cuatro EE, una lleva una hielera con las vacunas. Al mismo tiempo y coinciden con las EPI, quienes realizan alguna rutina, por ejemplo, administrar medicamentos, revisar soluciones, hacer una curación. La responsable de la inmunización se presenta e inicia su labor, independientemente de lo que estén haciendo las pacientes, si están amamantando, durmiendo, caminando, ingiriendo alimentos, sometidas a un procedimiento, incluso en una breve consulta médica. Al mismo tiempo suceden diferentes tipos de interrelación, dominan las laborales y puntuales. Son actividades directivas y verticales. No se establece diálogo. Sin embargo, en la idea de las enfermeras sí lo hay porque mientras avanzan en su discurso hacen varios cortes diciendo: *¿alguna duda? ¿alguien tiene dudas o preguntas hasta ahorita? ¿vamos bien, todo está quedando claro?* La mayoría de las veces la respuesta es no, por lo tanto, reanudan su enseñanza.

Cuando enfermería diseña y plantea su intervención lo hace desde sus marcos teóricos y cae en la misma verticalidad de la medicina, así como de las generalizaciones y las abstracciones. Supone que a todas las mujeres les interesa saber cómo amamantar a su bebé, o que la maternidad las coloca en el mismo plano cognitivo y su proceso de aprendizaje tenderá a lo significativo como plantearan Ausubel, Novak y Hannesian (1983). No sucede porque el diseño de la situación educativa metodológicamente carece de ese marco y no llega a la reflexión, análisis o la problematización. Además, no hay una verificación de los procesos atentos de las pacientes, afectados por el cansancio, dolor, privación de sueño. Algo similar pasa con la inmunización, tema toral para el Sistema de Salud, pero no tiene esa relevancia en el CCL.

Las EE inician con una breve exposición sobre la vacunación, ¿qué es?, ¿para qué sirve?, los beneficios, las posibles reacciones, los cuidados, las recomendaciones. Finalizan preguntando si hay dudas, ante la ausencia de éstas, proceden con la vacunación, se distribuyen entre las pacientes para vacunar. Avisan a la paciente que van a tomar a su bebé y después inmunizarlo, lo entregan y dan algunas indicaciones. Otras, se acercan a la cama de la paciente, le piden que lo sostenga y dan la dosis vía oral. Finalmente, se hace entrega de la cartilla de vacunación y se explica la importancia y manejo del documento. Mencionan los refuerzos y si en ese momento el hospital no cuenta con alguna de las vacunas, les indican cuándo pueden volver o bien la obligación de acudir a su centro de salud más cercano. Una vez más cierran preguntando si tienen dudas. Las mujeres adolescentes no preguntan, tampoco las adultas, ellas quizá por la experiencia previa, pero las adolescentes no lo hacen por la limitación de sus competencias sociales. Así como se satura el área, también queda vacía y en ese momento, surgen los comentarios, las opiniones, las preguntas entre ellas. No necesariamente habla la más experimentada con dos o más embarazos, sino la más extrovertida. En ausencia de los TDS tiene lugar un tipo de foro abierto, unas deciden hablar, otras escuchar, algunas prefieren salir al pasillo a caminar o tratan de dormir. Aunque la información que recibieron es relevante, no es el centro de la conversación. Tampoco, hay un desbordamiento sobre la experiencia del parto o la maternidad, excepto si saben o escuchan de algún caso que se complicó o ven llorando a una de ellas. Los temas son diversos, sobre la relación de pareja, con los padres, el estado de salud de los recién nacidos, algo del manejo médico, las sensaciones del cuerpo, incluso, las tensiones que tienen, sobre todo, con las enfermeras. Surge una plática entre una mujer adulta y una adolescente sobre el cansancio. La primera dice que no ha podido dormir y siente cómo se le cierran los ojos. Recalca que necesita descansar. Y pregunta a la adolescente si ella descansó y señala: *“yo vi que casi ni dormiste”*, le responde: *“sí un poquito”*.

En las interacciones entre las pacientes púerperas a veces participan las trabajadoras de limpieza, porque su rutina demanda entrar al ala varias veces, si está saturada de personas, como ocurre en la visita médica, se centran en su labor

o la postergan y si están solas con las pacientes, sienten libertad para comentar o preguntar ciertas cosas. Es común que en esa condición ejerzan cierto liderazgo conferido por *la experiencia* y con base en su conocimiento práctico aconsejan, recomiendan, sugieren o problematizan, eventos diversos de la hospitalización. La dinámica se complementa porque, para algunas pacientes ellas son fuente de información confiable. Por ejemplo, les preguntan algo sobre la salud del bebé, el cuidado o a cuál enfermera puede solicitar un apoyo específico, sobre todo, artículos de uso personal que el familiar olvidó o no tuvo oportunidad de proveer. Entonces, las trabajadoras de limpieza proponen algunas estrategias:

“Mira, no le digas que no te lo trajo tu familiar porque te va a aventar su letanía de ‘señora, su familiar es responsable de traerle todas sus cosas personales. Sobre todo, la que les toca a ustedes, porque la otra es más buena persona, más tranquila. Entonces, nada más acércate al control, ahí donde están todas las enfermeras y dile que te falta bata y jabón. Sí te va a decir algo, pero no igual si le dices que no tienes jabón”.

Trabajadora de limpieza, servicio de Alojamiento Conjunto

La voz de la trabajadora de limpieza les resulta más cercana y confiable porque no se ha construido ese vínculo de confianza con los TDS de ese servicio. Además, lo corroboran cuando lo ponen en práctica y resulta. Eso incrementa la credibilidad. Es una dinámica iterativa porque las pacientes están unas horas en el servicio. En otras ocasiones, la trabajadora sigue una ruta distinta, habla directamente con la EPI con quien tiene mejor relación:

“Jefa, la pacientita de la 230 se iba al baño sin chanclas, yo me di cuenta nada más porque entre a limpiar y la vi que ya iba para afuera y le pregunté de sus chanclas. Yo le comento porque ya ve que luego se nos resbalan en el baño y el problema que hay”.

Trabajadora de limpieza, servicio de Alojamiento Conjunto.

En la rutina que desarrollan las EPI preguntan por los artículos de limpieza, saben que muchas de ellas llegan a urgencias y que no siempre vienen preparadas con lo que van a necesitar. Aunque por rutina las EPI preguntan o revisan qué les hace falta a las pacientes, no todas tienen el mismo cuidado, o prestan el mismo nivel de atención al asunto. De ahí vienen los señalamientos porque algunas

enfermeras consideran que su función no es proveer los artículos de higiene personal, eso es responsabilidad del familiar. El problema es que el ingreso y el mismo itinerario no está tan organizado como para evitar tales contrariedades. Hay familiares que sí traen o compran esos artículos, pero ya no tienen oportunidad de entregarlos.

Las oleadas de gente que de pronto inundaron la sala trayendo consigo información que saturó a las pacientes con la técnica de lactancia, los datos de alarma y cuidados del recién nacido, la inmunización, los métodos anticonceptivos, las complicaciones emocionales en el puerperio, la aplicación de encuestas o escalas por parte del servicio de psicología, enfermería o salud reproductiva; desvelan que las pacientes son objeto de diversos intereses y cuando la tarea se cumple, pasan horas sin tener interacción con ellas. En el fondo TDS y estudiantes piensan haber cumplido ya que recabaron información, ejecutaron procedimientos, llenaron debidamente reportes. Entonces, no hay motivo de permanecer más tiempo con las pacientes. La percepción de haber cumplido satisfactoriamente con los deberes, tiene sus indicadores. El más sólido para los TDS es preguntar: *¿tiene alguna duda?* La estructura puede variar, pero la finalidad es corroborar si <<entendió>>. La respuesta invariable de las pacientes es <<no>>, significa que entendieron, pero funciona como indicador de finitud en la interrelación pautada por lo rutinario. Además, es cuestión de horas para que todo concluya con el egreso. Para los TDS la hospitalización es un constante desfilar de mujeres puérperas y recién nacidos.

Esa forma de funcionar, o sea, de concretar la atención de la salud no la comparten todas las EPi, consideran que hay cosas que se pueden modificar, pero son conscientes que es terreno escabroso. Ni siquiera tiene la certeza de contar con el respaldo de la estructura de la AIN, pues su nombramiento de jefe no cubre todos los aspectos del funcionamiento del servicio clínico. Hay actividades que no pueden evadir su autoridad, mientras que, otras siendo de su competencia, encuentra férrea resistencia.

6.5 LAS TENSIONES EN EL EGRESO. “NO DEPENDE DE MÍ SEÑORA, POR ESO SE LES DA LA INFORMACIÓN DESDE QUE LA PACIENTE SE HOSPITALIZA”

Las mujeres adolescentes no muestran interés en la “cascada” de información de las últimas horas, su propósito es el egreso, aunque sí es conocimiento útil, mas no para ellas. Ahí está otro elemento que configura el distanciamiento, a las pacientes les parece que no necesitan nada de eso, porque el asunto principal está resuelto. Las mujeres adolescentes preguntan a diferentes TDS si las van a dar de alta, pero eso se define en el pase de visita médico, como ya señalamos es una actividad rutinaria y no puede retrasarse tanto porque altera el resto del proceso de trabajo y funcionamiento del HEGO en la admisión y hospitalización.

Frente al pie de la cama el MAdS da la esperada noticia: “*está de alta*”, tras revisar el resumen clínico anterior, el que fue elaborado a primera hora de ese día, los últimos resultados de laboratorio e indicaciones, viendo que todo está en orden, saca su sello lo presiona sobre el papel y asienta su firma. A veces dice algo a la paciente bajo la comunicación binaria anteriormente descrita. Esto le toma unos minutos y pasa a la siguiente cama. Ahora, la mujer púérpera sabe que está de alta. Sin embargo, transcurren varias horas hasta que el alta se hace efectiva y surge la impaciencia, la queja, la irritabilidad, incluso alteraciones de la conducta como irritabilidad o enojo que los TDS del servicio no se explican.

El alta indicada por el médico está sujeta a procedimientos administrativos centrados en la coordinación o no de dos disciplinas, medicina y trabajo social. Además, mantienen diferencias en la forma en que entienden el último tramo del itinerario de la AIN. Cuando el MAdS indica el alta, avanza en su rutina de trabajo y delega toda la carga administrativa en los MR, MIP y MdP, ellos están obligados a integrar y poner en orden el expediente clínico. Muchas notas son, prácticamente, iguales, sólo añaden algunos párrafos nuevos apoyados en una referencia bibliográfica. Esa actividad no sólo es de escritorio, implica ir a los servicios de apoyo diagnóstico para recoger los estudios faltantes, o bien, si el alta está condicionada a los resultados de un estudio indicado de último momento, tiene que elaborar la solicitud y tomar la muestra. Mientras ese procedimiento avanza continúa con lo demás, pero “retrasa” sus actividades y queda como pendiente.

Cuando una paciente ve salir a otra antes que ella, a pesar de que a ambas les informaron de su alta en el mismo pase de visita, provoca especulaciones, inconformidad que se traducen en ansiedad o irritabilidad. A veces, el desfase en la continuidad del proceso llega a ser tan intenso que se genera un conflicto, la mujer adolescente se instala en la exigencia del alta, aunque está a unas horas del egreso, recurre a pedir su alta voluntaria. La petición no se activa en automático, MAdS y MR parten de la certeza de no dar el alta sin conocer los resultados de los estudios que indicaron. Aunque hablamos de unas horas algunas pacientes solicitan su alta voluntaria por diversos motivos. Los TDS “echan mano” de los recursos disponibles, piden localizar al familiar responsable, solicitan interconsulta al servicio de psicología porque encuentran “algo patológico” en el comportamiento, toda vez que han explicado los riesgos y la paciente no cambia de opinión. En ocasiones, el esfuerzo es fútil, el familiar acaba por apoyar la decisión de su paciente. Los riesgos son altos, por ejemplo, cuando mantiene cifras tensionales elevadas, no se cuenta con los últimos resultados de laboratorio o la infección no ha cedido. Cada evento pone en riesgo su salud, integridad y vida. El asunto se agrava cuando los TDS no están tan dispuestos a reconocer errores o fallos que pudieron motivar la solicitud del alta y mantienen el argumento patologizante de la conducta. También entran las exigencias de las pacientes, van desde pedir servicios que no son parte de la AIN, cierto tipo de alimentos, celeridad en el PAS o la permanencia de un familiar.

El comportamiento de la mujer puérpera llega a ser otra fuente de demora, por ende, de conflicto. Al coincidir la mirada del MAdS y la EPi, hacen planteamientos desde su campo de conocimiento, si ven a una paciente somnolienta, inexpresiva, que no reacciona de inmediato al llanto de su bebé, sugiere un posible trastorno de la conducta. El criterio no es tan teórico, muchas veces parten de su sistema de valor al compararlas entre sí, pues mientras unas están muy atentas a su bebé, incluso cuando empiezan a dormir, reaccionan de inmediato si emite algún sonido. En cambio, las del grupo bajo sospecha se quedan dormidas, incluso cuando están amamantando o no se despiertan, aunque su bebé esté llorando. Los TDS interpretan esos comportamientos como desinterés y lo traducen en un posible cuadro clínico de depresión posparto. El distanciamiento aparece de nuevo porque

ni MAdS ni EPi se acercan a preguntar a esa paciente si se encuentra bien o si necesita algo. Lo atinado para ellos es la valoración por otro especialista, pero las mujeres hablan de su cansancio, su necesidad de dormir porque no son las seis u ocho horas que llevan en el HEGO sin descanso reparador, hablamos de cansancio acumulado. Algunas de ellas buscan credibilidad:

“No es que no quiera o no me interese mi bebé, es que no he dormido bien y de veras que se me cierran los ojos, así de plano y ni siquiera me doy cuenta”.

Mireya.

“Es que ya me dijeron que si no quiero a mi bebé, pero no es eso, yo me siento bien cansada, aunque me pasaron aquí como a las once más o menos, yo no pude dormir nada, el colchón está bien incómodo y en la noche hizo un buen de calor, súmele el ruido, por eso ya me quiero ir porque quiero dormir”.

Sandra.

“La enfermera de la noche me dijo ‘a ver cómo le vas a hacer ahora que te vayas a tu casa, aquí te lo cuidamos, pero tu beba está llorando y llorando y tú como si nada’. No era cierto, porque sí lloró, la mecía así en su cuna y se volvió a dormir, por eso me dormí, pero la enfermera exageraba todo”.

Mary.

Las dificultades para dormir no sólo son debidas al curso fisiológico del puerperio, el dolor de la zona genital o de la herida quirúrgica; las mujeres coinciden que por la noche (de madrugada) entran las EPi haciendo mucho ruido, dando indicaciones con volumen alto de voz, arrastrando cosas y puede repetirse varias veces durante el turno. El descanso de las pacientes como parte de los cuidados y del proceso de recuperación simplemente se desvanece ante el imperativo de cumplir con las rutinas de trabajo. Entonces, el cuidado queda subsumido a las exigencias laborales.

La interconsulta a psicología a veces, es motivo de retrasar el egreso. Hay un criterio que norme el tiempo en el que debe realizarse el alta, pero la concreción del PAS muestra la distancia, porque influyen los factores descritos. Así, pueden pasar de tres a ocho horas, debido a que cada disciplina, medicina y enfermería principalmente, privilegian sus rutinas. Por ejemplo, las trabajadoras sociales requieren del expediente clínico para avanzar el trámite del alta, no pueden hacerlo hasta que los MR los entreguen. Entre más tiempo tarden en hacerlo, más tardado

es el egreso, la paciente y su familiar desconocen eso. El asunto no queda ahí, genera tensiones laborales en el cambio de turno, porque el turno entrante supone que no se exigió los expedientes. Las trabajadoras comentaban en el cambio de turno:

“Es que si no te traen los expedientes pues vas y buscas al doctor y le dices que necesitas los expedientes porque ya tienes ahí a los familiares. Y discúlpame, pero ellos no se avientan las broncas con los familiares, a uno es a la que ven y le exigen, pero no le dicen nada a los médicos”.

Trabajadora Social, haciendo enlace en el segundo piso.

“Por más que le digas a los médicos que necesitas los expedientes, no por eso te los traen más rápido. Y cuando son nuevos, peor porque andan todos despistados. Yo lo siento por los familiares que uno los tiene aquí afuera horas y pues sí, yo entiendo su molestia, pero no depende de uno”.

Trabajadora Social, comentando con otra compañera en segundo piso.

“Soy la Lic. Leticia Gómez, trabajadora social del servicio de Alojamiento Conjunto, todos los que vienen para tramitar el alta de su paciente van a pasar conmigo. Les aclaro que todavía no tengo los expedientes, voy a ir revisando si ya tienen los documentos que vienen en su hoja de alta y agilizar lo más posible. Les pido que tengan en cuenta que, aunque ya su paciente está dada de alta, yo no puedo avanzar hasta tener el expediente”.

Trabajadora Social, dando indicaciones a familiares en el segundo piso.

La sinergia expuesta en el modelo oficial es inexistente, cada disciplina busca cumplir las exigencias de su trabajo. Eso no significa que los MR actúen con dolo, antes que pensar en el tiempo que el familiar ha esperado, la distancia que recorrió para llegar, su prioridad es que no falta nada en el expediente clínico. De lo contrario, la llamada de atención viene directamente de los superiores de su disciplina. Si la trabajadora social enfatiza que está entregando con mucho retraso los expedientes, lo toma simplemente como un comentario, no le afecta. En cambio, si la observación de faltantes viene del MR de mayor jerarquía, incluso del MAdS, sí le concede toda la importancia.

Las dilaciones no se deben únicamente a la praxis de los TDS, las dinámicas del familiar también influyen. Algunas trabajadoras sociales pasan la visita con los médicos, no participan sólo escuchan, su interés es saber cuáles pacientes serán dadas de alta y si hay algún asunto que el MAdS considere importante tratar con el familiar o alguna institución. No es una regla, depende de la trabajadora social y

parte de sus funciones no es pasar la visita. Quien lo hace lo ve como un beneficio ya que le permite avanzar en algunas actividades, por ejemplo, localizar al familiar responsable. El procedimiento para comunicarse con los familiares es realizar llamadas telefónicas, pero no todas las áreas tienen habilitado el servicio de línea externa. En consecuencia, tendría que bajar al primer piso y hacer las llamadas desde la jefatura de trabajo social. Sin embargo, están conscientes que se tornaría caótico porque las trabajadoras sociales de todos los servicios, se concentrarían en la jefatura y sólo hay una línea. Además, tienen que realizar varias llamadas, intentar hasta que el familiar conteste. El número varía dependiendo las altas indicadas, el rango es amplio y pueden ser más de diez pacientes.

El alta hospitalaria es la conclusión de la AIN, pero sigue distintos objetivos. Para medicina es la condición homeostática de la paciente, enfermería busca la conclusión de los procedimientos del cuidado. En cambio, trabajo social pone énfasis en los criterios de seguridad porque se trata de menores de edad con un recién nacido. No se ocupan de las cuestiones médicas y la seguridad que busca es formal, es decir, dejar evidencia legal y en el mejor de los casos contribuir a la seguridad social de las pacientes y sus recién nacidos. Lo cual no evita la praxis enfocada en evitar problemas legales al HEGO y al propio TDS. Prioridad que no comparte el familiar, su finalidad es “sacar” a su paciente, allende los requisitos y recomendaciones:

“Sí yo entiendo lo que me dice, pero le pido también que entienda mi situación. Yo pedí permiso en mi trabajo, no se crea que yo me puedo salir así y ya. Llegué a la hora que me dijeron y ahora yo cómo voy a avisar que no voy a regresar. Es que ustedes no piensan en eso”.

Familiar de paciente. Servicio de Alojamiento Conjunto.

“Es que para ustedes es muy fácil exigir los papeles, pero desde ayer que vine le dije claramente a la señorita del turno de la tarde que mi hija no tiene su INE, no la ha sacado y no tiene otra credencial. Me dijo que con que yo viniera a tramitar la alta, y ahora usted me dice que me faltan papeles. Ustedes primero deben de ponerse de acuerdo porque nada más nos hacen dar vueltas y vueltas”.

Familiar de paciente. Servicio de Alojamiento Conjunto.

“Mire, yo soy la tía, ni su papá ni su mamá viven aquí. Mi hermana la mandó conmigo porque ellos son de Oaxaca y no podía tener a su bebé allá. Yo no tengo los documentos que me pide y mi hermana no tiene la posibilidad de venir acá. Tampoco yo puedo mandar traer los

documentos porque ellos no viven en el centro, su pueblo está como a dos horas de ahí. ¿Quién les va a ir a avisar? Además, yo ni siquiera sé si tienen esos documentos. Lo que le muestro, es con lo que la enviaron. Nada más”.

Familiar de paciente adolescente. Servicio de Alojamiento Conjunto.

“Es que yo pregunté si podía tramitar el alta de mi esposa, bueno de mi pareja y me dijeron que sí. Yo sí traigo mi credencial y los papeles que me dicen. Por eso vine, sus papás saben que está aquí internada y todo, y su mamá iba a venir, pero como dijeron que yo podía, pues ella ya no vino. Ella es menor de edad eso lo entiendo, pero vivimos en unión libre”.

Carlos, pareja de Jenny.

El trámite varía tanto como las personas que la solicitan y la trabajadora que atiende. La praxis de trabajo social puede tornarse muy normativa. Entonces, si el familiar no cumple con los requisitos que aparecen en el cuadernillo que les entregan desde la hospitalización de su paciente, no proceden con el alta. Otras consideran que la exigencia ayuda tanto a familiares como a pacientes a hacerse responsables, a no acostumbrarse o esperar que todos se les facilite o resuelva porque la falta de documentos no es por ignorancia o pobreza, sino por descuido:

“Señora, la responsabilidad del hospital no es tramitarle esos documentos, aquí se atiende la necesidad que trae la paciente, y por eso se les informa desde el principio qué necesitan para dar de alta a su paciente. Si usted quedó como familiar responsable, se le dio la información”.

Trabajadora social, segundo piso, hablando con un familiar.

“Señor, yo lo entiendo, pero si su hija vive con usted, debe ayudarla para que tenga sus documentos en orden. No crea que a nosotras nos gusta estarlos regresando, pero tampoco podemos entregar a una menor con un recién nacido, nada más porque nos digan es mi hija. Ella también ya tiene que ser responsable porque ya tiene un bebé. Si no, ¿cómo le va a hacer?”.

Trabajadora social hablando con el padre de Laura.

“Señora, yo entiendo lo que me dice, no conozco, pero tengo idea dónde queda Huehuetoca, pero le acabo de demostrar que sí se le dio la información, la trae en la mano. Lo que pasa es que usted no leyó y viene así nada más. ¿Sabe en el problema que el hospital se puede meter si no se tienen los documentos oficiales en el expediente? Yo no me puedo arriesgar entregándole a su hija con un bebé. Tiene que traer los documentos”.

Trabajadora social hablando con la mamá de Vania, servicio Puerperio Complicado.

Es una responsabilidad que toman con mucha seriedad, por eso solicitan identificaciones con fotografía. Lo más común para las mujeres adolescentes es la credencial de la secundaria, muchas de ellas no continuaron estudiando o interrumpieron el siguiente nivel. Lo lógico es pensar que tengan esa credencial, no

es así, el familiar informa a la trabajadora social que sólo tiene la credencial o certificado de la primaria; no la acepta por el tiempo transcurrido. A la distancia se observa una interrelación específica, pragmática, donde la tensión precede a la colaboración. No hay colaboración, cada uno quiere resolver de la manera que resulte más conveniente. Por supuesto, el TDS tiene el respaldo de lo institucional y su responsabilidad tiene horario. Finalmente, lo que no se pudo resolver en su turno, queda pendiente para el siguiente.

El siguiente turno de trabajo social inicia a las 14:00 o 14:30 horas, dependiendo de la trabajadora social asignada a ese servicio. La asignación se hace en función de cuántos trabajadores se presenten a laborar, una vez que se sabe, la supervisión procede con la distribución. Pasan 30 minutos, incluso una hora para que se reactive el trámite del alta hospitalaria. Además, el TDS es libre de decidir si primero hace uso de su tiempo de comida, pues por derecho le corresponden 30 minutos para tomar alimentos, pero por lo general, siempre excede ese tiempo, o bien, decide retomar los pendientes del servicio. Las TDS conscientes de ello, han tomado algunos acuerdos para evitar la afectación a las pacientes. Una vez que se retoma el alta se verifican documentos, piden los artículos personales de la paciente. Aunque, son muy explícitas en el tipo de ropa y calzado para la paciente y los artículos para el bebé, son pocos los que cumplen. Llevan cosas de más que propicia tensiones con los oficiales de vigilancia y con la misma trabajadora social:

Trabajadora social: Señora le marcamos desde temprano y dijo que ya estaba aquí. De eso ya hace casi dos horas.

Familiar: Pues sí señorita, pero yo no tuve la culpa, el policía se puso bien pesado porque no me dejaba pasar.

Trabajadora social: Señora es que claramente yo le dije que no podía pasar con artículos de aseo, su paciente ya no los va a necesitar, por eso no le daban el paso y yo decía pues ¿qué pasó?

Familiar: Ah... es que como yo me imaginé que como ya va a salir, pues de una vez que se bañe, yo hasta le traje champú y la pasta de dientes.

El vigilante actuó correctamente, la familiar no lo consideró así y no dudó en externar su queja, enfatizando que su retraso fue responsabilidad del vigilante. Una

vez que se aclara, el asunto se pasa por alto. No se registra el incidente para ver posibles alternativas de solución. La prioridad para ambas partes es concluir el trámite de alta. Parece algo sencillo, los familiares tienen en su mano los requisitos del alta, pero la gran mayoría no los lee, por ende, no los cumple. Eso se traduce en retrasos, mas no reconocen esa parte y siempre buscan señalar a alguien como responsable de las fallas.

Cuando finalmente cubren los requisitos, la trabajadora hace una inspección general y le indica que puede colocar el membrete en el paquete y depositarlo en el carro metálico. De ahí la auxiliar administrativa lo toma junto con el expediente clínico para entregarlo a la paciente. Con el bulto y el expediente en mano, le dice que se cambie y que la espere para que la acompañe abajo para entregarla a su familiar. La trabajadora social sabe que eso puede llevar un poco de tiempo, porque el cambio de ropa es algo que hacen las pacientes en solitario, nadie las asiste. Hay familiares que preguntan si podrán pasar para apoyarlas, la respuesta es definitiva: No. Hay a quienes el asombro se les dibuja en el rostro. Es interesante porque parece existir un catálogo del cuidado, hay cosas que entran y otras que no. A juicio de los familiares, hombres y mujeres, esa asistencia es necesaria, idea que no comparten los TDS. Tal vez la trabajadora social esté de acuerdo, pero la indicación es de enfermería. No obstante, si el familiar equivoca el tipo de calzado y en vez de traer tenis o zapato de piso, le lleva pantuflas o sandalias de baño, le hacen notar que la paciente no puede salir así porque representa riesgo de caída. La alternativa es comprar un par de zapatos, gasto que el familiar no tiene contemplado, o bien, calzarse lo que llevó y ceder sus zapatos o tenis a su paciente.

La auxiliar administrativa tiene dos opciones, pasar los expedientes conforme se vayan depositando o dejar que se junten varios para aprovechar y bajar varias pacientes al mismo tiempo. Cuando las enfermeras ven que la ropa ya está en la cama de la paciente, le dicen que se cambie con calma, pero eso interfiere con la rutina de las trabajadoras de limpieza (TL), porque son responsables de limpiar la cama y preparar el área para la siguiente paciente. La jefa del piso le indica cuáles camas se van a desocupar y las necesita limpias. La TL puede estar ahí en la sala, mas impedida de hacer su labor porque la paciente se está cambiando, le han

cerrado las cortinas. Cuando acaba, toma otro tiempo para cambiar a su bebé. La falta de pericia causa que el proceso sea lento. Eso impacienta a la trabajadora pues sabe que tiene que hacerlo antes de que acabe su turno, no importa si le avisaron una hora antes de su salida. Si deja el servicio sin hacer la limpieza, la jefa de piso debe reportarla con la supervisión. Frente al dilema, algunas no dudan en intervenir:

TL: ¿Qué te hace falta? Porque ya te trajeron tus papeles ¿no?

Mary: Sí, es que me dijo la enfermera que le van a avisar a mi mamá que no puedo salir con estas chanclas.

TL: Sí, pero es que ya te entregaron tus papeles (resumen clínico y receta) y ya cuando te dan eso ya es para salir.

Mary: Es que es por las chanclas, creo que mi mamá me va a traer otros zapatos.

Lo que decía Mary era correcto, la EPI pidió a vigilancia localizar al familiar porque le había dejado pantuflas. La TL no se detuvo y como en la sala sólo había EE, les hizo mención que la paciente ya tenía todo para salir. Uno de ellos se acercó, vio el expediente, leyó su resumen y asintió con la cabeza, pero no dijo: ya te puedes ir; sólo se alejó. Situación que la TL aprovechó para enfatizar:

TL: Ya ves, es lo que digo, ya tienes todo para salir.

Mary: Pero es que me dijeron de las chanclas.

TL: Es que si fuera así, no te hubieran traído tus cosas.

Mary, desconcertada, tomó sus documentos, la bolsa en la que echó un rollo de papel higiénico, cepillo y crema dental. Cargó a su bebé y con paso lento pasó cerca de los EE que no repararon en su salida. Es una práctica que se repite a pesar de que se encuentran en el mismo servicio y están coordinados. Los EE seguían con su rutina de quitar la “ropa de cama” y tender otra. La TL actuaba con celeridad, porque tenía que limpiar dos camas más. Las pacientes todavía se encontraban ahí, pero podía aventajar con esa. Es una labor extenuante porque al tiempo que limpia, los TDS no dejan de pasar. Algunos tienen cuidado y le preguntan si pueden cruzar,

otros se atraviesan sin la menor atención. De una o de otra forma, lo que limpió se ensucia de nuevo. A veces, acaban de asear una de las salas y de pronto escucha a una de las EPi: *“Doña Tere, aquí en la 240 por favor, se acaba de ensuciar”*. Ya sea porque la paciente sangró, o a alguien se le derramó solución. Otras veces, acaban de limpiar el lavamanos y cuando regresa para sacar la basura, lo encuentra sucio, lleno de pasta dental. Si no hay EPi presente, no duda en decirles que ese lavabo no es para cepillarse los dientes y si lo usan deben dejarlo limpio. La limpieza es un trabajo demandante e inagotable.

La auxiliar administrativa encontró a medio pasillo a Mary, venía con otras dos pacientes del otro servicio. No reparó en el calzado hasta que llegaron al elevador y le preguntó por qué traía esas pantuflas. Mary respondió: *“fue lo que me trajo mi mamá”*. Ya no hizo por regresar con ella al servicio clínico porque haría esperar a las otras pacientes. Así, que siguió adelante y comentó:

“A ver si no te caes eh. Bueno esperemos que no porque cuando se llegan a caer los familiares luego, luego se molestan y hasta nos quieren cobrar como nuevas a sus pacientes, por eso se les dice qué tipo de calzado les deben traer, pero en fin”.

Auxiliar Administrativo.

Cuando se encontraron en la planta baja, la auxiliar entregó el expediente en el archivo. El trabajador llama a la paciente, corrobora algunos datos, arranca el carnet pegado al final del expediente y se lo entrega. El oficial le pide su carnet, llama al familiar quien está haciendo fila para recibirla. Es la última acción del itinerario de la AIN. Cuando tiene indicación de agendar cita, lo hace, pero no todas las áreas operan en la tarde así que tiene que regresar otro día. La mujer adolescente acompañada ya de su familiar, se dirige a la puerta principal con documentos en mano, los muestran a los oficiales y dejan el HEGO. A veces dan las gracias otras expresan su molestia por la larga espera, muchos de los reclamos suceden en la sala de espera que coordina el servicio de Contacto Ciudadano. La falta de información, los tiempos prolongados, son factores que influyen. Muchos de los reclamos o quejas ni se atienden ni se dirigen a otra área.

El PAS es la concreción de la AIN, ninguna disciplina, servicio clínico o área funciona en estricta ejecución de prácticas normativas. La concreción sucede

mediante la praxis humana que da cuenta de los posicionamientos que los involucrados adoptan dentro del CCL. La atención a la salud no es ese proceso organizado, sinérgico, tampoco las tensiones y los conflictos surgen en áreas específicas (Apeso Varano & Varano, 2014), tampoco son exclusivas de eventos particulares (Glaser & Strauss, 1980), están latentes durante todo el PAS. Tal como apuntan Olivier de Sardan (2015) y Auyero (2012) en las instituciones públicas hay sujetos que toman decisiones sobre otros, sobre los asuntos o necesidades de los otros. De manera que el sistema, esa abstracción a la que muchas veces apelan los TDS, adquiere el rostro de alguien y su praxis afecta positiva o negativamente el PAS de pacientes y familiares.

El PAS es el concepto que permite analizar la AIN en términos concretos, y no sólo por los indicadores que se establece desde la administración pública. Por supuesto, toda esa organización responde a un marco normativo que se alinea a la Ley Federal de Normalización bajo la exigencia de establecer una métrica que haga susceptible de evaluación toda actividad desarrollada. Esto no tiene que ver con el bienestar del paciente sino con la autonomización institucional (Castoriadis, 2013), pues la AIN está diseñada para dar resultados, no para cubrir la necesidad de las pacientes. Asimismo, los TDS no responden a la estricta praxis profesional para la concreción del PAS, ésta queda inscrita en su praxis humana.

Capítulo 7.

CONCLUSIONES

El desarrollo del trabajo nos condujo hasta este punto. Con base en los resultados obtenidos estamos en posición de presentar las dimensiones constitutivas del PAS, en el siguiente cuadro:



Esquema 6. Dimensiones interrelacionadas del PAS.

La administración del Estado responde a una lógica la cual debe tener posibilidad de manejar y controlar. Razón por la cual integra sólo elementos formales, por lo tanto, de manera intencional excluye todo aquello que descarrila su orden propuesto. Sin embargo, podemos observar cómo se da la coexistencia, por ende, interacción, entre dimensiones. En el HEGO está la observancia de lo formal, podemos observarlo en las categorías constitutivas de la dimensión Premisas Institucionales. El beneficio no es sólo para los TDS, es un punto de encuentro de los sujetos, estén conscientes de ello o no, pauta sus interrelaciones. Por eso en la dimensión interrelacional observamos que toman el sentido de lo normativo y lo no normativo. Como referimos en la etnografía TDS, MAE y familiares se apegan y apelan a la norma en cierto momento del PAS y en otros buscan la forma de burlar o alterar lo normativo, guiados por su percepción de que no les beneficia del todo. Por eso es difícil hablar de las agendas porque no hay espacio para paralelismos porque el límite lo pone la estructura. Esto nos permite distinguir las categorías en la concreción del PAS. Los TDS no mantienen prácticas centradas en el paciente, no siempre están en condición de brindarles el máximo beneficio, eso puede significar apartarse de lo normativo, entrar a las tensiones disciplinares con los riesgos que eso implica. Ahora, cuando hablamos de desplazar al paciente, no es una decisión personal sino la ruta que traza la fragmentación, las territorialidades laborales para contrarrestar disposiciones y exigencias de instancias jerárquicas superiores. Muchas veces son códigos tácitos, reglas no habladas, traspasarlas

tiene consecuencias. Por eso se justifica la cuarta dimensión, la de las prácticas sociales. El dominio técnico de los procedimientos, así como la claridad para la producción de evidencias del PAS, da cuenta del campo fértil que representa para la producción de información y la construcción de significados. Ahora, no hablamos sólo de los TDS, pacientes y familiares participan activamente en esta dimensión. Cuentan o diseñan sus propios recursos y organizan sus acciones para conseguir su propósito.

Las dimensiones de la dialéctica precisan estar articuladas, para ello presentamos el siguiente cuadro:



Esquema 7. Ejes articuladores de la AIN. Elaboración propia.

El problema histórico que mantiene vigencia en la estructura, organización y funcionamiento es la fragmentación al interior de la AIN y su antagonismo con la realidad social, pero no en el sentido de las asimetrías derivadas del ejercicio hegemónico de un gremio. Es por la imposibilidad de articular los diferentes elementos presentes en el CCL que propician las distancias con lo normativo, las prácticas sociales señaladas como informales, pero configuran la cotidianidad en la concreción del PAS. Los ejes articuladores contravienen los principios de orden derivados del enfoque positivista. Todo PAS tiene de fondo el imaginario social y los

sistemas simbólicos, por eso pacientes y familiares llegan con expectativas a una institución pública. Su presencia concreta le da información y orienta su praxis. Es falaz pensar y esperar que todo ocurra dentro de un esquema racional, influye la experiencia y el sentido social. Retomando nuestro argumento de no llamar experiencia a toda vivencia y asumir que conlleva aprendizaje, pero es indiscutible que sí construye un sentido social. Por eso aparece la narrativa de los sujetos, TDS, MAE y familiares. Ahí entra el eje del magma de significados, pues cuando deciden abrir esa ventana a la realidad social, como apunta Hamui Sutton (2011), encontramos la multiplicidad de construcciones en torno a un mismo hecho, la concreción del PAS.

Integrar el concepto de praxis humana ayuda a reorientar el marco de análisis sobre la AIN porque de continuar con la misma lógica que privilegia la construcción de modelos centrados en satisfacer cánones científicos, esto es, que tengan pocos elementos, sean congruente con las observaciones anteriores, muestren capacidad explicativa, potencial predictivo y de comprobación como argumentan Hawking y Mlodinow (2010); el beneficio permanecerá en el plano administrativo, manteniéndose a distancia con la realidad social. Entonces, se precisa de otra forma de organización institucional, acompañada de la inaplazable tarea de modificar la estructura, aprovechando el marco legal vigente. Partiendo del hecho que su diseño busca salvaguardar los derechos del individuo.

Los TDS son clave en este proceso, lo primero por reconocer es que se trata de un grupo heterogéneo, su praxis no refleja la estricta observancia de lo normativo y tampoco se reduce a ejecuciones técnicas. En la AIN encuentran el espacio para realizarse, dar sentido su ser, dicho en sentido amplio. Eso no significa que sólo tengan aciertos y siempre estén dispuestos a darlo todo por sus pacientes. También tienen momentos de frustración, cometen errores, enfrentan tensiones por las exigencias propias del trabajo y por las interrelaciones laborales. La coincidencia con los hallazgos de Apesoa Varano & Varano (2014), Kaja (2000) y los de Glaser & Strauss (1980) muestran cómo las características de los distintos sistemas de salud, dependientes de un modelo político-económico y legal-administrativo, pautan la atención. No obstante, la concreción toma otros caminos que se definen en el

CCL mediante el entramado de los posicionamientos, el espacio, su temporalidad y las relaciones entre los elementos presentes.

El cambio jamás puede ser unilateral, necesita proponerse como convocatoria, es decir, con apertura para propiciar la participación intencional y consciente desde un plano de horizontalidad (Corona Berkin, 2019). Esto nos coloca frente a una labor titánica de no privilegiar el desarrollo territorial de las disciplinas, más bien articularlo con el PAS de las pacientes y la colaboración con los familiares. Por esta razón es una sólida contribución replantear su posicionamiento dentro de la AIN y el PAS, pensar en que pierden autonomía y su voluntad es anulada, se traduce en otro sesgo con efecto directo a la comprensión. En consecuencia, las propuestas para mejorar la atención tendrán impacto marginal. Al igual que los TDS, pacientes y familiares mantienen prácticas sociales dentro de la misma estructura de AIN que, nos disponen a participar en su PAS como afirma el modelo, tampoco son las más interesadas en recibir atención de calidad. Las pacientes ven en las instituciones un medio para resolver la situación inmediata y al egresar se mantienen en la misma dinámica vital que las llevó a embarazarse y continuar con las conductas de riesgo.

Al final de la investigación podemos sustentar que los supuestos emblemáticos del modelo de atención, a saber, multidisciplinariedad, participación y sentido humano, son difusos. Además de periféricos quedan a libre interpretación. Es decir, sin bases teóricas/filosóficas para articularlos y configuren la concreción del PAS. En consecuencia, su traducción operativa resulta difusa, fragmentada y reduccionista, insistir en la sinergia administrativa decantará en lo formal, tocando de forma tangencial la realidad social. Mantener esa lógica genera un tipo de información que satisface lo institucional, al mismo tiempo traza paralelismos con las necesidades concretas de pacientes y familiares (Hamui Sutton, Fuentes García, Aguirre Hernández, & Ramírez de la Roche, 2013).

El trabajo multidisciplinario todavía se mantiene como aspiración, no deja de ser una ruta legítima para generar espacios de diálogo, entre disciplinas y ámbitos, dado el nivel de complejidad de los problemas sociales de nuestro tiempo, pero implica trabajar de forma coordinada con áreas específicas para lograr resultados tangibles. En las instituciones de salud la colaboración de las jefaturas de

Enseñanza e Investigación médica y de enfermería, así como las de capacitación, constituyen la base para iniciar este tipo de trabajo. Dentro de la estructura son las instancias correctas para impulsar las iniciativas y generar vínculos de cooperación interinstitucional. La existencia de éstas son un acierto, mas arrastran problemas históricos de territorialidad disciplinar y su directriz de especialización del conocimiento. Ambos subsumen la importancia de trabajar en problemas comunes y provoca tensión innecesaria entre el desarrollo de las disciplinas versus los beneficios de la AIN. Al grado de confundirlos y asumir que sólo ese tipo de conocimiento es lo que asegura mejor atención.

Encontramos buenos antecedentes de trabajos de investigación que dan cuenta cómo el conocimiento especializado está desarticulado. En algunos casos se trata de la misma disciplina, pero diferentes especialidades que trabajan de forma fragmentada sin encontrarse en la concreción del PAS (Paulo Maya & Loza Taylor, 2022). Sin embargo, en el imaginario cristalizado en el discurso institucional, todos los hospitales públicos trabajan desde la multidisciplinariedad. En este punto hay un aspecto poco estudiado y es el trabajo. De ahí que asentamos un precedente que permita replantear las aproximaciones al ámbito de la salud, porque cuando se habla de práctica médica dentro de instituciones públicas, se le está sacando de contexto, pues ésta se ajusta y responde al diseño del proceso de trabajo, cuyo equivalente es el PAS, al condensar los elementos de la praxis humana. No hay forma de separar las ejecuciones técnicas de ninguna disciplina de la subjetividad de los sujetos que las ejecutan.

En cuanto al sentido social, específicamente, la participación del paciente en su PAS, los resultados de la etnografía nos muestran que las interrelaciones apuntan más a los desencuentros y distanciamiento entre los sujetos. La abundante literatura en torno a la figura del médico y su praxis, hay sobrecarga de responsabilidades que rebasan su ámbito de competencia, dando lugar a las asimetrías laborales. Sin embargo, no todo se concentra en las interrelaciones, es preciso ampliar el espectro e integrar el diseño administrativo del trabajo, responsable directo de inscribir la atención dentro de un marco político porque el Estado no piensa en términos de pacientes, su foco está en el ciudadano. Entonces, el modelo de atención tiene que

ser congruente con el modelo político. Así, desde lo democrático se propone a un sujeto facultado para ejercer sus derechos, por ejemplo, decidir sobre el curso de su atención. La realidad social muestra cómo los mismos indicadores que guían la AIN, eficiencia y productividad, exigen la división del trabajo. Aunque se mantiene el itinerario, la organización de los servicios cambia y no hay tiempo para construir consensos en cada etapa.

La continuidad de la atención es epítome en el diseño administrativo, pero no es condición inamovible. Las pacientes pueden recibir los beneficios de la organización en un turno y transitar al siguiente con cambios radicales, por la falta o limitación de equipo, humano y material, por la falta de comunicación entre TDS en el enlace de turno. Las disciplinas han generado distintas formas de hacerlo, unas son muy rígidas otras más flexibles, pero es incierta su eficacia. Por ejemplo, para los MAdS todo está en el expediente, pero la continuidad recae en los MR, quienes deben conocer a <<sus pacientes>> y estar pendientes de su evolución. Los MAdS delegan toda la responsabilidad en ellos al concluir su turno. La dinámica cambia para enfermería, mantienen el rigor de sus <<hojas>> que se traducen en mayor carga administrativa, están obligadas a registrar todas sus actividades. Para trabajo social son los enlaces y recorridos, el servicio de camillería básicamente recurre a reportes verbales y a veces una bitácora. En su gran mayoría todos los servicios cumplen con esa lógica de entrega-recepción, pero dista de calificar como continuidad en el sentido que lo plantea el modelo.

La construcción de las relaciones es un asunto hasta cierto punto amorfo. Los esfuerzos académicos han llevado a presentarlas bajo binas relacionales médico-paciente, desde la cual se apela a las bases ontológicas de cada disciplina y se asume que los grandes referentes de éstas constituyen la base del sentido humano en la AIN. Este tercer supuesto toral para la atención pública, también queda atrapado en la fuerza de la dinámica administrativa, por lo tanto, formal, ya que durante el PAS se recaba buena cantidad de información de las pacientes, asentada en el expediente clínico. De acuerdo con la NOM-004-SSA-2012 es un documento que integra la información, si bien tiene secciones, se integra bajo ese principio de continuidad. Eso tiene beneficios no sólo para las pacientes, también para los TDS.

No obstante, se mantiene la distancia entre toda la información registrada y cómo se integra en el PAS. Por ejemplo, los TDS saben que, su <<población blanco>> es abierta, pero las características sociodemográficas tienden a diluirse por los factores ya señalados, eficiencia/productividad, territorialidad disciplinar, fragmentación derivada de la división del trabajo. Entonces, se pierde esa particularidad marcada por la precariedad de las circunstancias vitales, al final, todas son mujeres adolescentes.

La etnografía nos permitió descifrar esta parte del sistema relacional que contraviene el sentido humano como supuesto del modelo oficial. Las pacientes acuden al HEGO porque necesitan atención, es fácil suponer que la necesidad funciona como eje organizador de la praxis humana en la AIN. De manera que ésta pautaría las acciones de todos los involucrados. Esto, cristalizaría la sinergia, pero la necesidad presenta una dualidad, la percibida por las pacientes y sus familiares y las técnicas que califican la urgencia. Mientras que para las MAE y sus familiares la necesidad de atención es una urgencia, porque ya inició el trabajo de parto, la responsabilidad de los TDS es valorar el nivel de la urgencia. Presentar contracciones y el inevitable dolor, no son criterios suficientes para prestar la atención, excepto si encuentran datos de riesgo. Aunque hay un intercambio de información no se traduce en comprensión o empatía. Los TDS pueden escuchar el número de hospitales que han recorrido, así como la lejanía de su domicilio, pero su responsabilidad es observar los criterios técnicos de la atención.

Durante el PAS se soslayan o subsumen los componentes histórico-sociales del embarazo y su desarrollo bajo circunstancias vitales desfavorables. Información a la cual se accede mediante diversos instrumentos aplicados durante todo el itinerario de la AIN. Sin embargo, no siempre se integra al PAS. En consecuencia, se desprenden una serie de limitaciones, afecta la comprensión del embarazo en la adolescencia. Asimismo, en los beneficios que la AIN puede brindar, empezando por las distancias en la construcción de las relaciones en el CCL. Entonces, no es extraño que en el CCL colisionen dos posturas, las de los datos y la evidencia científica, con la empírica derivada de la historia de vida. Mientras para los TDS el embarazo es un evento que requiere supervisión médica, para las mujeres

adolescentes implica rupturas, tensiones, desafíos, idealismos, resignación, incertidumbre. En esa lógica, para la mayoría de pacientes el PAS tiene un sentido utilitario, mientras los TDS por norma ejecutan acciones de promoción y prevención, de poco interés para las mujeres adolescentes y sus familiares. Los vínculos al interior de la institución son efímeros y contradicen los supuestos del diseño administrativo, respecto a los supuestos afianzados al sentido humano y social de la AIN.

En la AIN necesidad y urgencia son cuestiones diferentes, ni el encuentro ni la información en el expediente clínico evitan el cisma en las interrelaciones. Para las MAE y sus familiares la necesidad se torna en urgencia, pero su lógica de vida centrada en lo inmediato, no les ayuda a reflexionar en las circunstancias previas al desarrollo del embarazo, la toma de decisiones, la dinámica familiar que valida y normaliza conductas, los descuidos, las omisiones, la forma de guiar sus relaciones socioafectivas, el nivel educativo que poco contribuye al desarrollo de habilidades sociales y competencias cognitivas. En conjunto limita su capacidad de ver la salud como atributo individual y la ineludible habilidad de hacer algo para preservarla o recuperarla (Nordenfelt L., 1984). No es lo único, podemos añadir el hecho de su limitación para moverse en una institución que es parte de su realidad social. En consecuencia, les conduce a construir expectativas fuera de proporción y delegar toda la responsabilidad del PAS en los TDS. El problema es que poco se reflexiona al respecto y el PAS queda atrapado en la atención de lo inmediato.

Los distanciamientos entre la habilidad para mantener la salud, aunado al desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud, anticipa relaciones tensas, pero no impide que las MAE se posicionen durante el PAS. Por eso la gran mayoría de las pacientes se centra en lo inmediato, la prevención de los riesgos y daños a la salud, pasan a segundo plano, en el mejor de los casos. La prioridad es resolver la urgencia, cuando eso sucede, lo siguiente es su alta hospitalaria. No muestran interés en el acompañamiento que les ofrecen los TDS con las múltiples actividades de prevención y promoción, de acuerdo con el marco que regula la AIN es lo que corresponde. La decisión de elegir un método anticonceptivo, lo ilustra muy bien, las mujeres adolescentes no deciden atendiendo a la evidencia que los

TDS les ofrecen, mantienen sus criterios. Una de las razones es porque sin importar qué tan especializada sea la información, las interrelaciones se mantuvieron en lo laboral y puntual. Ambas son suficientes para cubrir los aspectos administrativos.

Nuestra aportación en este punto es articular el PAS al proceso de trabajo. Parte de las tensiones cotidianas y constantes en el CCL, se deben a que los sujetos no se reconocen como TDS. El imaginario donde decanta la trayectoria formativa, los grados académicos limita la construcción del vínculo. Aunque todos los que participan directa o indirectamente en el PAS, lo hacen bajo condiciones laborales, esto es, contractuales. Es el marco que pauta su praxis, el entendimiento y apropiación de ese principio de realidad, es lo que da pauta para el posicionamiento en el PAS, por eso unos ven la oportunidad de realizarse, mientras otros lo reducen al cumplimiento de rutinas. Convencidos que, todo se reduce a cumplirlas, de esa forma nadie puede <<exigirles más>>. Es un tipo de posicionamiento factible anclado al mismo modelo oficial. De ahí que los cambios o propuestas de mejora se entiendan como trabajar más.

La etnografía en el CCL nos permitió aportar evidencia sobre la forma en que funciona la atención pública. Depende mucho del imaginario social, como bien asentó Castoriadis (2013) es un crisol donde los involucrados en el PAS depositan algo. Entonces, no hay dominio absoluto, se comparten intereses, la autoridad se ejerce de distintas formas, se hace uso del poder sea desde el conocimiento o desde las prácticas sociales. Todo se funde en un magma de significados y configuran la realidad social. Las interrelaciones en la AIN toman diversos sentidos, pero mantienen el mismo principio, cubrir las necesidades de salud desde lo normativo. Así, las interrelaciones no son encuentros casuales, fortuitos, están altamente regulados por estructuras que escapan al plano de consciencia de los involucrados en el PAS. Ahora, debemos puntualizar que el imaginario social no resulta de la imaginación de los sujetos. Es construcción colectiva, anclada a referentes concretos, por ejemplo, la Ley Federal de Metrología y Normalización. Es emblemática de la administración moderna porque alinea las actividades del CCL a la economía y el mercado. El Estado siempre ofrecerá a la población procedimientos regulados, comparables con estándares de productos y servicios nacionales e

internacionales. La consigna es garantizar los beneficios, controlar los riesgos y disminuir los daños, pero estos criterios técnico-científicos y legales-administrativos, funcionan como bisturí al escindir la realidad social en la concreción del PAS.

Es un tema complejo porque si bien la estructura legal-administrativa genera certidumbre a TDS, MAE y familiares, la realidad de estos no siempre reúne las condiciones para el cumplimiento de las normas. Por ejemplo, contar con quirófanos no significa que funcionen, o bien, se cuenta con las instalaciones y funcionan, pero no se cuenta con la plantilla completa del personal. La dinámica de las relaciones puntuales en el PAS no puede explicarse sólo por argumentos centrados en la deshumanización o despersonalización a partir de la relación binaria médico-paciente, ni diluirse en la abstracción *del sistema* como si se tratara de una entidad que funciona aparte de los sujetos. Hay buena cantidad de evidencia que destaca cuán prioritario es prestar atención a quienes integran las instituciones (Kierans, 2020; Fassin, 2015; Auyero, 2012; Olivier de Sardan, 2005). Los hallazgos de nuestro trabajo coinciden y profundizan en el sistema de relaciones que los sujetos construyen durante el PAS. Aunque el diseño administrativo enfatiza la centralidad del paciente y la claridad que los TDS tienen sobre sus funciones, gran parte de las relaciones son de trabajo porque hay una condición irreconciliable, hasta el momento, entre cumplir las exigencias laborales y satisfacer las necesidades de la población, bajo los términos expuestos en el modelo, el marco normativo que establece criterios rigurosos y al mismo tiempo deja uno muy laxo para funcionar con requisitos mínimos. Nadie tiene certeza sobre qué es lo mínimo y al mismo tiempo comparten la certeza sobre la obligación de prestar el servicio. Es la base estructural que pauta la praxis humana de los todos.

Lo estructural impone ciertas condiciones en la forma de relacionarse, pero no todas decantan en lo operativo, convergen elementos sutiles como lo biográfico. Así, las relaciones puntuales no resultan sólo por falta de interés o compromiso de los TDS con las pacientes, el error está en suponer que las mujeres adolescentes buscan en la atención comprensión, empatía, porque se ha documentado y conceptualizado el trabajo de parto como un evento biopsicosocial. Sin embargo, es un aspecto de la realidad social, debe articularse con la información proveniente

de otras fuentes presentes en la AIN. Al no hacerlo aparece el riesgo de romantizar la necesidad, el sujeto que necesita protección, no el sujeto de derecho. Asunto bien trabajado por Hernández Zinzún (2009).

La ventaja que ofrecen las nociones AIN, CCL y PAS es la de fundamentar por qué la estructura ofrece un marco que organiza y otorga garantías para que TDS, MAE y familiares se encuentren y avancen en un mismo sentido, conscientes de la enorme responsabilidad inherente al PAS. Entonces, la relación no puede girar en una lógica de delegar la responsabilidad en alguna de las partes, en este caso en los TDS, tal lógica vigente y dominante, contradice la participación y obliga a revisarlo y reorientarlo, ya que hasta el momento su participación se restringe a dar su consentimiento sobre los procedimientos. Un asunto de tal importancia conviene ser atendido bajo criterios de corresponsabilidad y colaboración, no como concesiones de uno hacia otro, sino en completo reconocimiento mutuo, es la base de la reciprocidad.

Al considerar la dimensión sociocultural del PAS, no debe quedar en la sola mención y los trazos de generalidades hospedados en el concepto biopsicosocial que es de dominio común, pero plagado de imprecisiones. El PAS es sociocultural porque propicia relaciones allende las ejecuciones técnico-científicas o legales-administrativas, TDS y MAE encuentran un espacio de realización. Sólo en el CCL brinda a los TDS un espacio para <<ser>> médico, enfermera, trabajadora social, incluso un trabajador responsable y comprometido. El significado no es unívoco como bien señala Berardi (2009), mientras unos encuentran un fértil campo para desarrollarse laboral y académicamente, para otros representa su fuente de ingreso. Asimismo, las MAE encuentran un principio para dar significado a su vida. La idea de la maternidad representa una oportunidad, un inicio para encontrar sentido a su vida está presente en este grupo etario (García Hernández, 2016). La posición que adoptan las MAE refleja bien la complejidad del problema social, pues son parte de los procesos instituyentes, por lo tanto, deberían proporcionarles los beneficios de la seguridad social. No obstante, sus habilidades sociales y competencias cognitivas son heterogéneas, por eso, conviene destacar que el término experiencia no significa aprendizaje y cambio. Tampoco marca los problemas que se agravan o

aparecen con la maternidad y el proceso de crianza, la precariedad laboral, el rezago educativo, la dependencia económica, la fragilidad de las relaciones socioafectivas.

Las dinámicas expuestas nos hacen cuestionar el nivel de consciencia de los responsables del PAS, pero es indiscutible que la estructura, organización y funcionamiento institucional modelan la realidad social en torno al embarazo en la adolescencia y la forma de atenderlo. El hospital público tiene una estructura, está organizado y funciona tanto por la claridad que tienen los TDS, como por el mero cumplimiento de las rutinas de trabajo. Cuando hablamos de funcionamiento nos referimos a los casos atendidos y los no atendidos, pues las razones se configuran entre el conjunto de los elementos mencionados y no sólo por la decisión de algún TDS como muchas veces se señala. Influyen aspectos estructurales como el diseño del enfoque de riesgo, pues todo sistema de salud tiene límites para atender, de modo que se centrará en los casos que representen mayores riesgos y daños a la salud (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

Caracterizar los sentidos de las interrelaciones en el PAS, es sustancial para entenderlo. Aunque en la administración pública cambió el grupo en el poder, la directriz técnico-operativa se mantiene, las administraciones pasada y actual mantienen el enfoque multidisciplinario en la atención. Sin embargo, en el CCL se observan tensiones y distancias entre disciplinas, los TDS marcan territorialidades en el conocimiento y las acciones (Bourdieu, Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto, 2002), de manera que no siempre hay acuerdos y favorece lógicas de trabajo muy particulares. Al ser iterativas, se convierten en prácticas laborales. Éstas permiten a los distintos grupos marcar territorialidades laborales que no contribuye a la concreción del PAS conforme al supuesto de la multidisciplinariedad, pero es un recurso para equilibrar asimetrías derivadas del conocimiento y de las jerarquías de la propia estructura burocrático-administrativa. La verticalidad estructural, la territorialidad laboral y disciplinar en su conjunto, limitan el diálogo, por lo tanto, la construcción del objeto y la metodología comunes, perpetuando las dinámicas de tensión y distanciamiento.

Las categorías propuestas en las cuatro dimensiones de la AIN, nos aproximan con mayor precisión al tipo de interrelaciones que suceden durante el PAS. Además, exponen por qué en el modelo de atención el paciente no es el centro, su diseño responde primeramente a las directrices político-económicas que garantizan su funcionamiento, es la autonomización institucional descrita por Castoriadis (2013). La cual requiere generar evidencias porque dan cuenta de su funcionamiento. La responsabilidad recae en los TDS durante su jornada laboral, tienen la obligación de reproducir diversos objetos que desplazan al paciente. En la despersonalización y deshumanización que muchos trabajos señalan en la atención pública, no articulan las exigencias de trabajo, que son de tipo administrativo. No es simplemente llenar formatos, hablamos de continuidad, en cada tramo del itinerario de la AIN, los registros son esenciales. Ese objeto toma varios sentidos, sirve para evaluar la productividad, medir la calidad y es el respaldo legal de todos los involucrados en el PAS. Si bien, los TDS son conscientes sobre la presencia del otro, también lo son respecto a la importancia de sus registros. Así, las exigencias laborales se multiplican y constituyen un nódulo de tensiones y conflictos potenciales.

El desarrollo de la administración pública ha marcado una directriz que se aleja de la realidad social, hasta caer en una excesiva planeación, cuya concreción recae en la praxis humana, con las limitantes propias de la estructura y la verticalidad de la organización. Lejos de alcanzar la sinergia planteada, genera la idea de que los cambios sólo pueden venir en ese sentido. Sin embargo, el único efecto logrado es la perpetuación de las dinámicas que limitan la flexibilidad y la apropiación de las instituciones como una realidad cercana a los sujetos. Aunque el desarrollo teórico habla sobre el paternalismo médico, le antecede el del Estado que no encuentra la ruta para el ejercicio pleno de los derechos.

Los TDS tienen un marco que los define como servidores públicos, pero Douglas (1996) advirtió sobre los problemas de creer en la uniformidad institucional. Castoriadis (2010) señaló que, para aspirar la generación de un cambio, demanda entendimiento y comprensión del asunto que se aspira transformar. Es relevante discutir y replantear algunos conceptos en torno a las instituciones dada su importancia para nuestro tiempo y tipo de sociedad. El paternalismo presente no

está en la idea arcana de un Estado protector, pendiente de las necesidades de la población. La dinámica se reproduce en el CCL que no ha encontrado la forma de horizontalizarlo para involucrar a pacientes y familiares en acciones de autocuidado. Decir que las indicaciones médicas o las recomendaciones generales cumplen con esa función es un exceso.

Las limitaciones de nuestro trabajo consistieron en no abarcar las áreas directivas y administrativas. Podemos anticipar tensiones y desencuentros con los TDS. Es un área que vale la pena estudiar con mayor detalle dado que representa el núcleo duro de la administración, son los responsables de generar la información oficial. El trabajo de Rossi Batista (2018) es un sólido antecedente al destacar la característica verticalista del sistema y las implicaciones que tienen en la atención. Aunque, muchos de los puestos directivos son ocupados por los mismos trabajadores, no necesariamente se traduce en mejoras. Lo cual sería de esperarse dado el conocimiento previo que tienen sobre la parte operativa. Entonces, ¿qué lo impide? Hay que tornar la mirada de las grandes abstracciones, sistema, Estado, Secretaría, para posarla en los grupos que generan intereses particulares, aun si conllevan al debilitamiento institucional (Murillo, Levitsky, & Brinks, 2020; Brinks, Levitsky, & Murillo, 2019).

Bibliografía

- Abreu Hernández, L. F., Cid García, Á. N., Herrera Correa, G., Lara Vélez, J. V., Laviada Delgadillo, R., Rodríguez Arroyo, C., & Sánchez Aparicio, J. A. (2008). *Perfil por Competencias del Médico General Mexicano*. México: Elsevier.
- Albrow, M. (1970). *Bureaucracy*. London: University College Cardiff.
- Allen, D. (2015). *The Invisible Work of Nurses. Hospital, Organization and Health Care*. Great Britain: Routledge.
- Alonso, V. (2005). Abordajes de los servicios de salud y perspectivas profesionales acerca de la adolescencia y el embarazo. En M. Gaona, *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas políticas públicas* (págs. 163-214). Argentina: CEDES.

- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Ambrosio Morales, M. T., Carrillo Fabela, L. R., & González Mora, B. V. (2007). La responsabilidad del médico como servidor público en México. En I. Damsky, M. López, & L. Rodríguez, *Estudios sobre la responsabilidad del Estado en Argentina, Colombia y México* (págs. 497-532). México: UNAM.
- Amengual, M., & Dargent, E. (2020). The Social Determinants of Enforcement: Integrating Politics with Limited State Capacity. En D. M. Brinks, S. Levitsky, & M. V. Murillo, *The Politics of Institutional Weakness in Latin America* (págs. 161-182). UK: Cambridge University Press.
- Américo Fernández, Á. (2007). *Problemas Epistemológicos de la Ciencia: Crítica de la Razón Metódica*. USA: Ediciones El Salvaje Refinado.
- Antoine, L. B. (2001). France. En A. Cherry, M. Dillon, & D. Rugh, *Teen pregnancy. A global view* (págs. 55-66). USA: Green Wood Press.
- Apesoa Varano, E., & Varano, C. (2014). *Conflicted Health Care. Professionalism and Caring in an Urban Hospital*. USA: Vanderbilt University Press.
- Appadurai, A. (2001). *La Modernidad Desbordada. Dimensiones Culturales de la Globalización*. Uruguay: Ediciones Trilce.
- Ariely, D. (2017). *Las Trampas del Deseo. Cómo Controlar los Impulsos Irracionales que nos Llevan al Error*. México: Ediciones Culturales Paidós.
- Aroskar, M. A. (1982). Establishing Limits to Professional Autonomy: Whose Responsibility? A nursing Perspective. En K. Bell, *Who decides? Conflicts of Rights in Health Care* (págs. 67-78). USA: The Human Press Inc.
- Aslam, R. W., Hendry, M., Carter, B., Noyes, J., Rycroft Malone, J., Booth, A., . . . Whitaker, R. (2015). Interventions for preventing unintended repeat pregnancies among adolescents. *Cochrane Library. Data Base of Systematic Reviews*. doi:DOI: 10.1002/14651858.CD011477
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A.C. (2008). *Perfil por Competencias del Médico General Mexicano 2008*. México: Elsevier.
- Atkinson, P. (1995). *Medical Talk and Medical Work. The Liturgy of the Clinic*. London: SAGE Publications.

- Attali, J. (1981). *El orden caníbal. Vida y muerte de la medicina*. España: Planeta.
- Attali, J. (2010). *El Hombre Nómada*. Colombia: Luna Libros.
- Augé, M. (2000). *Los no Lugares Espacios del Anonimato. Una Antropología de la Sobremodernidad*. España: Gedisa.
- Aunger, R. (2004). *Reflexive ethnography science*. USA: Altamira Press.
- Ausubel, D. P., Novak, J. D., & Hanesian, H. (1998). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas.
- Auyero, J. (2001). *Poor People's Politics*. USA: Duke University Press.
- Auyero, J. (2012). *Patients of the State. The politics of waiting in Argentina*. USA: Duke University Press.
- Bachelard, G. (2000). *La Formación del Espíritu Científico. Contribución a un Psicoanálisis del Conocimiento Objetivo*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Barajas, G. (2002). Las políticas de atención a la pobreza en México, 1970-2001: de populistas a neoliberales. *Revista Venezolana de Gerencia*, 553-578.
- Baudrillard, J. (2009). *La sociedad del consumo. Sus Mitos, sus estructuras*. España: Siglo XXI Editores.
- Bauman, Z. (2010). *Amor Líquido. Acerca de la Fragilidad de los Vínculos Humanos*. México: FCE.
- Becker, H., Geer, B., Hughes, E., & Strauss, A. (1992). *Boys in Whit. Student Culture in Medical School*. USA: Transaction Publishers.
- Beorlegui, C. (2009). *Antropología filosófica. Nosotros: urdimbre solidaria y responsable*. España: Deusto Publicaciones.
- Berardi, F. (2009). *The Soul at Work. From Alienation to Autonomy*. USA: MIT Press.
- Bishop, A., & Scudder, J. (1985). *Caring Nurse, Curing Physician, Coping Patient Relationship*. USA: University of Alabama.
- Blos, P. (2001). *La Transición Adolescente*. Argentina: Amorroutu Editores.
- Boaz, F. (1962). *Anthropology and modern life*. USA: W. W. Norton & Company Inc.
- Boixareu, R. M. (2016). La OMS y el Concepto de la Salud. En R. M. Boixareu, *De la Antropología Filosófica a la Antropología de la Salud* (págs. 77-84). España: Herder.

- Bonfil Batalla, G. (1989). *México profundo. Una civilización negada*. México: Grijalba.
- Bourdieu, P. (1998). *La Distinción. Criterios y Bases Sociales del Gusto*. España: Taurus.
- Bourdieu, P. (2001). *El Oficio de Científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. España: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2002). *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Montessor.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., & Passeron, J.-C. (2002). *El oficio de Sociólogo. Presupuestos Epistemológicos*. Argentina: Siglo XXI.
- Brennan, F. (2007). Palliative Care as an International Human Right. *Journal of Pain and Symptom Management*.
- Brinks, D. M., Levitsky, S., & Murillo, M. V. (2019). *Understanding Institutional Weakness. Power and Desing in Latin American Institutions*. UK: Cambridge University Press.
- Bronfman, M. (2000). *Como se Vive se Muere. Familia, Redes Sociales y Muerte Infantil*. México: UNAM-CRIM.
- Brown, B. B., Lawrson, R. W., & Saraswathy, T. S. (2004). *The World's Youth. Adolescence in Eight Regions of the World*. UK: Cambridge University Press.
- Bruner, J. (1991). *Actos de Significado. Más allá de la Revolución Cognitiva*. España: Alianza Editorial.
- Bruner, J. (2003). *La Fábrica de Historias. Derecho, Literatura, Vida*. Argentina: FCE.
- Bueno, G. (1996). *El Sentido de la Vida. Seis Lecturas de Filosofía Moral*. España: Pentalfa Ediciones.
- Bueno, G. (2001). *¿Qué es la Bioética?* España: Pentalfa Ediciones.
- Bunge, M. (2006). *Chasing Reality: Strife over Realism*. Canada: University of Toronto Press.
- Canevacci, M. (2012). *Polyphonic Anthropology: Theoretical and Empirical Cross-Cultural Fieldwork*. Croatia: InTech.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo Normal y lo Patológico*. Argentina: Siglo XXI Editores.

- Cano Valle, F. (2010). *Derecho a la protección a la salud en América Latina*. México: CIESS.
- Cano Valle, F. (2018). Prospectiva de Salud en México. En F. Cano Valle, *La Posición de la Academia ante el Sistema Nacional de Salud. La Salud Universal... Una Entelequia* (págs. 15-28). México: ANMM.
- Cano Valle, F., Campos Campos, A., Cáceres Nieto, E., & Díaz Aranda, E. (2012). *Dispraxis*. México: UNAM.
- Cano, F., Márquez, D., & Melgar, P. (2014). *Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*. México: UNAM.
- Caratini, S. (2013). *Lo que No Dice la Antropología*. España: Disenso.
- Carbonell, J., & Carbonell, M. (2013). *El derecho a la salud: Una propuesta para México*. México: UNAM-IIJ.
- Cardoso Gómez, M. A., Zarco Villavicencio, A., Aburto López, I. A., & Rodríguez León, M. A. (2014). Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina*, 32-42.
- Cassell, E. (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. USA: Oxford University Press.
- Cassirer, E. (2004). *El Mito del Estado*. México: FCE.
- Castel, R. (2003). *La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?* Argentina: Manantial.
- Castoriadis, C. (1976). *La sociedad burocrática 2 La revolución contra la burocracia*. Barcelona: Tusquets Editor.
- Castoriadis, C. (2008). *El Mundo Fragmentado*. Argentina: Terramar.
- Castoriadis, C. (2010). *A Society Adrift. Interviews & Debates 1974-1997*. USA: Fordham University Press.
- Castoriadis, C. (2013). *La Institución Imaginaria de la Sociedad*. México: Fábula Tusquets Editores.
- Castro Pérez, R. (2000). *La Vida en la Adversidad: El Significado de la Salud y la Reproducción en la Pobreza*. México: UNAM.

- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: UNAM.
- Castro, R., & López Gómez, A. (2010). *Poder Médico y Ciudadanía: El Conflicto Social de los Profesionales de la Salud con los Derechos Reproductivos en América Latina. Avances y Desafíos en la Investigación Regional*. México: UNAM.
- Celorrio, I. H. (2007). El Camino Hacia la Responsabilidad del Estado. En I. Damsky, M. López, & L. Rodríguez, *Estudios sobre la Responsabilidad del Estado en Argentina, Colombia y México*. México (págs. 75-98). México: UNAM.
- CENETEC. (2017). Cuidados Paliativos en Pacientes Adultos. *Guía de Práctica Clínica IMSS-440-11*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Cherlin, A. J., & Furstenberg, F. F. (1992). *The New American Grandparent. A Place in the Family, a Life Apart*. USA: Harvard University Press.
- Cherry, A. L. (2001). Germany. En A. Cherry, M. Dillon, & D. Rugh, *Teen pregnancy. A global view* (págs. 67-78). USA: Green Wood Press.
- Cherry, A. L. (2001). Japan. En A. Cherry, M. Dillon, & D. Rugh, *Teen pregnancy. A global view* (págs. 103-118). USA: Green Wood Press.
- Chillán Reyes, Y. (2001). Políticas Públicas de Juventud: Desafío del Nuevo Tiempo Iberoamericano. En S. Donas, *Adolescencia y juventud en América Latina* (págs. 117-130). Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Chomsky, N. (2001). *Cómo mantener a raya a la plebe*. México: FCE.
- Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. (2013). *Control Prenatal en Adolescentes: Evaluación del Riesgo Materno-Infantil*. México: COMEGO.
- Coll, A. (2001). Embarazo en la Adoelscencia ¿Cuál es el problema? En S. Donas Burak, *Adolescencia y juventud en América Latina* (págs. 427-448). Costa Rica: Libro Universitario Regional.

- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. USA: The Johns Hopkins University Press.
- Consejo General de Salubridad. (2018). *Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM. Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015*. México: Consejo de Salubridad General.
- Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. (1983). *Macroeconomía de las Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al año 2000*. México: Siglo XXI Editores.
- COPLAMAR. (1989). *Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al Año 2000*. México: Siglo XXI.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics on Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. USA: Sage Publications.
- Coriat, B. (2000). *El Taller y el Cronómetro. Ensayo sobre el Taylorismo y el Fordismo y la Producción en Masa*. México: Siglo XXI.
- Corona Berkin, S. (2019). *Producción Horizontal del Conocimiento*. Alemania: CALAS.
- Cortina, A. (2000). *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica*. España: Tecnos.
- Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el Rechazo al Pobre. Un Desafío para la Democracia*. España: Paidós.
- Cruz Hernández, M. (1976). *Lecciones de Psicología*. España: Revista de Occidente.
- Damsky, I., López, M., & Rodríguez, L. (2007). *Estudios sobre la Responsabilidad del Estado en Argentina, Colombia y México*. México: UNAM.
- Das, V., & Poole, D. (2004). State and Its Margins: Comparative Ethnographies. En V. Das, & D. Poole, *Anthropology in the margins of the State* (págs. 3-34). India: Oxford University Press.
- de Lomnitz, L. (1975). *Cómo sobreviven los marginados*. México: Siglo XXI.

- de Paul, B. D. (1990). *Health, culture & community. Cases studies and public reactions to health programs*. USA: Russell Sage Foundation.
- de Sardan, J.-P. O. (2005). *Epistemology, field work and anthropology*. USA: Palgrave MacMillan.
- Delors, J. (1996). *La Educación Encierra un Tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI*. España: Ediciones UNESCO.
- Descola, P. (1987). *La Selva Culta. Simbolismo y Praxis en la Ecología de los Achuar*. Ecuador: Coedición: Instituto Francés de Estudios Andinos y Abya-Yala.
- Díaz Aranda, E. (2012). Praxis, Dispraxis Médica y Derecho Penal. En F. Cano Valle, A. Campos Campos, E. Cáceres Nieto, & E. Díaz Aranda, *Dispraxis* (págs. 319-330). México: UNAM.
- Díaz Polanco, H. (1997). Teoría y Categorías en Marx, Durkheim y Weber. En V. Bravo, H. Díaz Polanco, & M. Michel, *Teoría y Realidad en Marx, Durkheim y Weber* (págs. 49-83). México: Juan Pablos Editor.
- Dillon, M. E. (2001). Canada. En A. Cherry, M. Dillon, & D. Rugh, *Teen pregnancy. A global view* (págs. 15-28). USA: Green Wood Press.
- Diputados, C. d. (18 de 07 de 2021). *Cámara de Diputados LXV Legislatura*. Recuperado el 19 de 08 de 2020, de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- Donas Burak, S. (2001). Adolescencia y Juventud. Viejos y Nuevos Desafíos en los Albores del Nuevo Milenio. En S. Donas Burak, *Adolescencia y Jueventu en América Latina* (págs. 23-40). Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Dormandy, T. (2003). *Moments of truth. Four Creators of Modern Medicine*. UK: John Wiley & Sons.
- Douglas, M. (1996). *Cómo Piensan las Instituciones*. España: Alianza.
- Dubós, R. (2018). *Mirage of Health. Utopias, Progress, and Biological Change*. ND: Muriwai Books.
- Durán Heras, M. Á. (2012). *El Trabajo no Remunerado en la Economía Global*. España: Fundación BBVA.

- Eichenbaum, B. (1978). Sobre la Teoría de la Prosa. En T. Todorov, *Teoría de la Literatura de los Formalistas Rusos* (págs. 147-158). México: Siglo XXI.
- Elster, J. (1992). *Local Justice. How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens*. USA: Cambridge University Press.
- Engelhardt, T. (1982). Goals of Medical Care: A Reappraisal. En K. N. Bell, *Who decides? Conflicts of Rights in Health Care* (págs. 46-96). USA: The Human Press Inc.
- Espejo, A., & Espíndola, E. (2015). La Llave Maestra de la Inclusión Social Juvenil: Educación y Empleo. En D. Trucco, & H. Ullmann, *Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad* (págs. 23-68). Santiago: CEPAL.
- Fajardo Dolci, G. (2018). *Ritmo y Rumbo de la Salud en México. Conversaciones con los Secretarios de Salud 1982-2018*. México: FCE.
- Fajardo Ortíz, G., Carrillo, A. M., & Neri Vela, R. (2002). *Perspectiva Histórica de Atención a la Salud en México 1902-2002*. México: OPS.
- Fassin, D. (2012). *A Companion to Moral Anthropology*. USA: Wiley-Blackwell.
- Fassin, D. (2015). *At the Heart of the State. The Moral World of Institutions*. UK: Pluto Press.
- Ferber, S., & Wilde, S. (2011). *The Body Divided Human Beings and Human 'Material' in Modern Medical History*. Great Britain: Ashgate.
- Fernández Ruíz, J. (2016). *Derecho Administrativo*. México: Secretaría de Gobernación, Secretaría de Cultura, INEHRM, UNAM, IIJ.
- Fernández Varela Mejía, H., & Sotelo Monroy, G. E. (2002). Derecho y Salud: Instituciones. En M. Muñoz de Alba, *Temas Selectos de Salud y Derecho* (págs. 185-192). México: UNAM.
- Finnis, J. (2011). *Natural Law and Natural Rights*. USA: Oxford University Press.
- Flinker, K. (2001). *Physicians at Work, Patients in Pain. Biomedical Practice and Patient Response in Mexico*. USA: Carolina Academic Press.
- Fortuny Loret de Mola, P., & Solís Lizama, M. (2019). El Desafío de Escribir un Texto desde la Horizontalidad. En I. Cornejo, & C. Giebeler, *Prójimos. Prácticas de Investigación desde la Horizontalidad* (págs. 165-188). México: UAM Unidad Cuajimalpa.

- Foucault, M. (1979). *La Arqueología del Saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1996). *El Orden del Discurso*. España: Ediciones La Piqueta.
- Foucault, M. (2001). *El Nacimiento de la Clínica. Una Arqueología de la Mirada Médica*. México: Siglo XXI.
- Frazer, J. G. (1981). *La rama dorada. Magia y Religión*. México: FCE.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. USA: DODD, MEAD & COMPANY.
- Frenk Mora, J., & Gómez Dantés, O. (2008). *Para Entender el Sistema de Salud de México*. México: NOSTRA Ediciones.
- Freyermuth Enciso, G. (2015). *25 Años de Buenas Prácticas para Disminuir la Mortalidad en México. Experiencias de Organizaciones de la Sociedad Civil y la Academia*. México: OMM-CIESAS.
- Furstenberg, F. F., Brooks-Gunn, J., & Morgan, P. S. (1990). *Adolescent Mothers in Later Life. Human Development in Cultural and Historical Contexts*. USA: Cambridge Press University.
- Furstengber, F. (2003). Teenage Childbearing as a Public Issue and Private Concern. *Annu. Rev. Sociol*, 23–39.
- Fausto Sterling, A. (2006). *Cuerpos Sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad*. España: Melusina.
- Gamio, M. (1916). *Forjando Patria*. México: Ediciones Porrúa.
- García Hernández, G. (2016). *Mi Hijo, lo Mejor que me ha Pasado en la Vida. Una Aproximación a los Significados de las Trayectorias Sexuales Reproductivas de Madres de Adolescentes en Contexto de Pobreza*. México: IMJUVE.
- García Saisó , S., Álvarez del Río, F., Terrazas Valdés, P., & Molina Mandujano, I. (2015). La Calidad como Eje Transversal de los Sistemas de Salud. En S. d. Salud, *La Calidad de la Atención a la Salud en México a través de sus Instituciones: 12 Años de Experiencia* (págs. 215-224). México: Secretaría de Salud.
- García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, Método y Fundamentación Epistemológica de la Investigación Interdisciplinaria*. España: Gedisa.

- Ghasarian, C. (2008). *De la Etnografía a la Antropología Reflexiva. Nuevos Campos, Nuevas Prácticas, Nuevas Apuestas*. Argentina: Ediciones del Sol.
- Giannini, H. (1987). *La Reflexión Cotidiana. Hacia una Arqueología de la Experiencia*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria El Saber y la Cultura.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1980). *Time for dying*. USA: Aldine Publishing Company.
- Gluckman, M. (1964). *Closed Systems and Open Minds: The Limits of Naivety in Social Anthropology*. Great Britain: Oliver and Boyd LTD.
- Goffman, E. (2006). *Frame Analysis. Los Marcos de la Experiencia*. España: Siglo XXI.
- Goldenberg, M. J. (2012). Innovating Medical Knowledge: Understanding Evidence-Based Medicine as a Socio-Medical Phenomenon. En N. Sitaras, *Evidence Based Medicine. Closer to Patients or Scientists?* (págs. 11-28). doi:<https://doi.org/10.5772/1943>
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk Mora, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*, 220-232.
- González de Cossío Martínez, T., & Hernández Cordero, S. (2016). *Lactacia Materna en México*. México: Intersistemas-ANMM.
- González Rojas, J. M. (2022). *Estudio Antropológico en Contextos Clínicos Institucionales y su Relación con la Comunicación Médico-Paciente*. México: UNAM.
- Griffiths, S. (2003). Public Health in the United Kingdom. En R. Beaglehole, *Global Public Health: a New Era* (págs. 54-68). USA: Oxford University Press.
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, Campo y Reflexividad*. Argentina: Siglo XXI.
- Guillén Velasco, R., & Compton García Fuentes, C. C. (2016). *Filosofía y Práctica de Enfermería*. México: Manual Moderno.
- Gutiérrez B., A. (2005). *Las Prácticas Sociales. Una Introducción a Pierre Bourdieu*. Argentina: Ferreira Editores.
- Gutiérrez Rivas, R. (2005). La Reforma de la Ley General de Población. Más Derechos y Menos Control. En L. Valdés, *La ley de población a treinta años*

- de distancia. Reflexión, análisis y propuestas* (págs. 201-218). México: UNAM-IIJ.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de Investigación*. España: Paidós.
- Hamui Sutton, A. (2011). Las Narrativas del Padecer: una Ventana a la Realidad Social. *Cuicuilco*, 18-52.
- Hamui Sutton, L., Fuentes García, R., Aguirre Hernández, R., & Ramírez de la Roche, O. F. (2013). *Expectativas y Experiencias de los Usuarios del Sistema de Salud en México. Un Estudio de Satisfacción con la Atención Médica*. México: UNAM.
- Hamui Sutton, L., Paulo Maya, A., & Hernández Torres, I. (2018). *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*. México: El Manual Moderno.
- Han, B. (2013). *La Sociedad de la Transparencia*. España: Herder.
- Han, B.-C. (2014). *La Agonía de Eros*. España: Herder.
- Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica. Neoliberalismo y Nuevas Técnicas de Poder*. España: Herder.
- Haro Encinas, J. A. (2000). Cuidados Profanos. Una Dimensión Ambigua en la Atención de la Salud. En E. Perdiguero, & J. M. Comelles, *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina. Barcelona* (págs. 101-162). Barcelona: Bellaterra.
- Haro Encinas, J. A., Calderón Ortiz, R., Freydig Encinas, R., Jorquera Limón, R. A., Juárez Herrera, L. A., Minjarez Sosa, L. B., Velasco Contreras, M. (2013). *Propuesta de Implementación de un Modelo Integral de Gestión en Salud en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado de Sonora*. México: El Colegio de Sonora.
- Hartman, N. (1964). *Aristóteles y el Problema del Concepto. Sobre la Doctrina del Eidos en Platón y Aristóteles*. México: UNAM.
- Hawking, S., & Mlodinow, L. (2010). *El Gran Diseño*. España: Crítica.
- Heller, A. (1985). *Historia y Vida Cotidiana. Aportación a la Sociología Socialista*. México: Grijalbo.

- Hernández Zinzún, G. (2007). La práctica médica en el Hospital General ¿Científica y ritual? México. *Tesis Doctoral*. México: UNAM.
- Hernández Zinzún, G. (2009). *La Atención de la Salud en México*. México: Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo.
- Hernández Zinzún, G. (2020). El manejo técnico-sanitario de la pandemia de COVID-19 en México: Lecciones aprendidas y por aprender. *Ludus Vitalis*, 147-154.
- Hersch Martínez, P., & Salamanca González, M. G. (2022). El Cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Facultad nacional de salud pública*, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Hersch, P., & González, L. (2011). *Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural. A propósito de seis entidades nosológicas de raigambre Nahuatl en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla*. México: INAH.
- Hinkelammert, F. J. (1995). *Cultura de la esperanza y sociedad sin exclusión*. Costa Rica: Departamento Ecuménico de Investigaciones.
- Holmes, S. (2013). *Fresh fruits broken bodies. Migrant frameworkers in the United States*. USA: University of California Press.
- Hood, C. (1998). *The Art of the state. Culture, rethoric, and public management*. Great Britain: Oxford University Press.
- Huerta Ochoa, C. (1997). Las Reformas a la ley sobre metrología y normalización en materia de normalización. En I. d. Jurídicas, *Anuario Jurídico* (págs. 63-74). México: UNAM.
- Hughes, D. (2002). Nursing and the division of labour: Sociological perspectives. En D. Allen, D. Hughes, S. Jordan, M. Prowse, & S. Snelgrove, *nursing and the division of labour in healthcare* (págs. 1-22). USA: Palgrave Macmillan.
- Illouz, E. (2009). *El consumo de la utopía romántica. El Amor y las contradicciones culturales del capitalismo*. España: Katz.

- Instituto Nacional de las Mujeres-CIESAS Sureste. (2011). *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del sector salud. Una propuesta metodológica*. México: INMUJERES.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (10 de 07 de 2021). *Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes*. Obtenido de CONAPO acciones y programas: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/2-evaluacion-de-la-estrategia>
- Ivanega, M. M. (2007). La responsabilidad de los funcionarios públicos. En I. Damsky, L. Miguel, & L. Rodríguez, *Estudios sobre la responsabilidad del Estado en Argentina, Colombia y México* (págs. 155-188). México: UNAM.
- James, W. (2000). *Pragmatismo. Un nuevo nombre para viejas formas de pensar*. España: Akal.
- Juan, M. (2002). Presente y futuro de la medicina en México en el año 2000. En M. Muñoz de Alba, *Temas selectos de salud y derecho* (págs. 13-32). México: UNAM.
- Kaplan, M. (2001). *Formación del Estado nacional en América Latina*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Kaufman, S. R. (2015). *Ordinary Medicine. Extraordinary Treatments, Longer Lives, and Where to Draw the Line*. USA: Duke University Press.
- Kearney, M. S., & Levine, P. (2012). Why is the teen birth rate in the United States So high and why Does It matter? *Journal of Economic Perspectives*, 141–166.
- Kelsen, H. (1992). *Compendio de la teoría general del Estado*. México: Colofón.
- Kiefer, C. (2007). *Doing health anthropology: Research methods for community assessment and change*. USA: Springer publishing company.
- Kierans, C. (2020). *Chronic failures. Kidneys, Regimes of care, and the mexican state*. USA: Rutgers University Press.
- Kilkauer, T. (2013). *Managerialism. A critique of an ideology*. UK: Palgrave MacMillan.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human. Building a safer health system*. USA: National Academy Press.

- Kosik, K. (1976). *Dialéctica de lo concreto. Estudio sobre los problemas del Hombre y el Mundo*. México: Grijalbo S.A.
- Khun, T. (1979). *La función del dogma en la investigación científica*. España: Revista Teorema.
- Kuhn, T. (1997). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.
- Kumate, J. (2010). *1929-200 La salud de los mexicanos*. México: El Colegio Nacional.
- Kurczyn Villalobos, P. (2011). Seguridad social. En H. Fix-Zamudio, & D. Valadés, *Instituciones sociales en el constitucionalismo contemporáneo* (págs. 195-210). México: UNAM, El Colegio de México.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. España: Ediciones Morata, S. L.
- Latour, B. (1992). *Ciencia en acción. Cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. España: Editorial Labor S.A.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2010). *Rostros. Ensayo de antropología*. Argentina: Letra Viva.
- Le Breton, D. (2014). *Una breve historia de la adolescencia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Lemus Alcántara, S. (2021). La atención paliativa en diversas franjas de la atención institucional. *Dimensión Antropológica*, 156-172.
- Lemus Alcántara, S., & Suárez Rienda, V. (2022). "Gotita a gotita". La atención paliativa en una institución de tercer nivel: Entre tensiones, discursos y arreglos administrativos. En L. Hamui Sutton, *Interacciones y narrativas en la clínica: Más allá del cerebro* (págs. 3005-370). México: UNAM-Facultad de Medicina.
- Levinas, E. (2001). *La huella del otro*. México: Taurus.
- Lévi-Strauss, C. (1995). *Antropología estructural*. España: Paidós.
- Lewis, O. (1967). La Cultura de la pobreza. *Pensamiento Crítico*, 52-65.
- Lewontin, R. C., Rose, S., & Kamin, L. (1987). *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Barcelona: Crítica.

- Lifshitz, A. (2021). *El paciente. Una visión desde la medicina clínica*. ND: Palabras y Plumas Editores S.A. de C.V.
- Lindón, A. (2000). *La Vida Cotidiana y su espacio-temporalidad*. España: Antropos.
- López Moreno, S., & López Arellano, O. (2015). *Derecho a la salud en México*. México: UAM Xochimilco.
- Maceiras, M. (2007). *La experiencia como argumento. Clasicismo y posmodernidad*. España: Editorial Síntesis S.A.
- Madaleno, M., & Breinbauer, C. (2008). *Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes*. USA: OPS.
- Malinowski, B. (1989). *Diario de campo en Melanesia*. España: Júcar Universidad.
- Malinowski, B. (1989). *Los argonautas del Pacífico occidental. Un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea melanésica*. España: Planeta Agostini.
- Margulis, M. (2001). Juventud: una aproximación conceptual. En D. Solum, *Adolescencia y juventud en América Latina* (págs. 41-56). Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Martín Rebollo, L. (2008). Sobre el nuevo concepto de servicio público en Europa y sus posibles implicaciones futuras. En D. Cienfuegos, & L. Rodríguez, *Actualidad de los servicios públicos en Iberoamérica* (págs. 355-381). México: UNAM.
- Martínez Bullé-Goyri, V. M. (2015). La salud como derecho humano. Una promesa incumplida en México. En M. Carbonell Sánchez, & Ó. Cruz Barney, *Historia y constitución. Homenaje a José Luis Soberanes Fernández Tomo I* (págs. 367-388). México: UNAM.
- Martínez Narváez, G. (2013). *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*. México: FCE.
- Marx, K. (2010). *El Capital I. Crítica de la economía política*. México: FCE.
- Mayer, D. (2010). *Essential evidence-based medicine*. USA: Cambridge University Press.
- McGoldrick, M., Carter, B., & Garcia-Preto, N. (2015). Overview: The life cycle in its changing context: Individual, family, and social perspectives. En M.

- McGoldrick, B. Carter, & N. Garcia-Preto, *The life cycle in its changing context: Individual, family, and social perspectives* (págs. 1-44). USA: Pearson.
- Mead, M. (1961). *El hombre y la mujer*. Argentina: Fabril Editora.
- Menéndez, E. (2020). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Argentina: EDUNLa Cooperativa.
- Merhy, E., Macruz Feuerwerker, L. C., & Burg Ceccim, R. (2020). Educación permanente en salud: Una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 147-160.
- Merton, R. (1979). *La estructura precaria: Orden y conflicto en la sociedad moderna*. México: Edicol/México.
- Mészáros, I. (2015). *The necessity of social control*. USA: Monthly Review Press.
- Milos, J. (2003). *Foundations of evidence-based medicine*. USA: The Parthenon Publishing Group.
- Minuchin, S., Reiter, M. D., & Borda, C. (2021). *The craft of family therapy challenging certainties*. USA: Routledge.
- Mishra, V., & Singh, N. (2012). Optical fiber gratings in perspective of their Applications in biomedicine. En L. Chao, *Biomedicine* (págs. 125-146). Croatia: InTech.
- Murayama, C., & Ruesga, S. (2016). *Hacia un sistema nacional público de salud en México. Una propuesta integral a partir de experiencias internacionales*. México: UNAM-Instituto Belisario Domínguez.
- Muriel, J. (1990). *Hospitales de la Nueva España. Tomo I. Fundaciones del siglo XVI*. México: Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto de Investigaciones Históricas.
- Murillo, M. V., Levitsky, S., & Brinks, D. (2021). *La ley y la trampa en América Latina. Por qué optar por el debilitamiento institucional puede ser una estrategia política*. Argentina: Siglo XXI.
- Muro Ruíz, E. (2007). El Artículo 93 constitucional y la rendición de cuentas de los servidores públicos mexicanos. En I. Damsky, M. López, & L. Rodríguez,

- Estudios sobre la Responsabilidad del Estado en Argentina, Colombia y México* (págs. 639-682). México: UNAM.
- Murphy, C. N. (2005). *Global institutions, marginalization and development*. UK: Routledge.
- Näslund-Hadley, E., & Binstock, G. (2011). *El fracaso educativo: Embarazarse para no ir a clases*. ND: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Nordenfelt, L. (1984). On the circle of health. En L. Nordenfelt, & I. B. Lindahl B., *Health, disease, and causal explanations in medicine* (págs. 15-24). Holland: D. Reidel Publishing Company.
- Nordenfelt, L. (1995). *On the nature of health. An action-theoretic approach*. Sweden: Springer Science+Business Media, B.V.
- Nordenfelt, L. (2000). *Action, ability and health. Essays in the philosophy of action and welfare*. Sweden: Springer Science+Business Media, B.V.
- Nudler, Ó. (2011). On the model of controversy spaces. En Ó. Nudler, *Controversy Spaces. A model of scientific and philosophical change* (págs. 9-28). USA: John Benjamins Publishing Company.
- Oberlander, J., & Marmor, T. R. (2015). The road not taken: What happened to medicare for all? En A. B. Cohen, D. C. Colby, K. Wailoo, & J. E. Zelizer, *Medicare and medicaid at 50. America's entitlement programs in the age of affordable care* (págs. 55-74). USA: Oxford University Press.
- Olivier de Sardan, J. (2015). *Epistemology, field work and anthropology*. USA: Palgrave MacMillan.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención Maternoinfantil*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado Actual, Retos y Oportunidades*. USA: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). "Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata". *Informe de la Comisión de Alto Nivel*". Washington D.C.: OPS.

- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México 2016*. París: OECD Publishing París.
- Ortíz de Montellano, B. (2005). Medicina y salud en Mesoamérica. Salud y enfermedad en el México antiguo. *Arqueología Mexicana*, 32-37.
- Ortiz Quesada, F. (2004). *Principia médica. La medicina y el hombre*. México: ETM.
- Osorio, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: INAH, CIESAS, INI.
- Pastrana, T., De Lima, L., Wenk, R., Eisenchlas, J., Monti, C., Rocafort, J., & Centeno, C. (2012). *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica. ALCP*. Houston: IAPC Press.
- Paulo Maya, A. (2015). *Ritual, parentalidad y el proceso salud enfermedad atención, en una comunidad indígena. El caso de Telcingo Morelos*. México: UNAM.
- Paulo Maya, A. (2019). Las audiencias en las narrativas del padecer. En L. Hamui Sutton, *Narrativas del padecer. aproximaciones teórico-metodológicas* (págs. 157-174). México: Manual Moderno.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P., & Havelock, P. (2003). *The new consultation developing doctor-patient communication*. Great Britain: Oxford University Press.
- Perdiguero, E., & Comelles, J. (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Perdomo Rubio, A., Hernández Zinzún, G., & Izquierdo Mora, D. (2016). Marco teórico para la humanización del proceso de trabajo en salud: Una propuesta de narrativas desde Jerome Bruner. *Revista Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 231-248.
- Pérez Sedeño, E., & Miranda Suárez, M. (2012). Crossings on publica perception of biomedicine: Spain and the European indicators. En L. Chao, *Biomedicine* (págs. 182-200). Croatia: InTech.
- Peters, G. (1999). *La política de la burocracia*. México: FCE.
- Piaget, J. (1991). *Seis estudios de psicología*. España: Editorial Labor S.A.
- Popper, K. (1980). *La lógica de la investigación científica*. España: Tecnos.

- Popper, K. (1995). *La responsabilidad de vivir. Escritos sobre política, historia y conocimiento*. España: Paidós.
- Portnoy, F. (2005). El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales. En M. Gaona, *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas* (págs. 67-76). Argentina: CEDES.
- Poulos, C. (2009). *Accidental ethnography. An inquiry into family secrecy*. USA: Left Coast Print Inc.
- Quattrocchi, P., & Magnone, N. (2020). *Violencia Obstétrica en América Latina Conceptualización, Experiencias, Medición y Estrategias*. Argentina: EDUNLa Cooperativa.
- Ricoeur, P. (2012). *Política, sociedad e historicidad*. Argentina: Prometeo Libros.
- Robbers, B. (2014). *How Alcohol, Cocaine, Nicotine, and Opiates Have Change Human History*. USA: Praeger.
- Rodríguez Ramírez, G. (2005). Treinta años de educación sexual en México. En L. Mícher, *Población, desarrollo, salud, sexual y reproductiva* (págs. 13-28). México: Centro de Producción Editorial.
- Rodríguez Rodríguez, L. (2005). La explicación histórica del derecho administrativo. En D. Cienfuegos Salgado, & M. A. López Olvera, *Estudios en homenaje a Don Jorge Fernández Ruíz. Tomo I Derecho administrativo* (págs. 293-315). México: UNAM.
- Rodríguez Zoya, L. (2018). Contribución a la crítica de la teoría de los sistemas complejos: Bases para un programa de investigación. *Estudios sociológicos*, 73-98.
- Rodríguez, J. (2008). *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe. Un llamado a la reflexión y a la acción*. España: Organización Iberoamericana de la Juventud.
- Rodríguez, J. (2013). *High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America*. USA: Population Division.
- Rojas Soriano, R. (1999). *Capitalismo y enfermedad*. México: Plaza y Valdés.
- Rojas Soriano, R. (2000). *Crisis Salud enfermedad y Práctica Médica*. México: Plaza y Valdés.

- Rojas, G., & Ulloa, O. (2002). Seguridad social en México: Presente y futuro. En M. Muñóz de Alba, *Temas selectos de salud y derecho* (págs. 33-64). México: UNAM.
- Rossi Batista, I. (2018). La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época? En L. Hamui Sutton, A. Paulo Maya, & I. Hernández Torres, *La comunicación dialógica como competencia médica esencial* (págs. 38-57). México: El Manual Moderno.
- San Martín Sala, J. (2015). *Antropología filosófica II. Vida humana, persona y cultura*. España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Sánchez Bringas, Á. (2014). *Desigualdades en la Procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. México: UAM.
- Sánchez González, M. (2012). *Historia de la medicina y humanidades médicas*. España: Elsevier.
- Sánchez Sandoval, A. (2005). Políticas públicas en la "sociedad del riesgo". En D. Cienfuegos, & M. López, *Estudios en Homenaje a Don Jorge Fernández* (págs. 351-366). México: UNAM.
- Saraví, G. (2009). *Transiciones vulnerables. Juventud, desigualdad y exclusión en México*. México: Publicaciones de la Casa Chata.
- Schiller, D., & Gomberg, L. (2001). Israel. En A. Cherry, M. Dillon, & D. Rugh, *Teen pregnancy. A global view* (págs. 91-102). USA: Green Wood Press.
- Searle, J. (1997). *La construcción de la realidad social*. España: Paidós Ibérica.
- Secretaría de Gobernación. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Secretaría de Gobernación.
- Secretaría de Gobernación. (12 de 04 de 2016). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 19 de 06 de 2020, de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- Secretaría de Salud. (2014). *Plan Sectorial de Salud*. México: IEPSA.
- Secretaría de Salud. (2015). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus Instituciones: 12 Años de Experiencia*. México: Secretaría de Salud.

- Secretaría de Salud. (2015). *Modelo de atención integral en salud (MAI). Documento de arranque*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2020). *Modelo de salud para el bienestar*. México: Secretaría de Salud.
- Sesia, P. (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En P. Quattrocchi, & N. Magnone, *Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (págs. 3-30). Argentina: EDUNLa Cooperativa.
- Shklar, J. (2013). *Los rostros de la injusticia*. España: Herder.
- Smith, A. (1794). *Investigación de la naturaleza y sus causas de la riqueza de las naciones. Tomo I*. España: En la Oficina de la Viuda e Hijos de Santander.
- Sokal, A., & Bricmont, J. (1999). *Imposturas Intelectuales*. España: Paidós.
- Stern, C. (2012). *El problema del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate*. México: El Colegio de México.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. USA: The University of Chicago Press.
- Strawson, G. (2013). *Contra la Narratividad*. México: UNAM.
- Svenaesus, F. (2000). *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: Steps towards a philosophy of medical practice*. Sweden: Springer Science+Business Media Dordrecht.
- Svenaesus, F. (2018). *Phenomenological bioethics. Medical technologies, human suffering, and the meaning of being Alive*. USA: Routledge.
- Tate, J. (1997). *El real protomedicato. La reglamentación de la profesión médica en el imperio español*. México: UNAM.
- Taylor, F. W. (1961). *Principios de la administración científica*. México: Herrero Hermanos SUCS.
- Taylor, R. (2017). *The amazing language of medicine. Understanding medical terms and their backstories*. USA: Springer.
- Todorov, T. (2005). *Nosotros y los otros. Reflexión sobre la diversidad humana*. México: Siglo XXI.

- Townsend, P., & Gordon, D. (2004). *World poverty. New policies to defeat an old enemy*. UK: The Policy Press.
- Trucco, D., & Ullmann, H. (2015). *Juventud: Realidades y retos para un desarrollo con igualdad*. Chile: CEPAL.
- Ulrich, B. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. España: Paidós.
- Urbina Fuentes, M., & González Block, M. Á. (2012). *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Valadés, D. (1994). *Constitución y política. México*. México: UNAM.
- Valencia, G. (2018). *Entre Cronos y Kairós. Las formas del tiempo sociohistórico*. México: UNAM.
- van der Steen, W., Ho, V., & Karmelk, F. (2003). *Beyond boundaries of biomedicine pragmatic perspectives on health and disease*. Netherlands: Rodopi.
- Vegetti, M. (1981). *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*. España: Ediciones Península.
- Villaseñor, M. (2008). Qué sabemos de la perspectiva que los adolescentes tienen sobre la educación sexual. En C. Stern, *Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud reproductiva* (págs. 73-114). México: El Colegio de México.
- Vygotski, L. S. (2003). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. España: Crítica.
- Wall, S., Persson, G., & Weinehall, L. (2003). Public health in sweden: Facts, Vision and Lessons. En R. Beaglehole, *Global Public Health: a New Era* (págs. 69-86). USA: Oxford University Press.
- Wallraff, G. (2010). *Cabeza de turco*. Barcelona: Anagrama.
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., & Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patología y paradojas*. España: Herder.
- Weber, M. (1979). *El político y el científico*. España: Alianza Editorial Akal.
- Weber, M. (2002). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México: FCE.

- Wolf, M. (2000). *Sociologías de la vida cotidiana*. España: Cátedra.
- Wootton, D. (2006). *Bad medicine. Doctors doing harm since Hippocrates*. Great Britain: Oxford Press University.
- World Bank. (2010). *Discovering the real world: Health workers' careere choices and early work experience in Ethiopia* . USA: The World Bank.
- World Health Organization. (2016). *Working for health and growth. Investing in the health workforce*. Switzerland: WHO Press.
- Xia, W., & Ni, J. (2012). RNA interference for tumor therapy. En L. Chao, *Biomedicine* (págs. 61-84). Croatia: InTech.
- Yáñez Campero, V. H. (2000). *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*. México: Géminis Editores e Impresores S.A, de C. V.
- Zemelman, H. (2005). *Voluntad de conocer. El sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico*. España: Antrhopos.
- Zubieta, E. M. (2012). La socialización para el trabajo. En M. L. Jiménez Guzmán, & R. Boso, *Juventud Precarizada. De la formación al trabajo, una transición riesgosa* (págs. 265-294). México: UNAM CRIM.
- Zubiri, X. (2006). *Tres dimensiones del ser humano: Individual, social, histórica*. España: Alianza Editorial.
- Zúñiga, E., Bronfman, M., Oviedo, J., Castro, R., & Miranda, C. (1997). Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública*, 1-8.