



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

¿INNE-CESÁREAS?  
ANÁLISIS SOCIOLÓGICO DE LA PRÁCTICA HOSPITALARIA DE LA MEDICINA OBSTÉTRICA.  
ESTUDIO DE CASO.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA:  
DOLORES CORRAL

DIRECTOR DE TESIS: ARTURO BALLESTEROS LEINER

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX

2016



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.

*A mi incansable abuelo Hugo  
quien me prestó su consultorio para jugar  
sembrando en mí desde niña  
una gran curiosidad por la labor de los médicos*

*A mis padres, Miguel y Cristina (donde quiera que estén)  
por alentarme siempre a imaginar preguntas  
aunque no haya respuestas*

*A Leo, mi compañero de ruta,  
por su inmenso amor y apoyo constante  
y por ponerle música a nuestra vida*

*A mi pequeña Valeria  
y su enorme capacidad de asombro  
por recordarme cada día  
que el mundo es un lugar lleno de sorpresas*

*A mi familia y amigos  
aquí y allá.*

## Índice

Introducción.....	1
Capítulo I. Las cesáreas en México. Algunas cifras y estudios asociados.....	3
Diversidad de criterios y generalización del uso de un procedimiento quirúrgico.....	12
Sobre la metodología de investigación empleada.....	14
La importancia de la observación participante.....	17
Capítulo II. ¿Cómo abordar la práctica médica?.....	20
Breve recorrido histórico por la sociología médica en México.....	20
Algunos aportes desde la sociología de las profesiones.....	23
La construcción sociológica del problema.....	26
¿Por qué Pierre Bourdieu? Un acercamiento posible al análisis de la práctica médica.....	31
<i>Habitus</i> , campo y capital y violencia simbólica.....	31
Lógica y propiedades de los campos.....	37
El ¿subcampo? de la medicina ginecoobstétrica. Una caracterización pendiente.....	39
Capítulo III. Estudio de caso: Servicio de ginecología y obstetricia de un hospital general del estado de México (turno mañana).....	41
La consulta externa.....	41
Comentarios sobre las observaciones realizadas en la Consulta Externa.....	77
El área de urgencias.....	82
El espacio de urgencias después de la inundación y antes de la remodelación.....	83
El espacio de urgencias después de la remodelación.....	92
Comentarios sobre las observaciones realizadas en el espacio de Urgencias...	108

A modo de conclusión.....	111
Anexo A: Indicaciones absolutas y relativas para la operación cesárea.....	118
Anexo B: Derechos de los pacientes.....	120
Bibliografía.....	123
Agradecimientos.....	127

## ***Introducción***

*El cuerpo está en el mundo social,  
pero el mundo social está en el cuerpo.*

Pierre, Bourdieu, *Lección sobre la lección.*

El presente trabajo tiene como propósito principal aportar, desde una mirada sociológica, una ruta posible para analizar la práctica de la medicina ginecoobstétrica, con el fin de explicar qué de las relaciones que estructuran dicho subcampo de especialidad médica, pueden estar influyendo en el incremento de cesáreas clínicamente injustificadas en hospitales públicos.

Guiados por los conceptos de *habitus*, campo, capital y violencia simbólica, acuñados por Pierre Bourdieu, hemos observado la práctica médica de ginecoobstetras en diferentes grados de formación, mediante un estudio de caso realizado entre los meses de abril y julio del 2011 en el servicio de Ginecología y Obstetricia del turno mañana de un hospital general del Estado de México.

Entre otras interrogantes, hemos tratado de averiguar qué de la construcción del *habitus* asociado con la práctica médica de los ginecoobstetras en formación, podría estar determinando que algunos de los criterios técnicos/fisiológicos que deberían emplearse para decidir la realización o no de una cesárea, e incluso han sido formalizados mediante la creación de diversos protocolos y normas oficiales, estén siendo desplazados por otro tipo de criterios.

En el primer capítulo, se presentan algunas cifras y estudios asociados al incremento de cesáreas en México durante las últimas dos décadas, que han sido elaborados desde las ciencias de la salud y la demografía, y expresan que la generalización del uso de un procedimiento quirúrgico como la cesárea, puede tener consecuencias adversas para la salud de mujeres y neonatos, e incluso modificar “el curso reproductivo de la mujer al incrementar el riesgo obstétrico en el siguiente embarazo, tan sólo por contar con el

antecedente de una operación cesárea, lo que restringe en cierta forma su fertilidad, o por lo menos facilita la decisión de adoptar un método anticonceptivo definitivo [...]”.<sup>1</sup>

Hacemos también una breve reflexión sobre la metodología empleada para llevar a cabo nuestra investigación, resaltando la importancia de la observación participante como herramienta para poder aproximarnos sociológicamente al problema.

Lo anterior, obedece a que si bien puede apreciarse (por ejemplo mediante las cifras disponibles) que en hospitales en donde hay un mayor número de residentes en ginecología y obstetricia las cesáreas se incrementan, este dato estadístico por sí sólo no arroja mucha luz sobre las lógicas prácticas en juego y los factores que las posibilitan.

En el segundo capítulo se repasan brevemente las formas en que se ha abordado la práctica de la medicina en México, y se explican las razones de haber elegido el estructuralismo genético de Pierre Bourdieu como marco teórico, además de profundizar en cada uno de los conceptos a través de los cuales intentamos dar cuenta del problema.

Por último, el tercer capítulo está por entero dedicado al estudio de caso, y se divide en apartados asociados con los diferentes espacios hospitalarios en los que se llevaron a cabo las observaciones: Consulta Externa y Urgencias (este último en dos momentos diferentes, antes y después de la remodelación del hospital).

---

<sup>1</sup> Rosales Aujang, Enrique, Felguérez Flores, J.A. “Repercusión demográfica de la operación cesárea”, *Ginecología y Obstetricia de México*, 2009, vol.77, n.8, pp.362-366.

## *Capítulo I*

### *Las cesáreas en México. Algunas cifras y estudios asociados.*

*[...] conviene aclarar desde el principio que una de las distorsiones más graves de la educación médica contemporánea consiste en equiparar la formación médica con la formación científica sin prestar mayor atención a la socialización de sus alumnos.*

Alfredo Semberoiz, *El momento ético. Sensibilidad moral y educación médica.*

Durante las últimas décadas, en diferentes ámbitos se ha venido señalando que los nacimientos efectuados por vía quirúrgica, es decir las cesáreas, se incrementaron notablemente en América Latina. Mientras la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que el porcentaje de cesáreas anuales no rebase la cifra del 15%<sup>2</sup> en hospitales de primer nivel, en México se dio a conocer en un estudio realizado entre 1991 y 2000<sup>3</sup> que “en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el sector privado el incremento ha sido, en promedio, superior a los dos puntos porcentuales por año”.<sup>4</sup>

Lo anterior colocó a México en ese periodo entre los primeros países de América Latina con un alto porcentaje de cesáreas, poco más del 35% a nivel nacional. Según diversos especialistas, el incremento de cesáreas clínicamente injustificadas aumenta considerablemente los costos de la atención médica “y expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios”.<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Puente Rosas E., Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, “Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados”, Salud Pública de México, vol. 46, núm. 1, enero-febrero de 2004, p.17.

<sup>3</sup> Para el cual se “utilizó la base de datos de nacimientos atendidos en instituciones de salud públicas y privadas que concentra la Secretaría de Salud de México”. *Ibíd.*, p.16.

<sup>4</sup> *Ibíd.*, p.18.

<sup>5</sup> *Ibíd.*, p.17.



De acuerdo a lo que se explica en el estudio anteriormente citado, este elevado porcentaje podría resultar comprensible en unidades de salud que concentraran un gran número de embarazos de alto riesgo, pero en el ámbito nacional no había entonces ni hay ahora entre las mujeres en edad reproductiva, “ningún factor – altas prevalencias de diabetes e hipertensión arterial o alteraciones del crecimiento de los productos –<sup>6</sup>, que pudiera justificar una cifra tan elevada de partos quirúrgicos”.<sup>7</sup>

En la siguiente década, la cifra de operaciones cesáreas continuó incrementándose, al grado de que en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, se reportó lo siguiente:

La resolución del parto en mujeres de 20 a 49 años de edad con antecedentes de un hijo nacido vivo en los cinco años previos a la entrevista muestra que el porcentaje total de nacimientos por cesáreas fue de 46.2% (20.5% programadas y 25.7% por urgencias) el cual supera el límite máximo recomendado por la Norma Oficial Mexicana 007, que es de 20% (...) El porcentaje de nacimientos por cesárea reportado para 2012 es alarmante, ya que está muy por encima del valor recomendado y sugiere un aumento progresivo desde el año 2000. En ese año en la ENSA 2000 se reportó que la resolución del parto por cesárea fue de 29.9% y en la ENSANUT 2006 fue de 34.5% (...) <sup>8</sup>

Para el caso de las adolescentes (grupo de edad de los 12 a los 19 años de acuerdo a los criterios de la ENSANUT), se obtuvieron los siguientes resultados:

Al analizar la información del tipo de parto del último hijo nacido vivo durante los cinco años previos a la entrevista de las mujeres de 12 a 19 años, el porcentaje total de nacimientos por cesárea fue de 37% (9.9% programadas y 27.1% por urgencia). De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007 esta cifra rebasa el límite máximo recomendado de 20%. <sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Por ejemplo: según la *Encuesta Nacional de Salud 2000*, la prevalencia de Diabetes Mellitus a nivel nacional en las mujeres del grupo de edad de 20 a 39 años fue del 2.2%. Posteriormente, esta cifra varió un poco. Según el *Programa de Acción específico 2007-2011 Diabetes Mellitus* de la Secretaría de Salud, 0.5% para las mujeres de 20 a 29 años y 3.1% para las mujeres de 30 a 39 años. En cuanto a la hipertensión arterial, la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012* reportó una prevalencia del 9.6% en mujeres de 20 a 29 años y del 10.2% en mujeres de 30 a 39 años. Esta tendencia se mantuvo más o menos estable desde el 2006.

<sup>7</sup> Puente Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, *Op.Cit.*, p.21.

<sup>8</sup> Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012, p.121.

<sup>9</sup> *Ibid.*, pp.64-65.

Recientemente, hemos visto reaparecer el tema tanto en la prensa mexicana como en la extranjera. En enero del 2013 el periódico *La Jornada* publicó un artículo intitulado “México es el país con más cesáreas en el mundo: EPC”.<sup>10</sup>

Ese mismo mes, la revista *Proceso* incluye el titular “Nacimientos por cesárea, un negocio redondo en México”, y el periódico *Milenio* saca a la luz el 13 de marzo del 2013 “Con Seguro Popular creció el porcentaje de cesáreas por parto. Hasta el 94% se realizan en los hospitales privados, una práctica fuera de la norma”.

También en el mes de marzo del 2013, el periódico español *El País*, publicó un artículo intitulado “Uno de cada dos mexicanos nace mediante cesárea”, en el que se narra lo siguiente:

En el hospital privado Médica Sur del Distrito Federal, 75 de cada cien madres no se enteran de su parto. Ni respiraciones, ni esfuerzo. Rápido y sin dolor. La tendencia no es exclusiva de los centros privados. En los públicos nacen por cesárea el 41% de los bebés, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012. Una cifra muy por encima del 15% que la OMS considera normal. La ONG mexicana El Poder del Consumidor asegura que en 2012 México fue el país del mundo en el que se practicaron más cesáreas. Un patrón que se repite por toda América Latina, según un informe reciente de Unicef con datos de 2006 a 2010, en el que Brasil lidera el ranking.<sup>11</sup>

Entre la multiplicidad de factores que, según Puente Rosas y compañía<sup>12</sup>, determinaron el aumento de cesáreas en México, se identifica la centralidad del papel que tiene el perfil del especialista. “Muchos obstetras, formados en ambientes cada vez más intervencionistas, están mejor capacitados para atender partos quirúrgicos que para atender nacimientos que podrían efectuarse de manera segura por vía vaginal”.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> EPC son las siglas de la organización civil El Poder del Consumidor.

<sup>11</sup> Tomado de: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/13/actualidad/1363153586\\_068849.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/13/actualidad/1363153586_068849.html), el 9 de mayo del 2013.

<sup>12</sup> Puente Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, *Op.Cit.*

<sup>13</sup> Ídem., p.21.

Según un artículo publicado en febrero del 2007 en una revista editada por la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, en el cual se analizan los casos de muerte materna ocurridos en un lapso de 10 años (del 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre del 2005), en el Hospital General Regional del IMSS, ubicado en la ciudad de Puebla, una importante proporción de los casos de estos fallecimientos “se resolvió por cesárea (64% comparado con sólo 12.2% de los partos)”.<sup>14</sup>

Los autores de dicha investigación, observaron también que la cuarta causa de muerte materna del grupo estudiado fue la tromboembolia pulmonar, y afirman en su artículo que ello pudo deberse al “alto índice de cesáreas, ya que 87.5% de los casos de tromboembolia pulmonar tuvo este antecedente”<sup>15</sup>, y explican que esta relación también fue encontrada en un estudio que se llevó a cabo “en el Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS de Guadalajara, Jalisco, en el cual se reportaron 30 casos entre 1997 y el 2000 (...) El 60% se manifestó en el puerperio y el 85% tenía el antecedente de cesárea”.<sup>16</sup>

Muchos otros investigadores alrededor del mundo, han afirmado mediante la publicación de diversos trabajos, que a mayor número de cesáreas aumenta el riesgo de morbilidad<sup>17</sup> y mortalidad materna.<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> Hernández Peñafiel JA, López Farfán JA, Ramos Álvarez G, López A, “Análisis de casos de muerte materna ocurridos en un periodo de 10 años”, *Ginecología y Obstetricia de México*, Volumen 75, Núm.2, febrero de 2007, p.66.

<sup>15</sup> *Ídem*.

<sup>16</sup> *Ídem*.

<sup>17</sup> Se entiende por “morbilidad” lo siguiente: “estado morboso o de enfermedad. Número proporcional de personas que enferman en un lugar y tiempo determinado”, Tomado de:

<http://www.diccionariomedico.net/diccionario-terminos/9944-morbilidad-o-morbididad>, el 15 de septiembre de 2016.

<sup>18</sup> Por ejemplo, en un estudio publicado en diciembre del 2004 por la *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* intitulado “Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave” se afirma que *La morbilidad puerperal grave se presentó 1,7 veces más en la cesárea que en el parto vaginal. La cesárea se considera un factor de riesgo muy elevado para que se produzca una morbilidad grave durante el período (...); por lo que si se disminuye este tipo de modo de nacimiento se pueden disminuir en un 60 % los procesos morbosos puerperales graves.* Existen muchos trabajos sobre el tema de la morbilidad y mortalidad asociada con las cesáreas, pero sería imposible enumerarlos todos aquí. Algunos ejemplos son: Wirakusumah EF. “Maternal and perinatal mortality/morbidity associated with cesarean section in Indonesia”. *J Obstet Gynecol.* 1998; 21(5):475-81. Sánchez GR, Ortiz OHI, Chávez MA. “Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa”. *Rev Fac Med UNAM* 2003; 46 (1). Suárez D. “Cesárea: uso y abuso”. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997; 53(2):71-8. Gómez E, Delgado M, González E. “Morbilidad materna por sepsis en cesárea”. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1987; 13(3):335-343. Villanueva ELA. “Operación cesárea: una perspectiva integral”. *Rev Fac Med UNAM* 2004; 47 (6). Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. “Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término” (Cochrane Review) In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 4, 2007, Oxford: Update Software.

Al respecto, el Dr. Althabe<sup>19</sup> afirma que si bien han disminuido algunos riesgos asociados con la práctica de cesáreas “debido a diversas mejoras en las técnicas quirúrgicas, los materiales de anestesia y el uso de antibióticos profilácticos, que hacen que las diferencias con el parto vaginal no sean tan marcadas, esto vale sólo para los países desarrollados y solamente para un pequeño grupo de mujeres en nuestros países.”<sup>20</sup>

Otro estudio publicado en *Ginecología y Obstetricia de México*<sup>21</sup>, realizado en el estado de Aguascalientes entre septiembre y octubre del 2008, en cuatro hospitales de segundo nivel del sector salud que concentran el 81% de la atención de nacimientos de todo el estado, arroja resultados que ponen el foco de atención en los criterios que se están empleando para decidir la realización de operaciones cesáreas.

Los hospitales que participaron de esta investigación fueron: Hospital General de Zona Núm. 1 del IMSS, Hospital General de Zona Núm. 2 del IMSS, Hospital de la Mujer del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes (ISEA) y el Hospital General de Zona del ISSSTE. “Durante el periodo de estudio se registraron 2,964 embarazos mayores de 29 semanas; de éstos 1,195 se terminaron por operación cesárea con una tasa global de 40.3%”.<sup>22</sup>

Entre las variables escogidas, se tomaron en cuenta las justificaciones de los médicos para realizar la operación cesárea, encontrándose 45 diferentes que se repiten en diversas frecuencias. Los autores afirman que, al analizar la información institución por institución, “[...] se encontraron grandes diferencias entre los cuatro hospitales, lo que sugiere que, aun con una población muy similar, existe una gran variedad de factores que hacen que la toma de decisiones sea diferente en cada hospital”,<sup>23</sup> y agregan:

Los resultados obtenidos en el análisis de la indicación muestran una enorme lista con 45 diagnósticos diferentes, que resumidos por orden de frecuencia y tratando de integrar grupos

---

<sup>19</sup> Investigador, coautor del artículo “Rates and implications of caesarean sections in Latin American” publicado en la revista *British Medical Journal* en el año 1999.

<sup>20</sup> Biasotti, Agustín, “InneCesáreas”, en el periódico *Página 12*, Buenos Aires, sábado 15 de marzo del 2003.

<sup>21</sup> Muñoz Enciso, José Manuel, Rosales-Aujang, E., et. al., “Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?”, *Ginecología y Obstetricia de México*, 2011, vol.79, n.2, pp.67-74.

<sup>22</sup> *Ibíd.*, p.69.

<sup>23</sup> *Ibíd.*, p.72.

de acuerdo con las indicaciones más frecuentemente reportadas, se encontró que la causa número uno es la desproporción céfalo-pélvica en tres hospitales; al correlacionarla con el peso de los recién nacidos no muestra proporción, ya que podría esperarse en términos generales y en un análisis estrictamente sólo de cifras, que los recién nacidos se encontraran en límites de peso cercanos o mayores a los 4 kg, y no fue así en este estudio.<sup>24</sup>

Esta observación se vuelve muy pertinente para el tema que nos ocupa, porque al informarnos que el peso de los recién nacidos durante la realización del estudio no justificaba que se efectuaran tantas cesáreas por supuestas limitaciones pélvicas de las mujeres, pues entonces se está poniendo en evidencia que las razones esgrimidas para realizar cesáreas no siempre responden a criterios estrictamente clínicos.

Además, los autores encontraron que entre los 45 criterios identificados “existe una cantidad exagerada de indicaciones de operación cesárea”<sup>25</sup> que incluso no se corresponden con aquellas aceptadas en la bibliografía médica, y “muchas de ellas preocupan porque podrían no considerarse como absolutamente justificadas para el objetivo de la cesárea, que es buscar el bienestar de la madre y su hijo”.<sup>26</sup> Sobre este problema también señalan:

Esta gran gama de diagnósticos muestra una forma muy sencilla de inclinarnos a cualquiera de ellos que justifique la intervención quirúrgica que, aunado a lo benévolo de la técnica quirúrgica, la disminución en el riesgo anestésico, el mejor tratamiento médico que incluye una corta estancia hospitalaria y la administración rutinaria de antibióticos, vuelve muy atractivo elegir la operación cesárea y olvidar o ignorar conceptos básicos de responsabilidad profesional y, por qué no, también éticos, porque esta intervención quirúrgica se practica no sólo por obstetras sino también por otros médicos que no cuentan con el adiestramiento correspondiente, ni la experiencia suficiente para indicar en forma adecuada la operación cesárea, por lo que surgen frases como: "si no sale por abajo, sale por arriba[...]”.<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> *Ídem.*

<sup>25</sup> *Ibíd.*, p.73.

<sup>26</sup> *Ídem.*

<sup>27</sup> *Ibíd.*, p.72.

Otro hallazgo importante, que concuerda además con lo encontrado en otros estudios,<sup>28</sup> es que entre las mujeres a las cuales se les practicó la operación cesárea hubo “un predominio franco de primigestas y secundigestas, lo que indudablemente modifica el curso reproductivo de la mujer al incrementar el riesgo obstétrico en el siguiente embarazo, tan sólo por contar con el antecedente de una operación cesárea, lo que restringe en cierta forma su fertilidad, o por lo menos facilita la decisión de adoptar un método anticonceptivo definitivo [...]”.<sup>29</sup>

Este mismo problema fue estudiado desde el punto de vista demográfico por Carole Brueilles, quien presentó los resultados de su investigación durante el foro de discusión “Las cesáreas en México”.<sup>30</sup> Dice la autora:

Dar a luz por cesárea influye en la descendencia de las mujeres, lo que se hace visible también por la esterilización. En México, 49% de las mujeres entre 15 a 49 años, usuarias de anticonceptivos, fueron esterilizadas (Enadid, 2009). En todas las generaciones consideradas por la Eder 2011, el número de hijos al momento de la esterilización difiere según el tipo de parto, siendo el primero determinante: si ocurre por cesárea, la esterilización sucederá con una paridad más baja [...].<sup>31</sup>

Por otra parte, en cuanto a las quejas por mala praxis<sup>32</sup> por parte de los usuarios de servicios de salud, llaman nuestra atención los datos encontrados desde 1976 hasta el año 2007 por dos fuentes diferentes:

La Dra. Luz María Reyna Carrillo Fabela, quien hizo una revisión de 283 dictámenes médicos periciales llevados a cabo entre 1976 y 1992, “[...] presentes en los archivos de

---

<sup>28</sup> Véase por ejemplo: Rosales Aujang, Enrique, Felguérez Flores, J.A. “Repercusión demográfica de la operación cesárea”, *Ginecología y Obstetricia de México*, 2009, vol.77, n.8, pp.362-366.

<sup>29</sup> Muñoz Enciso, José Manuel, Rosales-Aujang, E., *Op.Cit.*, p.73.

<sup>30</sup> Llevado a cabo en el 29 de mayo del 2015 en el marco del ciclo “Diálogos y reflexiones sobre población, ciudad y medio ambiente”, organizado por el Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México.

<sup>31</sup> Brueilles, Carol, “Las cesáreas ¿Un medio para regular la fecundidad?”, *Coyuntura Demográfica*, 2014, n.6, pp.35-41.

<sup>32</sup> “Mala praxis es un término que se utiliza para referirse a la responsabilidad profesional por los actos realizados con negligencia. La forma más conocida de la mala praxis es la negligencia médica o mala praxis médica, pero la misma también se aplica a otros ámbitos profesionales [...]. En Medicina una mala praxis es un término empleado para indicar una mala gestión ‘por acción o por omisión’ en la prescripción de medicación o en una manipulación en el cuerpo en el paciente [...]” Tomado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Mala\\_praxis](https://es.wikipedia.org/wiki/Mala_praxis) el 16 de septiembre de 2016.

la Dirección General de Coordinación de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República, realizados a solicitud del Agente del Ministerio Público de la Federación durante la etapa de la averiguación previa de denuncias por el probable delito de responsabilidad profesional médica”,<sup>33</sup> encontró que en 89 casos pudo dictaminarse algún tipo de falta médica.

Lo interesante para la investigación que nos ocupa es que “el servicio médico con mayor implicación fue el de *gineco- obstetricia*, con cerca de las dos quintas partes de los casos estudiados (35.96%), siguiéndole en orden de frecuencia *cirugía general*, con la quinta parte de los casos revisados (19.10%)”.<sup>34</sup>

A su vez, en un artículo publicado en 2009, en torno a las quejas atendidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) entre 1996 y 2007, también se señala que los ginecoobstetras son los que más acusaciones de mala praxis han acumulado.

“Las especialidades de las que más se reciben quejas en la Conamed son ginecología y obstetricia con 15%, y en orden decreciente siguen las de ortopedia y traumatología con 12.5%, urgencias médicas 10%, cirugía general 7.3%, y odontología 7%. Estas cinco especialidades concentran 51.8% de las quejas recibidas”.<sup>35</sup>

En torno a la cuestión del supuesto creciente temor a ser demandados que aqueja a los profesionales de la salud, orillándolos a practicar lo que desde esa disciplina se cataloga como “medicina defensiva”, hallé una encuesta exploratoria realizada a nivel nacional, en cuyas conclusiones se afirma que alrededor del 60% de los médicos ejercen este tipo de medicina y que ello “destaca la importancia de establecer medidas que estimulen su contención y combate, lo que permitirá mejorar la calidad de la práctica médica y la relación médico-paciente”.<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup> Carrillo Fabela, Luz María, *La responsabilidad profesional del médico en México*, México, Porrúa, 2005, p.40.

<sup>34</sup> *Ibíd.*, p.43.

<sup>35</sup> Fajardo-Dolci, Germán E., Hernández Torres, F., et. al. “Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007”, *Salud Pública de México*, 2009, vol.51, n.2, p.122.

<sup>36</sup> Sánchez González, Jorge Manuel, Carlos T.T., et. al., “Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización”, en: *Cirugía y Cirujanos*, Vol. 73, N°3, mayo-junio 2005, México, p.199.

En una reciente investigación,<sup>37</sup> publicada por el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara,<sup>38</sup> se afirma lo siguiente:

La utilización del método epidemiológico nos permite la búsqueda de evidencia en la ocurrencia del fenómeno y la identificación de los factores asociados al problema estudiado, la cesárea; aplicando la metodología científica epidemiológica, [...]; si buscamos la especificidad en este tipo de estudios debemos tener en cuenta que el problema (cesárea) es multicausal y no sólo razones médicas están relacionadas con el mismo, sino que visto de una forma más integral: también distintos factores sociales y demográficos, junto a elementos propios de la práctica médica y la organización de los servicios sanitarios influyen en la forma de terminación del embarazo.<sup>39</sup>

Por otra parte, en la introducción a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, intitulada “Atención de la mujer durante el embarazo, parto, y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, se señala una serie de procedimientos que se llevan a cabo de manera rutinaria y que ya se ha confirmado científicamente que no conllevan beneficio alguno “[...] y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados”.<sup>40</sup> También se afirma, refiriéndose a ciertas prácticas hospitalarias relacionadas con el manejo de pacientes obstétricas, lo siguiente:

Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino de que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud.<sup>41</sup>

---

<sup>37</sup> La cual llegó a nuestras manos pocos meses después de haber concluido el trabajo de campo realizado en el marco de esta tesis (tanto la publicación de la investigación a la que nos referiremos, como nuestro trabajo de campo, se llevaron a cabo en el año 2011).

<sup>38</sup> En la que se combina el uso de información secundaria obtenida a través del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y de la Secretaría de Salud, con estudios de caso de dos instituciones de salud de la Ciudad de Guadalajara, el hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos, así como hallazgos hechos por otros investigadores de diversos países.

<sup>39</sup> González Pérez Guillermo J, Vega López M.G., Cabrera Pivaral, C.E., et.al., *Cesáreas en México: aspectos sociales, económicos y epidemiológicos*, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, México, 2011, p.62.

<sup>40</sup> Secretaría de Salud, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto, y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, México, 1993, p.3.

<sup>41</sup> *Ídem*.



## ***Diversidad de criterios y generalización del uso de un procedimiento quirúrgico***

Recapitulando entonces, las tasas de cesárea han ido en aumento en América Latina en general desde los años noventa, y se incrementaron de manera alarmante para el caso de México, llegando incluso a posicionarlo como el país en el que más operaciones de esta naturaleza se practicaron en el año 2012.

Algunas reflexiones hechas desde el ámbito de las ciencias de la salud en esta materia, concluyen que existe una correlación entre el aumento de cesáreas y la morbilidad y mortalidad post parto, y que el incremento de esta práctica quirúrgica puede deberse a cuestiones relacionadas con la formación de los especialistas y la organización de los servicios de salud.

También se señalan diversas justificaciones que esgrimen los médicos a la hora de realizar cesáreas, muchas de las cuales, según diversos autores, no están sustentadas en criterios médicamente admisibles.<sup>42</sup>

“[...] lo que indudablemente refleja la gran diversidad de criterios en el personal médico institucional, aunque esta situación es reflejo de lo que sucede en el país, tal como se reporta en la bibliografía, y para ejemplo se menciona que en el IMSS existen 57 indicaciones agrupadas en 13 grupos, la SSA menciona 21 causas agrupadas en 5 grupos, mientras que el Instituto Nacional de Perinatología menciona 31 causas”.<sup>43</sup>

Cuando se refieren a lo que ocurre en hospitales o sanatorios privados, se hace también mención a las mayores ganancias económicas que esta operación deja a los médicos y a la conveniencia de organizar mejor sus agendas y no tener que trabajar en días festivos.

---

<sup>42</sup> En el anexo A se presentan a modo de ejemplo los criterios publicados por el IMSS en la *Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea* actualizada en el año 2014, y en cuya elaboración coordinada por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, participaron diversas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.

<sup>43</sup> Muñoz Enciso, José Manuel, Rosales-Aujang, E., *Op.Cit.*, p.72.

Debido a que desde el discurso de la propia medicina, se está insistiendo en que la generalización del uso de un procedimiento quirúrgico como la cesárea, puede tener consecuencias adversas para la salud de mujeres y neonatos, mediante esta investigación se pretende indagar desde la sociología, cómo es posible que se esté dando una discrepancia tan marcada entre los lineamientos institucionales, generados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), avalados por la Secretaría de Salud, y que incluso han sido formalizados mediante la emisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, y aquellos que posibilitan que en la práctica hospitalaria cotidiana se tomen decisiones que muchas veces no responden a dichos lineamientos, sino más bien a criterios de otro tipo sobre los que daremos cuenta a lo largo de este trabajo.

## ***Sobre la metodología de investigación empleada***

*Bourdieu ve en la “metodología”,  
concebida como una especialidad distinta  
separada del decurso cotidiano de la investigación,  
una forma de academicismo que, al abstraer falsamente [...] el método del objeto, reduce el problema de la construcción teórica del segundo a la manipulación técnica de indicadores y observaciones empíricos. Olvidando que la “metodología no es el preceptor ni el tutor del científico” sino “siempre su alumno” [...]*

Pierre Bourdieu y Loïc J.D. Wacquant, *Una invitación a la sociología reflexiva*

Vale la pena aclarar que la inspiración para llevar a cabo este trabajo de investigación, surgió de la observación de casos cercanos de la vida cotidiana: familiares, amigas, compañeras de trabajo y de estudios, que atendieron el curso de sus embarazos tanto en hospitales públicos como privados. Lo que llamó mi atención sobre estas mujeres, fue que solamente una tuvo a su hijo sin una cesárea de por medio.

Recordé esas reuniones familiares de mi niñez, en las que mujeres de otras generaciones platicaban sus experiencias de parto una y otra vez, y entonces pensé: ¿qué está pasando que pareciera que las mujeres a mi alrededor ya casi no paren?

Cuando llegó el momento de elegir un tema en el primer taller de investigación que cursé en la carrera, me puse a investigar sobre el asunto de las cesáreas y encontré algunos artículos de prensa y otros de corte académico generados por profesionales de la salud.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> En el primer taller de investigación sociológica fui obligada por el profesor a cambiar el tema de investigación porque, desde su punto de vista, ese no era un asunto que se pudiera abordar sociológicamente y, según él, era obvio además que todas las cesáreas innecesarias se hacían simplemente para que los doctores ganaran más dinero. Tuve que esperar hasta el segundo taller, a cargo del profesor Arturo Ballesteros Leiner, para que mi tema fuera aceptado. El Dr. Ballesteros ofreció además asesorarme en mi trabajo de titulación, y pude con su ayuda y la de otros compañeros y profesores, empezar a pensar en la construcción del problema.

Más adelante, ya bajo la asesoría del profesor Arturo Ballesteros Leiner, me enfoqué en consultar la información estadística disponible en torno al incremento de cesáreas en México, y en hacer una primera revisión bibliográfica y hemerográfica sobre el fenómeno y también sobre cuestiones de la práctica médica en general.

Luego de recopilar la información, notamos que la mayoría de las investigaciones encontradas en torno al aumento de cesáreas, algunas de las cuales han sido citadas en este primer capítulo, parten de la recolección de diversos datos, a veces tomados de encuestas nacionales, otras recabados *ex profeso* para la investigación mediante solicitud directa a las instituciones de salud.

Pero más allá de lo valiosa que pueda ser toda la información estadística que se ha generado sobre este tema, resulta insuficiente para abordarlo sociológicamente.

Por ejemplo, si bien puede ser muy útil saber mediante las cifras disponibles que en hospitales en donde hay un mayor número de residentes en ginecología y obstetricia, las cesáreas se incrementan, este dato por sí sólo no arroja mucha luz sobre las lógicas prácticas en juego y los factores que las posibilitan.

Eso nos hizo caer en la cuenta de que sería necesario aproximarnos cualitativamente al problema, ya que este tipo de enfoque sería sin duda más rico que el meramente estadístico, porque a diferencia de las metodologías de orden cuantitativo, los métodos cualitativos “[...] ponen énfasis en la ‘visión’ de los actores y el análisis contextual en el que ésta se desarrolla, centrándose en el significado de las relaciones sociales”.<sup>45</sup>

Pero, ¿por dónde empezar? Al principio teníamos muchas ideas y demasiadas preguntas, pero cada una parecía ser todo un tema de investigación en sí mismo. Entonces, con el fin de poder delimitar el objeto de estudio y ratificar al mismo tiempo si la ruta metodológica que estábamos imaginando era la más apropiada, decidimos que lo mejor sería realizar primero algunas entrevistas exploratorias.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> Tarrés, María Luisa, Coord., *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, FLACSO, COLMEX, México, 2004, p.63.

<sup>46</sup> Aquí vale la pena comentar, pensando en que este trabajo sea leído por algún estudiante, que en los talleres de investigación sociológica algunos profesores suelen inducir a los alumnos a que, incluso cuando van a realizar investigaciones de corte más empírico (por decirlo de algún modo), construyan el marco

¿Y a quiénes? Había que encontrar médicos (de preferencia ginecoobstetras) entre nuestros conocidos para que a su vez nos recomendaran a otros que estuvieran de acuerdo en participar. Por fortuna, hubo suficientes médicos entre los conocidos de los amigos. Se llevaron entonces a cabo cuatro entrevistas para explorar el tema.<sup>47</sup>

La primera de ellas se hizo a un estudiante de medicina extranjero (argentino) que acababa de terminar el año como interno de pregrado en un hospital público, estaba a punto de trasladarse a la sierra oaxaqueña a realizar su servicio social, y antes de estudiar medicina en México se había recibido de antropólogo en Argentina.

La segunda a un ginecoobstetra que trabajó 20 años en el ISSSTE y actualmente labora en su consultorio privado y hace cirugías en casi todos los hospitales privados que los diferentes planes del seguro médico privado llamado GNP ofrece.

La tercera a un patólogo general que trabajó durante 10 años en el Hospital de Ginecología y Obstetricia n° 4 del IMSS y actualmente labora en el Centro Médico Siglo XXI, y la cuarta a una ginecoobstetra que trabaja de lunes a viernes en un hospital de salubridad del estado de México, y dos veces por semana en la tarde en su consultorio privado.

Una vez hecha esta tarea, analizamos a detalle lo siguiente:

- Las cuatro entrevistas exploratorias.
- Problemas en torno a la práctica médica ya trabajados desde diferentes perspectivas teórico-metodológicas por sociólogos y antropólogos latinoamericanos.
- Reflexiones en torno a la práctica médica llevadas a cabo por investigadores formados en medicina, enfermería, salud pública, etc.

---

teórico a través del cual observarán el problema, antes de siquiera acercarse al trabajo de campo. Sin embargo, en ocasiones resulta más conveniente hacer lo contrario. Si se van a investigar, por ejemplo, las estrategias de subsistencia de los niños que trabajan en la calle, pues tal vez sea mejor permanecer un tiempo en ese espacio y hacer algunas observaciones y/o entrevistas, antes de definir el marco teórico mediante el cual se construirá el problema.

<sup>47</sup> Se trató de entrevistas semiestructuradas.

- Conceptos de autores clásicos y contemporáneos estudiados durante la licenciatura.

Si bien en el tercer apartado del siguiente capítulo, se explican los pasos que seguimos luego de analizar lo arriba mencionado, así como la forma en que se decidió en qué hospital trabajar, podemos aquí adelantar que lo hallado tanto en las entrevistas exploratorias como en algunos artículos de corte académico generados desde las ciencias de la salud, nos condujo a pensar que lo más apropiado sería observar en su práctica cotidiana a ginecoobstetras en diferentes momentos de su formación, para entender qué de las relaciones entre médicos y pacientes y entre doctores y otros trabajadores de diversas jerarquías al interior de los hospitales, hacía posible una práctica tan elevada y fuera de la norma de operaciones cesáreas.

### ***La importancia de la observación participante***

Como comentamos anteriormente, si bien toda la información estadística que se ha generado alrededor del incremento de cesáreas en México, resulta muy valiosa y ayuda a dimensionar el fenómeno, para poder aproximarnos sociológicamente al problema era necesario observar la práctica cotidiana de los actores involucrados, con el propósito de recopilar información “[...] más directa, más rica, más profunda y más compleja”.<sup>48</sup>

Los resultados de las entrevistas exploratorias acabaron además por convencernos de que elegir, por ejemplo, la ruta de realizar solamente entrevistas a profundidad a ginecoobstetras, no hubiera sido muy reveladora, dado que era necesario verlos en interacción con pacientes y colegas, para poder identificar aquellos elementos de su práctica cotidiana que están posibilitando la decisión de llevar a cabo cesáreas clínicamente injustificadas. Resultaba entonces imprescindible estar presentes en el espacio y momento en el que esa decisión suele ser tomada.

Para ello, había que escoger un hospital que contara con un servicio de ginecología y obstetricia (y además con residentes en esa especialidad) y realizar observaciones en todos los espacios en los que estos especialistas intervienen.

---

<sup>48</sup> Tarrés, María Luisa, Coord., *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, Op. Cit., p.100.

Una vez que supimos en qué hospital se llevaría a cabo la investigación,<sup>49</sup> pude observar, entre los meses de abril y julio del año 2011, el quehacer de los siguientes trabajadores de la salud del turno matutino del hospital X,<sup>50</sup> en los espacios de consulta externa, salas de labor, salas de expulsión y quirófanos.

- 1) Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, con 9 años de antigüedad en el puesto.<sup>51</sup>
- 2) Médico adscrito con 15 años de antigüedad en el puesto.
- 3) Médica adscrita con 10 años de antigüedad en el puesto.
- 4) Médico adscrito con dos años de antigüedad en el puesto.
- 5) Médico Residente de ginecoobstetricia de primer año.<sup>52</sup>
- 6) Médica Residente de ginecoobstetricia de segundo año.
- 7) Médico Residente de ginecoobstetricia de cuarto año.
- 8) Médica Residente de ginecoobstetricia de cuarto año.
- 9) Interno de Pregrado con 1 mes de antigüedad en el puesto.<sup>53</sup>
- 10) Interna de Pregrado, con 6 meses de antigüedad en el puesto.
- 11) Trabajadora Social, con 4 años de antigüedad en el puesto.
- 12) Jefa de enfermeras con 9 años de antigüedad en el puesto.
- 13) Estudiantes de medicina de diversos semestres y universidades (públicas y privadas).

Es preciso aclarar que, dada la dinámica del trabajo intrahospitalario no seguí guía alguna a la hora de conversar con ellos mientras los acompañaba en sus labores cotidianas.

---

<sup>49</sup> Los detalles de esta decisión se explican en el tercer apartado del siguiente capítulo.

<sup>50</sup> Cuya identidad me comprometí a no revelar, así como tampoco la de los trabajadores que colaboraron conmigo, ni la de los pacientes.

<sup>51</sup> Cabe aclarar que los años de experiencia en el puesto, no son los años de experiencia en la profesión.

<sup>52</sup> Un médico residente, es “un profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes” que se encuentra en un “periodo de adiestramiento para realizar estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.”(tomado de: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=64>, 17 de mayo del 2013).

<sup>53</sup> “El internado médico de pregrado, es un ciclo académico **teórico práctico** que se realiza durante un **año consecutivo** como parte de los planes de estudio de la Licenciatura en Medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y a la obtención del título respectivo. Se considera “**interno de pregrado**” al alumno que ha acreditado los ciclos académicos del plan de estudios de la Institución Educativa que procede y se incorpora como becario a las unidades hospitalarias del Sector Salud convenidas para su educación y adiestramiento.” (tomado de: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=65> , 17 de mayo de 2013).

Las preguntas fueron surgiendo en el momento, y cada situación definió el camino de las indagaciones posibles.<sup>54</sup>

Para el caso de lo trabajado en el espacio de la consulta externa, además de tomar nota de las observaciones en el diario de campo, se grabaron las entrevistas de los pacientes con los médicos (en las que también intervino personal de enfermería y, en algunos casos, de trabajo social).

En relación con las observaciones en el área de urgencias, y dada la naturaleza de las labores que se llevan a cabo en ese espacio, sólo fue posible grabar algunos diálogos entre médicos y pacientes, así como entre doctores de diversas jerarquías y personal considerado de apoyo (como enfermeras y camilleros).

Al concluir el trabajo de campo, y con el fin de obtener una síntesis de los principales problemas observados, se construyó una matriz en Excel para tal fin, clasificándolos en una suerte de rubros, como por ejemplo “pugnas entre médicos de diferentes jerarquías”, problemas en torno a la “relación médico-paciente”, o a la “la formación de los médicos”, etc.

En el siguiente capítulo, repasaremos brevemente las formas en que se ha abordado la práctica de la medicina en México, y explicaremos las razones de haber elegido el estructuralismo genético de Pierre Bourdieu como marco teórico de investigación.

---

<sup>54</sup> Si bien al concluir el periodo de entrevistas exploratorias (antes de comenzar las observaciones en campo) se construyó una extensa guía de entrevista, no fue posible emplearla debido a las condiciones espaciotemporales en las que los sujetos observados realizan su trabajo.



## *Capítulo II.*

### *¿Cómo abordar la práctica médica?*

#### *Breve recorrido histórico por la sociología médica en México*

El Dr. Roberto Castro, sociólogo e investigador del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM (CRIM), quien ha trabajado por más de 20 años en cuestiones relacionadas con la salud, publicó en 2001 un recuento sobre las reflexiones realizadas por la sociología médica en México<sup>55</sup>, el cual actualizó en su reciente libro *Teoría social y salud*, publicado en el 2011.

En dicha obra, enfocada a reunir y explicar los diversos paradigmas que se han utilizado para investigar problemas asociados con la salud con el fin de brindar una herramienta didáctica para los estudiantes de ciencias sociales, salud pública y medicina social “que no siempre están al tanto de las posibilidades de construcción de la salud como objeto de trabajo de sus propias disciplinas, ni sobre el cúmulo de literatura existente en torno a esta materia”<sup>56</sup>, expone en su primer capítulo, “algunos de los principales desarrollos de las ciencias sociales aplicadas a la salud en México, particularmente durante los años que van de 1975 a 2000”.<sup>57</sup>

Sólo se incluyen investigaciones hechas hasta el 2000 porque, según Castro “los trabajos de la última década (del 2000 al 2010) ameritan una clasificación independiente [...], por lo que habremos de dejar para otro momento su sistematización”.<sup>58</sup> Si bien no es objeto de esta tesis discutir el estado del arte en materia de estudios sociológicos en torno a la salud que se han realizado en México, consideramos pertinente hacer un breve repaso al respecto.

---

<sup>55</sup> Castro, Roberto. “Sociología médica en México: el último cuarto de siglo”, *Revista Mexicana de Sociología*, núm. 3, Vol. 63, México, UNAM/IIS, julio-septiembre, 2001, pp.271-293.

<sup>56</sup> Castro, Roberto. *Teoría social y salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011, en contraportada.

<sup>57</sup> Castro, Roberto. *Teoría social y salud*, *Op. Cit.*, p.21.

<sup>58</sup> *Ibíd.*

Castro distingue tres escuelas fundacionales. En primer lugar, la de la tradición médico antropológica, cuyos pioneros se remontan a la época de la conquista (como fue el caso de Fray Bernardino de Sahagún) y se abocaron al estudio de la medicina prehispánica, lo cual fue retomado por los historiadores médicos, como Alfredo López Austin, “autor de una de las más importantes reconstrucciones del pensamiento médico nahua que se hayan escrito hasta la fecha y que ilumina muchas de las prácticas que aún existen en los sectores populares de México”.<sup>59</sup>

Luego menciona a diversos autores de la antropología médica que escribieron en México a lo largo del siglo XX,<sup>60</sup> y se detiene particularmente en Eduardo Menéndez, investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), quien en los años ochenta comienza a trabajar cuestiones de antropología médica desde una perspectiva crítica.

Menéndez [...], propuso el concepto de modelo médico hegemónico para caracterizar a ese modelo de medicina que devino dominante desde principios del siglo XIX, bajo el capitalismo, y que además de fundamentar jurídicamente su apropiación exclusiva de la enfermedad, privilegió sobre ella una mirada biológica, individualista, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática.<sup>61</sup>

Castro explica entonces que, desde ese punto de vista, se realizaron numerosos estudios sobre autoatención en salud, alcoholismo y coexistencia de la medicina dominante con prácticas alternativas.

Una segunda escuela identificada por Castro, es la constituida por la Medicina Social, más centrada en la mirada sociológica que en la antropológica. De inspiración marxista, se impulsó a partir del año 1975 desde la *Maestría en Medicina Social* de la UAM-Xochimilco. Sus exponentes más reconocidos fueron Laurell y Bronfman.

---

<sup>59</sup> *Idem.* p.23.

<sup>60</sup> Para profundizar al respecto consultar el texto aquí citado.

<sup>61</sup> *Ibíd.*

Los principales estudios elaborados desde esta óptica, se enfocan en las formas en que las inequidades sociales influyen en los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas, en el diseño de políticas públicas, y en la problematización del vínculo salud-trabajo en México.

La tercera corriente, se constituyó a mediados de la década de los años ochenta por lo que se ha denominado como los sociólogos de la salud pública, y cuyo representante más sobresaliente ha sido Julio Frenk, quien se abocó a investigar las características del mercado de trabajo mexicano asociado a la medicina, detectando una correlación entre la clase social de origen de los médicos, el tipo de universidad al que logran ingresar, la especialidad que eligen y el tipo de institución que los emplea.

Indagaciones de este tipo influyeron en la creación de una línea de investigación empírica a través de la cual se documentaron profundas contradicciones en el terreno del sector salud [...] “-médicos subempleados o desempleados, por una parte, y amplios sectores de población sin acceso a servicios de salud, por otra-, así como la exploración de diversas alternativas de solución a esos desequilibrios” [...].<sup>62</sup>

Frenk fundó el Instituto Nacional de Salud Pública, lo cual ayudó en el proceso de legitimación de investigaciones de este corte, las cuales ocurrieron en el contexto de una serie de debates entre esta escuela y la corriente de la Medicina Social. Un ejemplo de ello lo constituyó la firma del Tratado de Libre Comercio (NAFTA) entre México, Canadá y Estados Unidos.

Mientras que los sociólogos de la salud pública veían al NAFTA como una oportunidad de modernización de la que los servicios de salud de México podrían beneficiarse [...], los representantes de la Medicina Social advirtieron en dicho tratado una clara señal de la tendencia privatizadora del Estado mexicano que consolidaba la desarticulación de las políticas sociales vigentes en décadas pasadas [...].<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> *Idem.* p.26.

<sup>63</sup> *Idem.* p.28.

Castro afirma que, simultáneamente al despliegue de estos debates y sin necesariamente participar de los mismos, apareció en la década de los noventa y lo que va de esta última, una segunda generación de investigaciones sociales en materia de salud. Estas investigaciones fueron llevadas a cabo por profesionistas que, si bien se habían formado indirecta o directamente en alguna de las tres escuelas anteriormente descritas, realizaron posgrados en el extranjero con gente especializada en ciencias sociales y salud.

Ello favoreció una suerte de “oxigenación” de la producción académica contemporánea, en tanto que nuevas perspectivas teóricas y nuevos acercamientos metodológicos enriquecieron un escenario antes caracterizado casi exclusivamente por el enfrentamiento entre la perspectiva crítica-estructural y los enfoques de la salud pública.<sup>64</sup>

### *Algunos aportes desde la sociología de las profesiones*

Además de las reflexiones realizadas por la sociología médica en México de las que Castro da cuenta, no queremos dejar de mencionar que también desde la perspectiva de la llamada “sociología de las profesiones”, se han hecho otras propuestas para estudiar desde diversos enfoques teóricos el ejercicio de la medicina, así como de otras profesiones.

Un ejemplo de ello, es el análisis realizado por el Doctor Arturo Ballesteros Leiner, quien propone trabajar con autores que han abordado el estudio de las profesiones recuperando conceptos de Max Weber. Se trata de Talcott Parsons, Jürgen Habermas y Randall Collins, cuyas perspectivas teóricas Ballesteros ha hecho confluir "en torno a su preocupación sobre el papel de las profesiones en la estructura social (Parsons), en el sistema socio-cultural (Habermas) o en la sociedad credencialista (Collins), todo ello enmarcado en el proceso de racionalización que ha seguido el curso de la sociedad moderna (Weber)".<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> *Ibíd.*

<sup>65</sup> Ballesteros Leiner, Arturo, *Max Weber y la sociología de las profesiones*, México, Universidad Pedagógica Nacional, 2007, p.212.

Ballesteros sostiene que en México no se ha investigado lo suficiente desde la perspectiva de la sociología de las profesiones, y entonces propone la posibilidad de conformar una agenda de investigación, integrada, en principio, por los siguientes temas:

1. Estudios comparados de dos o más profesiones de un mismo ámbito (geográfico, científico, organizativo),
2. Monografías de algunas profesiones de las que se sabe poco: notarios, pilotos de aviación, físicos, químicos, pedagogos, periodistas, docentes o académicos, etcétera,
3. Estudios del comportamiento habitual de algunas profesiones, de sus sistemas de trabajo y de relación con los usuarios, no tanto por encuesta como a través de análisis cualitativos,
4. Investigaciones de seguimiento para ver el cambio experimentado en un determinado círculo profesional, por lo menos en dos momentos de tiempo.
5. Investigaciones que sistematicen las vertientes y referentes teóricos en el estudio sociológico de las profesiones que particularmente se han desarrollado en países anglosajones.<sup>66</sup>

Por último, y más allá del ámbito de la producción que puede encontrarse en México, no queremos dejar también de mencionar los ya clásicos estudios en torno a la profesión médica, que realizó el sociólogo Eliot Freidson, profesor emérito de sociología de la Universidad de Nueva York.

Al referirse a las características formales de una profesión, y tomando como ejemplo el ejercicio de la medicina, lo primero que hace Freidson es diferenciar a las profesiones del resto de las ocupaciones:

Una profesión [...] es considerada habitualmente una clase especial de ocupación, de modo que es necesario desarrollar diferenciaciones analíticamente útiles entre las profesiones y las demás ocupaciones. Yo sostengo que la distinción más estratégica reside en una legítima autonomía organizada: una profesión es diferente de otras ocupaciones porque se le ha dado el derecho a controlar su propio trabajo [...] se le concede autonomía deliberadamente, incluyendo el derecho exclusivo para determinar quiénes pueden legítimamente ejercer su trabajo y cómo debiera realizarse éste.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> *Ibíd.*, p.11.

<sup>67</sup> Freidson, Eliot, *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona, Ediciones Península, 1978, p.83.

Freidson debate con autores como William J. Goode, quien identifica dos características centrales de las profesiones “una prolongada educación especializada en un cuerpo de conocimiento abstracto y una orientación de servicio o colectividad”.<sup>68</sup> Freidson cuestiona acremente las bondades de esta clasificación. Sobre la educación especializada advierte:

¿Cuáles son, exactamente, los referentes empíricos de estas características centrales? En el primero, la educación, hay por lo menos tres problemas encubiertos de especificación: “prolongado”, “especializado” y “abstracto”. Dado que toda educación requiere cierto tiempo, ¿cuán prolongada ha de ser ésta para ser calificada? Considerando que cualquier educación es especializada, ¿cómo se decide si es lo suficientemente especializada como para ser calificada? Dado que “abstracto” es más bien un término relativo que absoluto, ¿cómo se determina si la educación es suficientemente abstracta o teórica? Es difícil, si no imposible, responder a estas cuestiones con un grado razonable de precisión.

Sobre la “orientación hacia el servicio”, Freidson apunta que esta supuesta característica resulta todavía más problemática por la dificultad de su evaluación y que “aun cuando uno esté muy ansioso por ampliar los límites de los escasos y poco elásticos datos disponibles, el hecho cierto es que las discusiones sobre las profesiones asumen o aseguran *por definición* y sin soporte de evidencia empírica que la ‘orientación hacia el servicio’ es especialmente común entre los profesionales”.<sup>69</sup>

Según Freidson, si fuera tan claro que las dos características antes descritas pueden ayudar a distinguir entre ocupaciones y profesiones, las enfermeras serían consideradas en esta última categoría, cosa que Goode no hace, al clasificarlas dentro de las ocupaciones bajo el argumento de que su accionar está subordinado al de los médicos. Entonces “el contenido objetivo y la duración del aprendizaje es considerablemente menos decisivo que el *control* ocupacional sobre el aprendizaje”.<sup>70</sup>

No la educación por sí misma, entonces, sino la cuestión de la autonomía y el control sobre la educación concedido a la ocupación por una élite o por un público convencido de su importancia, parecen ser capaces de diferenciar claramente entre las ocupaciones [...]

---

<sup>68</sup> *Ibíd.*, p.88.

<sup>69</sup> *Ibíd.*, p.92.

<sup>70</sup> *Ibíd.*, p.90.

Y el proceso que decide el resultado es esencialmente político y social más que de índole técnica; proceso en el que el poder y una retórica convincente tienen mayor importancia que el carácter objetivo del conocimiento, la educación y el trabajo.<sup>71</sup>

### ***La construcción sociológica del problema***

Hasta aquí, hemos recorrido de manera muy somera (ya que no es el objetivo de esta tesis) sólo algunos de los principales enfoques que posibilitan la construcción y el abordaje de problemas relacionados con la práctica médica (sea ésta considerada desde la llamada sociología médica o de la salud, o bien desde la sociología de las profesiones).

Como mencionábamos en el capítulo precedente, la investigación que nos ocupa será de corte cualitativo, y mediante la descripción y análisis de lo observado, pretendemos hacer aportes que ayuden a repensar, entre otras cosas, las formas de aproximación a problemas de este tipo, con la esperanza de que el acercarnos a la práctica cotidiana de la medicina nos “proteja”, en alguna medida, de hacer aseveraciones “*por definición* y sin soporte de evidencia empírica”,<sup>72</sup> como decía Freidson.

Mediante el presente trabajo, entonces, abordaremos el problema específico de la práctica médica asociada al incremento de cesáreas clínicamente injustificadas, ubicándonos dentro de una de las perspectivas teóricas que Roberto Castro señala como novedosas para el análisis de cuestiones relacionadas con la salud: el estructuralismo genético de Pierre Bourdieu.

En relación con esta elección, Roberto Castro señala que si bien aún “es muy reducida la bibliografía existente en torno a la aplicación de este autor en el estudio de los problemas de la salud-enfermedad”,<sup>73</sup> sus conceptos poseen un gran rendimiento explicativo.

---

<sup>71</sup> *Ídem.*

<sup>72</sup> *Ibíd.*, p.92.

<sup>73</sup> Castro, Roberto, *Teoría social y salud, Op. cit.*, p.128.

De hecho el propio Castro los emplea combinándolos con el de ciudadanía y el enfoque de derechos en salud, para poner a prueba la hipótesis de que “[...] la violación de derechos reproductivos, durante la atención del parto o en el marco de los servicios de salud reproductiva en general [...] es fundamentalmente un efecto de la estructura de poder del campo médico y de la lógica-práctica que caracteriza el habitus de los prestadores de servicios”.<sup>74</sup>

Consideramos además que la mirada bourdiana nos permitirá acercarnos al punto de vista que los médicos, y otros trabajadores de la salud, tienen en relación con sus prácticas, las cuales en teoría son estrictamente “profesionales, desinteresadas y apolíticas, y que sin embargo, simultáneamente [...] cumplen un papel pedagógico, reproductor de un orden determinado, y sancionador de prácticas [...] que desafían los supuestos básicos de dicho orden”.<sup>75</sup>

Si bien razones de muy diversa naturaleza nos condujeron a elegir este marco teórico, creemos pertinente explicar aquellas que fueron determinantes e inclinaron finalmente nuestra balanza hacia el empleo de conceptos bourdianos.

Hay que reconocer que el leer a otros investigadores sociales (como el ya ampliamente citado Roberto Castro) dedicados al estudio de cuestiones relacionadas con la práctica de la medicina, tuvo un peso importante a la hora de escoger la perspectiva teórica para abordar el asunto que nos ocupa, pero lo que acabó por convencernos, fue lo recabado en las entrevistas exploratorias mencionadas en el capítulo anterior.<sup>76</sup>

---

<sup>74</sup> Castro, Roberto, “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, *Revista Mexicana de Sociología*, núm. 2, Vol. 76, México, UNAM/IIS, abril-junio, 2014, p.176.

<sup>75</sup> Erviti, Joaquina, Roberto C., Sosa I., “Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México”, en: *Estudios Sociológicos*, COLMEX, Vol. XXIV, núm.72, septiembre-diciembre de 2006, p.641.

<sup>76</sup> En el apartado intitulado “Sobre la metodología empleada”, que se encuentra en el primer capítulo de esta tesis, explicamos que la primera de ellas fue realizada a un estudiante de medicina extranjero (argentino) que acababa de terminar el año como interno de pregrado en un hospital público, y estaba a punto de trasladarse a la sierra oaxaqueña a realizar su servicio social, y que antes de estudiar medicina en México se recibió de antropólogo en Argentina; la segunda a un ginecoobstetra que trabajó algunos años en el ISSSTE y actualmente trabaja en su consultorio privado y hace cirugías en casi todos los hospitales privados que los diferentes planes del seguro médico privado de GNP ofrece; la tercera a un patólogo general que trabajó durante 10 años en el Hospital de Ginecología y Obstetricia n° 4 del IMSS y actualmente labora en el Centro Médico Siglo XXI, y la cuarta a una ginecoobstetra que trabaja de lunes a viernes en un hospital de salubridad del estado de México, y dos veces por semana en la tarde en su consultorio privado.



A continuación, daremos cuatro ejemplos de fragmentos extraídos de dichas entrevistas, con el fin de ilustrar de qué forma lo escuchado influyó en la toma de esa decisión.

### **E-1**<sup>77</sup>

El entrevistado, quien manifestó al inicio de nuestra plática tener una postura crítica frente a la excesiva medicalización durante el embarazo y el parto, y con el cual estábamos conversando acerca del maltrato psicológico del que muchas mujeres son objeto en las salas de labor y expulsión, al relatar el caso de una paciente cuyo hijo nació por parto natural, pero sufrió complicaciones respiratorias por una doble circular del cordón umbilical, y mientras me comentaba indignado cómo la obstetra se la había pasado gritándole a la paciente todo el tiempo acusándola de no pujar correctamente, agregó:

Y te juro que era una mujer tan dócil, tan colaboradora. Hacía todo lo que le decían y no se merecía que la trataran así. Porque te juro que hay gente conflictiva, que no colabora. Pero esta mujer no.

### **E-2**

Es que las mujeres llegan a urgencias a parir, y a veces no se han atendido nunca en el hospital durante el embarazo, entonces no hay expediente, se les abre en ese momento. Y tú no sabes si el embarazo fue normal o qué, y pues mejor le haces una cesárea y te quitas de líos.

### **E-3**

No sé cómo decirte esto sin que suene a que los patólogos somos unos mamones, pero la verdad es que los ginecoobstetras suelen ser los más burritos de la facultad.

### **E-4**

Me tocó enterarme en muchas ocasiones que médicos que trabajan en el turno de la noche<sup>78</sup> a veces llegan de sus otros trabajos muy cansados y necesitan dormir porque no pueden atender a nadie en esas condiciones. Entonces dan la orden a los residentes de que rechacen a la mayor cantidad posible de pacientes. Entonces llegan las personas y se les

---

<sup>77</sup> La letra E se utiliza como abreviatura de entrevista, con lo que E-1 hace referencia a entrevista exploratoria 1, E-2 a entrevista exploratoria 2, y así sucesivamente.

<sup>78</sup> Ese turno comprende el horario de 9 de la noche a 9 de la mañana, pero quienes lo cubren sólo trabajan tres veces a la semana en el hospital. Los que están contratados para trabajar en turnos de 8 horas, lo hacen cinco veces a la semana.

dice que ya no hay lugar. Te diré que en un 90% de los casos son pacientes obstétricas. Y pues se van y empiezan a deambular de un hospital a otro para ver en cuál las aceptan para parir.

Si bien aquí se presentan tan sólo cuatro ejemplos, en las entrevistas exploratorias se narraron otras situaciones que nos hicieron pensar en cuestiones de “jerarquía”, “lucha”, “subordinación”, “dominación” y “saberes en juego” al interior de las instituciones de salud.

Como lo expresamos anteriormente, estos hallazgos sumados a la revisión bibliográfica sobre el estudio de la práctica médica, nos llevaron a decidir guiar esta investigación mediante los conceptos de *habitus*, campo, capital y violencia simbólica utilizados por Pierre Bourdieu, poniendo énfasis en prestar especial atención a la existencia de elementos que pudieran insinuar la posibilidad de concebir a la práctica de la Ginecoobstetricia como un subcampo de la medicina en general. Lo anterior, obedece a que el propio Bourdieu subrayó en repetidas ocasiones la conveniencia de organizar los análisis sociológicos alrededor de la noción de campo:

La noción de campo nos recuerda que el verdadero objeto de la ciencia social no es el individuo, si bien no es posible construir un campo sino a través de individuos, ya que la información necesaria para el análisis estadístico en general está ligada a los individuos o las instituciones. Es el campo el que primariamente es y debe ser foco de las operaciones de investigación. Esto no implica que los individuos sean meras "ilusiones", que no existan; existen como *agentes* -y no como individuos biológicos, actores o sujetos- que están socialmente constituidos en tanto que activos y actuantes en el campo en consideración por el hecho de que poseen las propiedades necesarias para ser efectivos, para producir efectos, en dicho campo. Y es el conocimiento del campo mismo en el que evolucionan lo que nos permite captar mejor las raíces de su singularidad, el *punto de vista* o posición (en el campo) desde el cual se construye su particular visión del mundo (y del campo mismo).<sup>79</sup>

Por otra parte, lo revelado en las entrevistas exploratorias confirmó que el espacio que debíamos observar era el hospital, y dentro de él a los involucrados en la atención del embarazo y el parto, particularmente a los médicos en diferentes grados de formación que

---

<sup>79</sup>Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc, J.D., *Una invitación a la sociología reflexiva*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, 2012, p.146.

intervienen en ese proceso. Pero... ¿En qué hospital? ¿Privado, público, de tercer nivel, de segundo? Esto se explica más adelante.

Ya con Bourdieu en mente, construimos las siguientes preguntas para guiar la investigación:

- ¿Qué de la construcción del *habitus* asociado con la práctica médica de los ginecoobstetras, podría estar determinando que algunos de los criterios técnicos/fisiológicos que deberían emplearse para decidir la realización de una cesárea, e incluso han sido formalizados mediante la creación de diversos protocolos y normas oficiales, estén siendo desplazados por otro tipo de criterios?
- En términos de la construcción del *habitus* profesional ¿Cuál es el papel de los elementos ocultos, no escritos, que intervienen en la formación intrahospitalaria de estudiantes, internos de pregrado y residentes?
- Más allá de la valoración estrictamente fisiológica que les permite dar seguimiento al estado de salud de las pacientes ¿Qué otros esquemas aplican los profesionales de la medicina ginecoobstétrica para clasificar a la diversidad de personas que atienden?<sup>80</sup>
- ¿Cuáles son las relaciones y las luchas que definen la práctica de la Ginecoobstetricia?

Una vez que logramos delimitar que la práctica médica de ginecoobstetras sería nuestro objeto de estudio sociológico, llegó el momento de decidir en qué institución de salud se llevaría a cabo el trabajo de campo.

---

<sup>80</sup> En términos de Bourdieu, el *habitus* es definido de la siguiente forma: “Estructura estructurante, que organiza las prácticas y la percepción de las prácticas, el *habitus* es también estructura estructurada: el principio de división en clases lógicas que organiza la percepción del mundo social es a su vez producto de la incorporación de la división de clases sociales.”, en: Bourdieu, Pierre, *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, México, Taurus, 2012, p.201.

Entonces surgió la idea de aceptar el ofrecimiento hecho por una ginecoobstetra que participó en las entrevistas exploratorias.<sup>81</sup> Esta doctora mostró gran interés por el tema, y al enterarse de que yo no sabía aún si realizaría mi trabajo en un hospital de salubridad, en uno del IMSS o en uno del ISSSTE,<sup>82</sup> me ofreció ir a visitar el hospital en el que ella trabajaba, y me dijo con tono solemne:

*-Para que te des cuenta de cómo es esto realmente.*<sup>83</sup>

### ***¿Por qué Pierre Bourdieu? Un acercamiento posible al análisis de la práctica médica***

#### ***Habitus, campo, capital y violencia simbólica.***

Según nos muestra Pierre Bourdieu en diferentes momentos de su obra, los conceptos *habitus*-campo-capital están indisolublemente ligados en el marco explicativo que nos propone. No obstante, en primer lugar los definiremos brevemente por separado, para acabar mostrando su interrelación y la pertinencia de utilizarlos con el fin de comprender la lógica de las prácticas, específicamente las que aquí nos convocan, es decir, aquellas ligadas al ejercicio de la medicina ginecoobstétrica. También daremos cuenta del concepto de violencia simbólica que estaremos empleando a lo largo de este trabajo.

El concepto de *habitus* remite a un conjunto de disposiciones mentales resultantes “de la interiorización de una multiplicidad de estructuras externas”<sup>84</sup> que anclan además en lo físico, es decir, en el cuerpo, porque no sólo se trata de formas de pensar, percibir, hablar, sino también de moverse, caminar, comer, vestirse, cuidarse etc.

---

<sup>81</sup> Citada anteriormente como E-4.

<sup>82</sup> Nunca contemplamos la posibilidad de investigar en un hospital privado, porque lo que nos llamó la atención es que el fenómeno de incremento de cesáreas se estaba dando ya de manera muy acelerada en el sector público.

<sup>83</sup> El hospital X (cuya identidad me comprometí a no revelar, así como tampoco la de los trabajadores que colaboraron conmigo, ni la de los pacientes) cuenta con cuatro servicios: Ginecoobstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Pediatría. Además de ser un hospital general dependiente del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) que atiende a población abierta, se inscribe en la categoría de “Hospital amigo del niño y de la madre” (lo cual significa que cuenta con una normativa escrita para alentar la lactancia materna y una acreditación que se otorga luego de una serie de evaluaciones que se realizan). Durante la entrevista exploratoria, la doctora, a quien a lo largo de esta tesis llamaremos PANDORA, comentó que en el hospital X, el 50% de los embarazos acaban en cesárea, y que lo ideal sería que no más del 20% se resolviera por esa vía.

<sup>84</sup> Bourdieu, Pierre, Wacquant, Loïc, J.D., *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, México, Grijalvo, 1995, p.25.

El *habitus* se va constituyendo en cada persona a partir de su llegada a este mundo, y siempre se relaciona con la posición que el sujeto ocupa en el espacio social. Según Bourdieu, “la identidad social se define y se afirma en la diferencia”.<sup>85</sup> Y se refiere a diferencias de todo tipo: de clase, de género, de edad, etc.

Bourdieu observa que buena parte de estas diferencias tienden a percibirse equivocadamente como “naturales”, pero que en realidad no son más que “productos sistemáticos de los *habitus* que, percibidos en sus mutuas relaciones según los esquemas del *habitus*, devienen sistemas de signos socialmente calificados (como “distinguidos”, “vulgares”, etc.)”<sup>86</sup>

Al utilizar el concepto de *habitus* para dar cuenta de la constitución social del gusto, Bourdieu señala que la clase, al “hacerse cuerpo”, expresa justamente toda una relación con él, toda una forma de tratarlo, “de cuidarlo, de nutrirlo, de mantenerlo, que es reveladora de las disposiciones más profundas del *habitus*”.<sup>87</sup>

En el ámbito de la sociología médica, por ejemplo, algunos autores afirman que, en general, existen maneras diferenciales de percibir los procesos de salud-enfermedad, dependiendo del grupo social al que se pertenezca,<sup>88</sup> ya que, al contrario de lo que ocurre en las clases sociales altas, en donde se suele tener una actitud muy reflexiva con el cuerpo, en las clases más bajas, en general, se actúa diferente, ya que una auto-consciencia muy marcada al respecto no sería compatible con el uso intensivo del mismo.

Sin embargo, es importante aclarar que la propuesta de Bourdieu no debería ser entendida como determinista, dado que el *habitus* “[...] será a un tiempo posibilitador y determinador. Se presentará como un conjunto de elementos susceptibles de transformar aquello que los ha producido, al tiempo que permitirá actuar en un cierto espacio de los posibles”.<sup>89</sup>

---

<sup>85</sup> Bourdieu, Pierre, *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*, Madrid, Taurus, 2002, p.170.

<sup>86</sup> *Ibíd.*, pp.171-172.

<sup>87</sup> *Ibíd.*, p.188.

<sup>88</sup> Sobre este tema, consultar: Castro, Roberto, *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, Cuernavaca, CRIM-UNAM, 2000.

<sup>89</sup> Sosa Fuentes, Sylvia Maribel, *Esbozo de la práctica sociológica en México*, Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2016, p.9.

Funcionará entonces “como ‘sentido de la práctica’, como orientador para la acción, pero nunca como determinación”.<sup>90</sup>

Otra cuestión importante que apunta Bourdieu, está en relación con la forma casi reactiva en la que, la mayoría de las veces, opera el *habitus*, y apunta que la eficacia de sus esquemas radica en el “[...] hecho de que funcionan más allá de la conciencia y del discurso, luego fuera de las influencias del examen y del control voluntario”.<sup>91</sup>

Los ejemplos abundan, pero para el caso de la medicina ginecoobstétrica, podemos pensar en ciertas maniobras que se llevan a cabo en un quirófano, las cuales se realizan de manera semiautomática sin detenerse a reflexionar sobre cada una ellas. Esto mismo ocurre cuando interrogan a las pacientes. Hay preguntas que son hechas para completar el expediente, y se repiten sin pensar, aún en ocasiones donde resulta absurdo hacerlas.

\*\*\*

Al referirse al concepto de campo, Bourdieu lo define como “una red de relaciones objetivas (de dominación o subordinación, de complementariedad o antagonismo, etc.) entre posiciones”,<sup>92</sup> un espacio en el cual se desarrolla una lucha en torno a un bien escaso.

La idea de “bien escaso” alrededor del cual se organizan las luchas, parte de que todos los tipos de capital, y por supuesto también aquellos relativos a cada campo, que incluso pueden ser eficientes sólo dentro de un campo en específico, están siempre desigualmente distribuidos.

Aunque esto no puede determinarse *a priori*, podemos por ejemplo preguntarnos ¿qué necesitaría un aspirante a una residencia médica para acumular la mayor cantidad posible de capitales específicos que le permitieran triunfar en el ámbito de la especialidad elegida?

---

<sup>90</sup> *Ídem.*

<sup>91</sup> Bourdieu, Pierre, *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*, Op.Cit., p.477.

<sup>92</sup> Bourdieu, Pierre, *Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario*, Barcelona, Anagrama, 1997, p.342.

Tal vez lo primero sería ser capaz de hacer un diagnóstico certero, y quizá esto se le facilitaría accediendo, por sus calificaciones en el examen de residencia, a la mejor plaza posible en donde encontrar a los maestros más calificados y de mayor prestigio.

Bourdieu nos brinda dos ejemplos muy ilustrativos que, si bien pertenecen a otros campos, arrojan luz sobre cualquier tipo de bien escaso en juego:

Yo mismo he participado de la ilusión del “comunismo cultural” (o lingüístico). Los intelectuales piensan espontáneamente la relación con la obra de arte como una participación mística en un bien común, sin escasez. Todo mi libro se dedica a poner de manifiesto que el acceso a la obra de arte requiere instrumentos que no se hayan universalmente distribuidos. Y, en consecuencia, que los que poseen estos instrumentos se aseguran beneficios de distinción, beneficios tanto mayores cuanto más escasos son estos instrumentos (como los que son necesarios para entender las obras de vanguardia).<sup>93</sup>

La obsesión del comunismo lingüístico, que obsesiona a la lingüística, es la ilusión de que todos participan del lenguaje como disfrutan del sol, del aire o del agua; en una palabra, de que el lenguaje no es un bien escaso. En realidad, el acceso al lenguaje legítimo es muy desigual y la competencia teóricamente universal, a pesar de ser liberalmente distribuida a todos por los lingüistas, es de hecho monopolizada por unos cuantos.<sup>94</sup>

Por lo tanto, en esta lucha en torno al bien escaso que se halla en disputa, los diversos actores emplearán estrategias diferentes para apropiárselo, las cuales dependerán tanto de su trayectoria social, como de la posición que ocupen dentro del campo.

[...] las estrategias del “jugador” y todo lo que define su “juego” dependen, de hecho, no sólo del volumen y de la estructura de su capital *en el momento considerado* y de las posibilidades de juego que aquéllas aseguran [...], sino también de la *evolución en el tiempo* del volumen y la estructura de su capital, es decir, de su trayectoria social y de las disposiciones (*habitus*) que son constituidas en la relación prolongada con cierta estructura objetiva de posibilidades.<sup>95</sup>

---

<sup>93</sup> Bourdieu, Pierre, *Cuestiones de sociología*, Madrid, Akal Itsmo, 2008, p.11.

<sup>94</sup> Bourdieu, Pierre, Wacquant, Loïc, J.D., *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, Op. Cit., 1995, p.105.

<sup>95</sup> *Ibíd.*, pp. 65-66.

Y en esta lógica campal de lucha continua, “los dominantes son, pues, aquellos que, mediante su poder (capital), determinan las fronteras del campo al establecer los criterios válidos para el ingreso, la obtención de recompensas, y la permanencia. Bourdieu denomina *doxa* a estos criterios”.<sup>96</sup>

\*\*\*

A la hora de referirse a los tipos de capital, Bourdieu reconoce los siguientes: el **económico**, el cual se relaciona directamente con el dinero y la propiedad, el **social**, “constituido por la totalidad de los recursos potenciales o actuales asociados a la posesión de una red duradera de *relaciones* más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos”,<sup>97</sup> el **cultural**, el cual divide en “incorporado” (educación familiar y escolar, conocimientos estéticos en general) “objetivado” (por ejemplo obras de arte, computadoras, instrumentos, libros, etc.) e “institucionalizado” (títulos académicos), y el **simbólico**, que no es más que el reconocimiento asociado con cualquiera de las otras tres formas de capital, es decir:

El capital simbólico proporciona formas de dominación que implican la dependencia con respecto a aquellos que permite dominar: en efecto, sólo existe en y por medio de la estima, el reconocimiento, la fe, el crédito y la confianza de los demás, y sólo puede perpetuarse mientras logra obtener la fe en su existencia.<sup>98</sup>

Es importante además comprender, que todas las formas de capital se determinan mutuamente y operan, por llamarlo de algún modo, de manera simultánea. Por ejemplo, un joven estudiante nacido en el seno de una familia de clase alta con un sólido capital cultural, podría tener, gracias al tiempo del cual dispone por no necesitar un trabajo para mantenerse en esa etapa de su vida, mayores posibilidades de acceder fácilmente a un doctorado en una Universidad prestigiosa (lo cual le imprimiría a su vez un alto valor simbólico a su capital cultural institucionalizado) que alguien nacido en el seno de una familia de clase media con un capital cultural también amplio.

---

<sup>96</sup> Galindo, Jorge, *Entre la necesidad y la contingencia: Autoobservación teórica de la sociología*, Rubí (Barcelona): Anthropos Editorial; México: UAM, Unidad Cuajimalpa, 2008, p.141.

<sup>97</sup> Bourdieu, Pierre, “Las formas del capital. Capital económico, capital cultural y capital social”, en: *Poder, derecho y clases sociales*, Bilbao, Desclée, 2000, p.148.

<sup>98</sup> Bourdieu, Pierre, *Meditaciones pascalianas*, Barcelona, Anagrama, 1999, p.220.



Lo anterior no significa que este último jamás conseguiría estudiar un doctorado en una Universidad de esas características. Podría obtener una beca, y al recibirse ascender profesionalmente (lo cual generaría un incremento en su capital económico) y esto último derivar en un aumento de su capital social, al comenzar a relacionarse con actores de gran prestigio en el ámbito de su profesión.

Por otra parte, una persona nacida en una familia de escasos recursos materiales y con un reducido capital cultural, además de contar con limitantes materiales, difícilmente, según Bourdieu, se interesaría, es decir, desarrollaría una *illusio* tendiente a contar con una formación universitaria. Ello no quiere decir que esto no ocurra, sólo que, en términos estadísticos, existen menos probabilidades de que suceda.

Otro concepto que estaremos empleando a lo largo de este trabajo, es el de violencia simbólica, definido por Bourdieu de la siguiente manera:

La violencia simbólica es esa coerción que se instituye por mediación de una adhesión que el dominado no puede evitar otorgar al dominante (y, por lo tanto, a la dominación) cuando sólo dispone, para pensarlo y pensarse o, mejor aún, para pensar su relación con él, de instrumentos de conocimiento que comparte con él y que, al no ser más que la forma incorporada de la estructura de la relación de dominación, hacen que ésta se presente como natural; o, en otras palabras, cuando los esquemas que pone en funcionamiento para percibirse y evaluarse, o para percibir y apreciar a los dominantes (alto/bajo, masculino/femenino, blanco/negro, etcétera) son el fruto de la incorporación de clasificaciones que así quedan naturalizadas, cuyo fruto es su ser social.<sup>99</sup>

Durante nuestra exposición, iremos dando cuenta del empleo de este tipo de violencia en el ejercicio de la medicina ginecoobstétrica.

---

<sup>99</sup> *Ibíd.*, pp.224-225.

\*\*\*

Una vez definidos los conceptos de *habitus*, campo, capital y violencia simbólica, se puede percibir ya su interrelación. Dice Bourdieu:

[...] los conceptos sólo pueden tener una definición sistemática y son creados para emplearse en una forma sistemáticamente empírica. Nociones como la de *habitus*, campo y capital pueden ser definidas, pero sólo dentro del sistema teórico que ellas constituyen; jamás en forma aislada.<sup>100</sup>

Entonces, recapitulando, existen sujetos (a los que llamaremos agentes, como lo hace Bourdieu) con su respectivo *habitus*, el cual se ha ido construyendo (y así seguirá) a lo largo de su existencia. Paralelamente, irán acumulando diferentes formas de capital y en diversos grados, y tarde o temprano participarán muy probablemente en algún o algunos campos de lucha.

Veamos entonces a continuación, algo esquemáticamente y de manera un tanto simplificada, cómo podemos saber, utilizando la lógica bourdiana, que nos encontramos frente a un campo.

### ***Lógica y propiedades de los campos***

Bourdieu concibe a los campos como “espacios estructurados de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en estos espacios, y que pueden ser analizadas independientemente de las características de sus ocupantes (que en parte están determinadas por las posiciones)”.<sup>101</sup> El concepto de campo es claramente relacional, en tanto que remite a un espacio estructurado de posiciones, y permite observar las relaciones que se producen y reproducen, a su vez, al campo mismo.

Para poder determinar la existencia de un campo, debemos identificar al menos lo siguiente:

---

<sup>100</sup> Bourdieu, Pierre, Wacquant, Loïc, J.D., *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, Op. Cit., 1995, p.63.

<sup>101</sup> Bourdieu, Pierre, *Cuestiones de sociología*, Op. Cit., p.112.

<b>Elementos</b>	<b>Definición</b>
Lucha	[...] sabemos que en todo campo encontraremos una lucha, cuyas formas específicas hay que investigar en cada caso, entre el nuevo ingresado, que trata de hacer saltar los cerrojos de la cuota de ingreso, y el dominante, que trata de defender el monopolio y de excluir la competencia. <sup>102</sup>
Capital específico	[...] hablar de capital específico significa decir que el capital vale <i>en relación con</i> un campo determinado –por tanto en los límites de ese campo– <sup>103</sup> Y siempre está desigualmente distribuido.
Objetos en juego e intereses específicos de ese campo	Un campo, así sea el campo científico, se define entre otras cosas definiendo objetos en juego [ <i>enjeux</i> ] e intereses específicos que son irreductibles a los objetos en juego [ <i>enjeux</i> ] y a los intereses propios de otros campos (no se puede hacer correr a un filósofo tras los objetos en juego [ <i>enjeux</i> ] de los geógrafos), y que no son percibidos por nadie que no haya sido construido para entrar en el campo [...]. <sup>104</sup>
Sujetos con <i>Illusio</i> asociada a ese campo	Para que un campo funcione, es preciso que haya objetos en juego [ <i>enjeux</i> ] y personas dispuestas a jugar el juego, dotadas con los <i>habitus</i> que implican el conocimiento y el reconocimiento de las leyes inmanentes del juego, de los objetos en juego [ <i>enjeux</i> ], etc. <sup>105</sup>

Según Bourdieu, todos los campos son, [...] “respecto a los poderes económicos y políticos” [...],<sup>106</sup> relativamente autónomos. Es decir, “sus relaciones con otros campos delimitan su autonomía y por eso se puede decir que sólo aspiran a una autonomía relativa”<sup>107</sup>, la cual les permite definir sus particulares reglas de juego.

<sup>102</sup> *Ibid.*, p.113.

<sup>103</sup> *Ibid.*, p.114.

<sup>104</sup> *Ídem.*

<sup>105</sup> *Ídem.*

<sup>106</sup> Bourdieu, Pierre, *Meditaciones pascalianas*, *Op. Cit.*, p.36.

<sup>107</sup> Galindo, Jorge, *Entre la necesidad y la contingencia: Autoobservación teórica de la sociología*, *Op. Cit.*, p.141.

## ***El ¿subcampo? de la medicina ginecoobstétrica. Una caracterización pendiente.***

*En el trabajo de investigación empírica, la construcción de un campo no se lleva a cabo por medio de un acto de decisión” [...]. Solamente estudiando cada uno de estos universos, podemos determinar cómo son constituidos concretamente, en dónde terminan, quiénes forman parte y quiénes son excluidos de ellos, y si realmente constituyen un campo.*

Bourdieu, Pierre, Wacquant, Loïc, J.D.,

*Respuestas. Por una antropología reflexiva*

Como narramos al comienzo de este capítulo, una vez que logramos delimitar como objeto de estudio sociológico la práctica médica de ginecoobstetras, y que sería mediante los conceptos bourdianos que lo abordaríamos, tomamos la decisión de llevar a cabo las observaciones en un hospital general del estado de México que una de las personas entrevistadas en la fase exploratoria ofreció como espacio de investigación.

Al poco tiempo de haber iniciado el trabajo en el hospital, ya había sido testigo de diversas disputas y de la manera apasionada con la que algunos agentes participaban en el “juego”. Me pregunté entonces ¿Estaremos efectivamente ante lógicas de campo? De ser ese el caso, ¿La medicina ginecoobstétrica efectivamente conforma un subcampo de la medicina? ¿Eso mismo pasará con cada especialidad médica? Dice Bourdieu:

En la práctica se planteará la cuestión de los límites del campo, asunto en apariencia positivista, al cual es posible dar una respuesta teórica (el límite de un campo es el límite de sus efectos o, en el otro sentido, un agente o una institución forma parte de un campo en la medida en que sufre y produce efectos en el mismo), contestación susceptible de orientar estrategias de investigación encaminadas a encontrar respuestas fácticas. A consecuencia de ello, uno casi siempre se enfrentará a la alternativa: análisis intensivo de una fracción prácticamente tangible del objeto o análisis extensivo del objeto verdadero.<sup>108</sup>

---

<sup>108</sup> Bourdieu, Pierre, Wacquant, Loïc, J.D., *Respuestas. Por una antropología reflexiva, Op. Cit.*, 1995, p.173.

A lo largo de esta investigación, desde las entrevistas exploratorias, pero fundamentalmente durante el trabajo de observación realizado en el área de Urgencias del hospital, surgieron algunos elementos (luchas, capitales específicos, objetos en juego, sujetos con *Illusio*) que bien podrían indicar la existencia de un subcampo, razón por la cual decidimos utilizar esta herramienta bourdiana para tratar de dar cuenta del problema que nos ocupa: el incremento de cesáreas clínicamente injustificadas en hospitales públicos.

Lo anterior, aún a sabiendas de que no es posible comprobar la existencia de un campo o subcampo a partir del estudio de un solo caso<sup>109</sup>. Se requeriría llevar a cabo una investigación más general, y eso excede por demás los alcances de esta tesis.

Además, no debe perderse de vista que el trabajo de observación se desarrolló en un hospital general del estado de México que atiende a población abierta, con dinámicas institucionales probablemente muy distintas a las de otros hospitales que también brindan atención en dicha especialidad a personas sin cobertura médica alguna,<sup>110</sup> o bien a las de aquellos que dependen del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre otros.

Hecha la aclaración, es importante subrayar que aunque no sea posible en el marco de esta investigación comprobar empíricamente que nos encontramos ante un subcampo, basándonos en los elementos hallados supondremos su existencia. Lo anterior, con el propósito de identificar al menos algunas relaciones y prácticas que, mediante el sólo empleo de la numerosa información estadística disponible sobre el incremento de cesáreas en México, no alcanzaríamos a vislumbrar.

---

<sup>109</sup> Ya que un grupo de médicos del turno matutino de un hospital no puede considerarse como representativo.

<sup>110</sup> Piénsese, por sólo dar un ejemplo, en el Instituto Nacional de Perinatología, que también atiende a población abierta, pero que tiene una serie de programas de investigación que otras instituciones de salud no poseen, lo cual probablemente comporta diferentes luchas (y por ende capitales en juego de otra índole).

### *Capítulo III.*

#### *Estudio de caso:*

#### *Servicio de ginecología y obstetricia de un hospital general del Estado de México (turno mañana)*

## **LA CONSULTA EXTERNA**

*El conocimiento del modelo permite comprender  
cómo puede suceder que los agentes [...] sean lo que son y hagan lo que hacen*

Pierre Bourdieu, *Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario*

Como ya se mencionó, finalmente decidimos hacer el trabajo de campo en el hospital X,<sup>111</sup> luego de que una doctora con la que conversé durante la realización de entrevistas exploratorias, mostró un gran interés por el tema y me ofreció asistir al hospital X a realizar las observaciones.

Dicho hospital cuenta con cuatro servicios: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Pediatría. Además de ser un hospital general dependiente del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) que atiende a población abierta, se inscribe en la categoría de “Hospital amigo del niño y de la madre” (lo cual significa que cuenta con una normativa escrita para alentar la lactancia materna y una acreditación que se otorga luego de una serie de evaluaciones que se realizan).

Durante la entrevista exploratoria, la doctora, a quien a lo largo de esta tesis llamaremos PANDORA, comentó que en el hospital X, el 50% de los embarazos acaban en cesárea, y que lo ideal sería que no más del 20% se resolviera por esa vía.

---

<sup>111</sup> Cuya identidad me comprometí a no revelar, así como tampoco la de los trabajadores que colaboraron conmigo, ni la de los pacientes.

La doctora PANDORA,<sup>112</sup> tiene 48 años y trabaja en el hospital X desde hace una década ocupando el cargo de Médico Adscrito de Ginecología y Obstetricia.

Estudió medicina en la UNAM, hizo su internado de pregrado<sup>113</sup> en el Hospital General de México, donde además comenzó su residencia,<sup>114</sup> la cual concluyó en el hospital X ubicado en el Estado de México.

PANDORA trabaja de lunes a viernes en el turno matutino, de 7 de la mañana a 3 de la tarde. Sus labores en el hospital X se organizan del siguiente modo: lunes, miércoles y viernes atiende la consulta externa. Los martes asiste a quirófano a realizar las cirugías programadas y las urgencias que se presenten, y los jueves trabaja en el área de hospitalización. Todo esto lo combina con una serie de actividades de docencia que lleva a cabo con médicos residentes, internos de pregrado y estudiantes de medicina.

PANDORA además tiene un consultorio en el ámbito privado, en el cual trabaja los lunes y viernes desde las 4 de la tarde hasta las 8 de la noche, y los sábados por la mañana.

Debo admitir lo sorprendente que fue para mí lo observado en los primeros acercamientos al hospital a través de la consulta externa.

Iba yo con la idea de poder constatar si existía algún tipo de coerción desde los consultorios para convencer a las pacientes de realizarse una operación cesárea clínicamente injustificada. Pero nada de eso ocurrió.

---

<sup>112</sup> Se utilizarán nombres ficticios para todos los actores observados.

<sup>113</sup> “El internado médico de pregrado, es un ciclo académico **teórico práctico** que se realiza durante un **año consecutivo** como parte de los planes de estudio de la Licenciatura en Medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y a la obtención del título respectivo. Se considera “**interno de pregrado**” al alumno que ha acreditado los ciclos académicos del plan de estudios de la Institución Educativa que procede y se incorpora como becario a las unidades hospitalarias del Sector Salud convenidas para su educación y adiestramiento.”

Tomado de: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=65>, el 17 de mayo de 2013)

<sup>114</sup> “Conjunto de actividades que deba cumplir un médico residente en período de adiestramiento para realizar estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.” Un médico residente es “un profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora de residentes para cumplir con una residencia”. (tomado de: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=64>, 17 de mayo del 2013)

En el tiempo que estuve trabajando en ese espacio, no observé que se tomara esa decisión a priori (a menos que se tratara de un caso de embarazo de alto riesgo o que se detectara alguna complicación).

Más tarde, ya realizando observaciones en el área de Urgencias, comprendí que en ese hospital el lugar en el que mayormente se decide la pertinencia de llevar a cabo una cesárea (sea justificada o no) son las salas de labor, porque como veremos más adelante, es en ese espacio donde en general se activan con mayor frecuencia las disposiciones del *habitus* asociadas con la práctica de cesáreas.

Al llegar al hospital X, debe recorrerse una explanada de concreto que conduce a la puerta de cristal de la entrada principal. En ella hay un dibujo en color blanco de 2 madres amamantando a sus hijos, con la siguiente leyenda “Hospital amigo del niño y de la madre. Lecha materna es vida, salud y amor”.

En ambos lados de la fachada del edificio, dos gigantescas mantas suscritas por el Gobierno del Estado de México, la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud del Estado de México y el laboratorio Sanofi Aventis, con una enorme fotografía de una mujer de rasgos indígenas cubierta con un rebozo, anuncian: *Cristina, 50 años, superviviente cáncer cérvico uterino*, y más abajo otra frase: *Sobrevivir es bueno, detectar a tiempo es mejor. En el Estado de México venciendo juntos al cáncer de la mujer.*

Antes de atravesar la puerta, puede verse colgando de la pared lateral una manta con los 10 derechos generales de los pacientes.<sup>115</sup>

En el vestíbulo principal se encuentra un área de cajas. Aunque se trata de un hospital público algunas personas pagan un arancel<sup>116</sup> por recibir atención médica y realizarse estudios.

---

<sup>115</sup> Ver anexo B, en el que se detallan esos derechos.

<sup>116</sup> La lista de precios publicada en caja y firmada por el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) decía: 1) Consulta general \$70.00, Consulta de urgencias \$110.00, Consulta de especialidad \$110.00, Consulta subsecuente \$70.00.



En ese mismo vestíbulo hay un módulo de afiliación al *Seguro Popular*, un gabinete con una calcomanía en la puerta con la emblemática cinta roja que da a entender que allí funciona el programa de atención de pacientes con VIH y una pequeña tienda de abarrotes con una fotocopidora.

En el resto de la planta baja, la cual tiene una agradable vista al jardín que se encuentra en el centro de la construcción, se ubican la farmacia, el laboratorio, la unidad de medicina preventiva, la biblioteca, el auditorio y dos baños para uso exclusivo del personal del hospital. Allí puede verse, abandonada en una esquina poco transitada, una señalización con el directorio de servicios de consulta externa (la cual tendría sentido si se ubicara frente a las escaleras que conducen a dicho servicio) El cartel indica el número de los consultorios asociados con cada una de las especialidades:

- 1- Pediatría
- 2- Cirugía general
- 3- Medicina Interna
- 4- Consulta máxilo facial
- 5- Programa SAI
- 6- Medicina Interna
- 7- Clínica de displasias
- 8- Ginecología y Obstetricia
- 9- Planificación familiar
- 10- Mujer y salud
- 11- Control del niño sano
- 12- Neurocirugía
- 13- Salud Mental
- 14- Oftalmología
- 15- Urología
- 16- Medicina preventiva
- 17- Urología
- 18- Ortopedia

Al subir a consulta externa se anuncia en un cartel que los consultorios 7, 8, 9 y 10 se agrupan en algo llamado *Módulo Máter*.

La sala de espera correspondiente a estos consultorios (que comparten además con el n° 6 de medicina interna) está provista de 42 asientos bastante cómodos. Se encuentra limpia y bien iluminada, y parte del espacio da hacia el jardín de la planta baja. Cuenta con dos sanitarios para los pacientes, y dos aparatos de televisión (los cuales en general están apagados). Hay una serie de láminas enmarcadas con información diversa, como la exploración clínica de la mama paso a paso (con fotografías a color), una invitación a realizarse periódicamente el Papanicolaou y la lista de “acciones a realizar para una vigilancia con calidad del embarazo”.

En la puerta del consultorio n° 8 cuelga el siguiente cartel:

**ATENTO AVISO**

Las pacientes que cumplan con los siguientes requisitos podrán recibir atención gratuita del parto:

- Asistir a 5 o más consultas prenatales
- Haber recibido pláticas del *Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre*
- Estar usando el carnet prenatal y la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer

\*\*\*

El primer día que me presenté en el servicio de consulta externa del hospital X, eran las 8:30 a.m. y en la sala de espera había 24 mujeres (algunas con niños, desde recién nacidos hasta los 4 años de edad aproximadamente) y 3 hombres.

Le envié un mensaje por celular a PANDORA para avisarle que había llegado un poco antes pero que allí la esperaría (ya que ella pasa visita entre las 7 y las 9 de la mañana a las pacientes internadas y luego se dirige a dar consulta). Diez minutos después llegó PANDORA y me invitó a pasar a la Unidad de Enseñanza Médica para presentar copia de la carta de la UNAM que, según ella había averiguado con el Jefe de Ginecología y Obstetricia, se para realizar el trabajo de campo en el hospital.

La Jefa de Enseñanza nos recibió amablemente. PANDORA me presentó como “una amiga mía que está haciendo su tesis sobre el trabajo del área de ginecología y obstetricia” (ante todo el mundo ese día y los siguientes me presentó de ese modo). La Jefa de Enseñanza apenas miró la carta y me la devolvió diciendo que eso no le servía para nada, y agregó que necesitaba mi protocolo de investigación para enviarlo a Toluca. Que no fuéramos a pensar que me estaba negando algo, pero que ese era el procedimiento formal y ella tenía que cumplir con la norma. Le dije que no había problema que se lo entregaría en mi siguiente visita. PANDORA preguntó si podía quedarme ese día a observar la consulta externa y la Jefa de Enseñanza dijo que sí, que no había problema, pero que le enviara el protocolo a través de la Doctora (dando a entender que no necesitaba verme nuevamente).

Es importante mencionar que entregué mi protocolo un mes después de haber iniciado mis observaciones en el hospital, y que nunca me respondieron formalmente si podía realizar mi trabajo de campo allí. Al parecer, ser “amiga de la doctora” (bueno al menos de una médica adscrita con 10 años de antigüedad en ese puesto) era mucho más efectivo para legitimar mi presencia que cumplir con los procedimientos formales establecidos por la Jefatura de Enseñanza del hospital.

Saliendo de ahí nos dirigimos al consultorio n°10. Justo se encontraba allí el Jefe de Ginecología y Obstetricia, a quien llamaremos DIONISIOS. PANDORA me presentó y él se mostró muy amable y sorprendido de que una socióloga se interesara por el estudio de la profesión médica. Me dijo que cuando hubiera oportunidad hablaría conmigo para platicarme lo que pensaba del sistema, porque después de 30 años de trabajar en él tenía mucho que decir. Agradecí su disposición y le expliqué que probablemente lo entrevistaría cuando acabara el periodo de observaciones (lo cual calculaba que me tomaría unos dos o tres meses de trabajo en el hospital).

Si bien ya era hora de que PANDORA comenzara a recibir a las pacientes de consulta externa que se atienden en el consultorio N° 10, me dijo que me llevaría a hacer un rápido recorrido por todas las instalaciones del hospital. Me mostró el área vieja del nosocomio y luego la zona remodelada en la que encontramos a varios trabajadores pintando.

Allí me explicó que el hospital se había inundado hacía año y medio al grado de tener que permanecer cerrado varias semanas. Antes de la inundación, había 3 quirófanos para todo el hospital. Desde entonces, han estado utilizando sólo un quirófano improvisado en el área de hospitalización, el cual comparten los tres servicios del hospital que realizan intervenciones quirúrgicas (cirugía, ginecoobstetricia y medicina interna).

Así pues, cuando acaben las remodelaciones, habrá nuevamente tres quirófanos. Me aclaró además que en este momento casi no se estaban programando cirugías (sólo en casos ineludibles) y que las cesáreas que se estaban haciendo en su mayoría eran de emergencia. Más adelante veremos que esto no era necesariamente así.

Terminado el breve recorrido, regresamos al área de consulta externa e ingresamos al consultorio N° 10. Este consultorio se encuentra comunicado con el N° 9 a través de una puerta, el cual a su vez está conectado de la misma forma con el N° 8. En general mantienen estas puertas abiertas, y continuamente hay enfermeras, residentes, estudiantes, etc., transitando de un consultorio al otro.

El consultorio 10 es el más amplio (alrededor de 30 metros cuadrados). Frente a la entrada, hay una pequeña subdivisión con una mampara de madera y acrílico en la que se encuentra la oficina que comparten la trabajadora social y la psicóloga.

En medio del consultorio, tienen un área que se suele dividir con una cortina, en la que está la camilla, el ecógrafo,<sup>117</sup> el colposcopio,<sup>118</sup> una balanza, un negatoscopio<sup>119</sup> y un mueble con una vitrina donde guardan material descartable y algunos medicamentos.

---

<sup>117</sup> “Aparato de diagnóstico electromédico utilizado para realizar ecografías o ultrasonidos, que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para generar secuencias de imágenes de órganos y formaciones dentro del cuerpo tales como: corazón, los riñones, el hígado, entre otros. Este aparato es fundamental para monitorizar el desarrollo del feto durante el embarazo”. Tomado de <https://es.wikipedia.org/wiki/Ec%C3%B3grafo> el 17 de septiembre de 2016.

<sup>118</sup> “Instrumento de aumento con luz que se usa para examinar el interior del cuello uterino, la vagina y la vulva en busca de signos de enfermedad”. Tomado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=46465>, el 17 de septiembre de 2016.

<sup>119</sup> Dispositivo de vidrio esmerilado (que posee una luz interior), diseñado para observar estudios radiológicos.

En general, la cortina se utiliza a la hora de realizar procedimientos que impliquen desnudez (como el Papanicolaou<sup>120</sup> y la colposcopia). Al hacer ultrasonidos externos (no transvaginales) la cortina permanece abierta.

En el otro extremo del consultorio está el escritorio, el cual cuenta con tres cajones atestados de folders con diversos formatos. Hay cuatro sillas (dos de cada lado).

Sobre el escritorio está la máquina de escribir, una perforadora, una engrapadora y plumas. Hay dos mesitas laterales. En una de ellas está la computadora y el teclado (el CPU está en el piso junto a un garrafón de agua y un bote de basura). En la otra mesita hay un teléfono, un calendario con reloj digital incluido y un ventilador. La computadora y la impresora sólo se utilizan para elaborar e imprimir recetas médicas (eso cuando hay sistema, claro) porque la mayoría de las veces los médicos acaban haciendo las recetas a mano. Los expedientes clínicos se llenan forzosamente utilizando la máquina de escribir.

En una esquina frente al escritorio, hay un lavabo con jabón, gel anti bacterial y un pequeño espejo. También hay una tarja en la que lavan el material no desechable que luego se esteriliza, como por ejemplo los espéculos,<sup>121</sup> y junto a ella hay un pequeño baño para las pacientes.

Tienen un radio con reproductor de CD que todo el tiempo está encendido (al igual que el ventilador). El espacio está muy bien iluminado con largos tubos de luz blanca. Los vidrios de la ventana están pintados de negro (debido a que antiguamente ese consultorio era de oftalmología).

PANDORA me explicó que todas las pacientes que llegan a atenderse por primera vez al servicio de ginecoobstetricia, pasan primero por “Planificación familiar” (que funciona en el consultorio N° 9) y luego de que se les abre el expediente y se valora su caso, son canalizadas a la consulta que corresponda.

---

<sup>120</sup> “Procedimiento en el que se usa un cepillo pequeño o una espátula a fin de extraer suavemente células del cuello uterino. Las células extraídas se examinan al microscopio para determinar si hay cáncer de cuello uterino o cambios en las células que puedan producir este cáncer”. Tomado de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=631499> el 17 de septiembre de 2016.

<sup>121</sup> “Instrumento que se introduce en la vagina para realizar exámenes o procedimientos diagnósticos y terapéuticos de cavidades corporales manteniendo abiertos sus orificios de entrada. Puede ser de plástico o metal.” Tomado de: [https://www.ecured.cu/Esp%C3%A9culo\\_\(Medicina\)](https://www.ecured.cu/Esp%C3%A9culo_(Medicina)) el 17 de septiembre de 2016.

A veces son derivadas a alguno de los tres programas que existen: “Adolescencia y embarazo”, “Violencia intrafamiliar” y “VIH y embarazo”.

Luego de ello me presentó a la enfermera en turno, a la psicóloga y a la trabajadora social, a quien llamaremos MEDUSA. Todas me recibieron amablemente, menos la psicóloga, quien me miró con desconfianza y se encerró enseguida en su cubículo. Cabe mencionar que no fue posible interactuar con ella, porque las veces que acudí al consultorio 10, ella estaba en consulta dentro del módulo o realizando gestiones en otra área del hospital.

\*\*\*

Durante mi estancia en el espacio de consulta externa del hospital observé 49 casos, 37 de los cuales (75.5%) involucraron a mujeres en edad reproductiva. Entre este cúmulo de observaciones, decidí narrar en esta tesis cuatro episodios completos ocurridos en las consultas, ya que considero que ilustran y resumen lo observado en la mayoría de los casos.<sup>122</sup> Luego se hará mención de manera muy sucinta a ciertos fragmentos de otras observaciones realizadas en ese mismo espacio.

Aunque la consulta externa no sea el lugar en donde mayormente se decide la pertinencia de realizar una cesárea, lo observado en ese ámbito resulta pertinente para esta investigación, porque deja ver otras disposiciones del *habitus* que aparecen en la interacción de los ginecoobstetras con las pacientes, colegas y otros trabajadores de la salud de diversas jerarquías.

### **El caso de Lucía**

La enfermera le entrega a PANDORA los signos vitales de la paciente, así como su peso y estatura, apuntados en un papelito (ganó tiempo adelantando esta rutina mientras PANDORA acababa la consulta anterior). Lo hizo de forma tan sigilosa y diligente que ni siquiera noté su presencia en el otro extremo del consultorio.

---

<sup>122</sup> Se dejó fuera el programa de VIH y embarazo debido a que sólo presencié dos consultas en el marco de esa modalidad de atención.

Una paciente adolescente con un embarazo visiblemente avanzado (a quien llamaremos Lucía) toma asiento del otro lado del escritorio. Duda cuando le preguntan su edad, pero dice tener 15 años. PANDORA escribe estruendosa y velozmente. Escribe más en los casos de primera consulta porque debe abrir un expediente para la paciente.

Le pregunta a la muchacha dónde nació, y esta responde que en Morelos, y cuenta de paso que hace sólo 3 meses que se ha mudado con su madre y la pareja de ésta al Estado de México. No deja de sonreír amigablemente y alterna su mirada entre PANDORA y yo buscando complicidad. PANDORA la mira muy seria, yo en cambio me contagio y le devuelvo el gesto risueño. Luego bajo la mirada y sigo tomando nota de la situación.

Entonces, PANDORA espeta con tono severo y a la vez maternal – ¿Por qué te embarazaste tan chiquita nena? Lucía se ríe. PANDORA le pregunta el domicilio.

La paciente comienza a explicar que le dicen El Tráfico. PANDORA la interrumpe –No, no, primero dime la calle, luego el número...etc. Lucía no sabe la dirección, sólo sabe que vive en El Tráfico. PANDORA enfadada le pregunta si tiene Seguro Popular. Lucía no sabe qué responder. PANDORA insiste nuevamente preguntándole si porta algún documento que traiga su dirección. La muchacha niega con la cabeza y empieza a ponerse nerviosa. PANDORA le dice – ¿Y entonces a quién quieres que le pregunte?, Lucía responde –A mi mamá.

PANDORA le pregunta qué hace todo el día, y Lucía le explica que nomás está en su casa.

PANDORA – ¿No sabes leer y escribir, verdad?

Lucía – No.

PANDORA – ¿Por qué no te mandaron a la escuela eh?

Lucía – Sí me mandaron, pero no aprendí.

PANDORA – ¿Tienes hijos?

Lucía – Uno.

PANDORA – ¿Cuántos años tiene?

Después de pensarlo unos 20 segundos, Lucía responde –tres.

Con tono reprobatorio, PANDORA le pregunta – ¿Pero a qué edad lo tuviste entonces, a los 12? ¿Y el padre de este niño del que estás embarazada ahora?

Lucía – No está.

PANDORA – ¿Y el de tu otro niño?

Lucía – Nada.

PANDORA – ¿Y ese fue por gusto o...?

Lucía –Me violaron.

PANDORA – ¿Y te juntaste con él?

Lucía – No, porque era casado. Era policía.

Mientras el diálogo ocurre, PANDORA no para de escribir a máquina. De pronto suelta la siguiente seguidilla de preguntas: – ¿Religión? ¿Fumas? ¿Tomas? ¿Te drogas? ¿Tienes tatuajes? ¿Perforaciones? ¿Te han hecho la prueba del SIDA? Lucía la mira como si no comprendiera de qué le está hablando.

PANDORA – ¿Has padecido alguna enfermedad?

Lucía –Sí. Me operaron de la pierna porque mi papá me pegó y me salió la pus.

PANDORA – ¿A qué edad fue tu primera regla?



Lucía no lo recuerda. Sonríe nuevamente buscando que le devuelvan un gesto amable.

PANDORA insiste. Le pregunta tres veces – ¿A los 11 o a los 12? A Lucía no le queda más remedio que decir algo y contesta –A los 11.

PANDORA – ¿A qué edad fue la violación?

Lucía –Cuando me empezaba a bajar.

PANDORA – ¿No lo denunciaste?

Lucía – No.

PANDORA – ¿Con cuántos hombres te has acostado?

Lucía –Dos.

PANDORA – ¿Y cuándo te diste cuenta que estabas embarazada la primera vez?

Lucía– No me acuerdo.

PANDORA – ¿Fue parto o cesárea?

Lucía –Normal.

PANDORA – ¿Cuándo nació tu bebé?

Lucía – No sé, porque mi mamá lleva la lista de esas cosas.

PANDORA la regaña, la sermonea, le dice que el hecho de que no sepa leer ni escribir no es excusa, que tiene que saber cuándo nació su hijo porque ese es un dato que le preguntarán siempre. Si no eres capaz de saber eso, mejor no te embaraces.

–Aquí te podemos operar si quieres, le ofrece PANDORA. Lucía la mira desorientada.

PANDORA le pregunta qué hace en su casa. Lucía le explica que limpia, lava, cocina. La doctora le pregunta además si la madre trabaja. Lucía niega con la cabeza.

PANDORA – ¿Y quién las mantiene entonces?

Lucía explica que el hombre que vive con su madre. PANDORA le pone nombre de inmediato a la relación, –Ah, tu padrastro entonces.

PANDORA – ¿Quieres que te dé una cita con la psicóloga para que te explique a qué te enfrentas con tus hijos?

Lucía le cuenta que ya fue con la psicóloga cuando la atendieron en un centro de salud de Morelos.

PANDORA – ¿Y qué te dijo la psicóloga?

Lucía – Que ya no me embarace, que esas son cochinadas.

PANDORA – ¡Claro que no son cochinadas! ¿Qué clase de psicóloga es esa? ¡Qué horror!

PANDORA llama a MEDUSA, la trabajadora social, y le pide que agende una cita con la psicóloga para Lucía y su madre. Le pregunta la edad de su hijo, pero Lucía vuelve a dudar.

PANDORA se enoja y le dice –Ay mi hija, ¡no sabes nada! – ¿A quién le voy a preguntar? Le pide a la enfermera que haga pasar a su madre, y le pregunta a Lucía - ¿Sabes qué es el SIDA? Ella responde que no.

PANDORA le dice “es una enfermedad grave de transmisión sexual”. La trabajadora social pregunta – ¿puedes venir el miércoles 11 de mayo? –Lucía pone cara de desconcierto. Entra su madre con su hijo y se sientan junto a ella.

PANDORA le pregunta a la señora cuándo nació Lucía. Esta responde que el 5 de diciembre de 1993. – ¡Entonces tiene 17 años no 15! PANDORA está enojada y ataca la máquina de escribir con mayor fuerza. – ¿Su hija y su nieto viven con usted?

Lucía y su madre responden al unísono cosas distintas y se ponen muy nerviosas. Entre el ruido de la máquina de escribir y las voces de todos hablando al mismo tiempo, apenas puedo escuchar qué dicen. Finalmente PANDORA apunta –Ah, entonces viven en la misma casa pero en diferentes cuartos. Todos juntos pero no revueltos.

Lucía y su madre parecen estar entre atónitas y asustadas. MEDUSA dice a esa altura del interrogatorio con tono de dulce maestra de kínder –Tienen que saber que lo que digan aquí, aquí se queda. Pero sí necesitamos que nos digan la verdad.

Acto seguido, le pregunta a la madre de Lucía cuántos hijos tiene. Responde que tiene siete, y que todos son del padre de Lucía, su anterior pareja.

PANDORA – ¿Cuándo nació su nieto?

Madre de L. – El 10 de julio.

PANDORA – ¿De qué año?

La mujer dice que tiene 3 años, y hace un esfuerzo por contar hacia atrás. Finalmente logra decir que en el 2008.

PANDORA – ¿Usted qué estudió?

Madre de L. – Primaria.

PANDORA – ¿Cómo ve si operamos a su hija?

Madre de L. – Dicen que a algunas no les queda porque están muy jóvenes.

PANDORA – Eso no es cierto señora.

Dirige ahora la misma pregunta a Lucía.

Lucía –No, pastillas o inyecciones.

PANDORA – ¿Por qué?

Lucía – Porque no me gusta que me operen.

PANDORA le dice a la madre de Lucía -Usted tiene que hacerla consciente a su hija, porque si no ¿cuántos hijos va a tener? Cualquiera la convence.

Yo hago un esfuerzo por disimular mi malestar. ¿Acaso el padre de su primer hijo la convenció de violarla? Logro reprimir cualquier gesto y continuó tomando nota.

PANDORA les explica que una vez al mes tendrán que venir con la psicóloga, y le dice que el hecho de que su hija no haya estudiado, no quiere decir que no deba saber nada, pero sin embargo ella no sabe nada. ¿Por qué?

Madre de L. –Quién sabe por qué no... como que no hace cabeza, como que no se le clava nada.

PANDORA – ¿Usted quiere que su hija se siga embarazando?

Madre de L. – Yo no...pero ella quién sabe qué diga.

PANDORA escribe furiosa una última frase en la máquina de escribir. Luego le pide a Lucía que se suba a la camilla para realizar el ultrasonido. Mientras realiza la exploración, se dirige siempre a la enfermera para describir lo que ve y nunca a Lucía y a su madre. Mientras tanto, MEDUSA sigue interrogando a la señora.

MEDUSA – ¿Usted conoce al papá?

La madre de Lucía tarda en responder afirmativamente, y agrega –Es un señor grande.

MEDUSA – ¿Cree que se va a hacer cargo?

Madre de L. – Pos quién sabe.

PANDORA, que continúa con el ultrasonido, le dice a la enfermera –Viene sentado el bebé.

MEDUSA le pregunta a la madre de Lucía – ¿Y dónde tuvo usted a sus hijos?

Madre de L. – Me aliviaba en mi casa.

MEDUSA – ¿Con una partera?

Madre de L. – No, sola. Hervía mi agüita, así como una perrita casi, yo sola.

MEDUSA – ¡Válgame Dios!

Madre de L. – Es que mi viejo no me llevaba al centro de salud.

PANDORA – Pero no tenía que esperar que él la llevara, usted misma podía ir.

Mientras Lucía se baja de la camilla, PANDORA le explica a su madre que falta como un mes para que nazca el bebé. Le advierte que ni se le ocurra llevársela al pueblo, ni que se lo acomoden, ni nada, porque viene sentado. –Aunque luego se voltee tráigala aquí por favor.

Lucía y su madre se ponen a cuchichear, PANDORA las mira intrigada, la señora pregunta: – ¿Es niño?

PANDORA al fin sonrío y les dice – ¿Ustedes qué creen?

Lucía y su madre dicen al unísono que creen que es niño.

PANDORA – ¿Por qué?

Madre de L. – Le digo a mi hija que por la forma de la panza.

PANDORA asiente sonriendo.

Les dice que en tres semanas deberán ver a la psicóloga (una semana antes de la fecha probable de parto) y ordena otro ultrasonido. La enfermera le entrega un frasco y le explica a la paciente que es ácido fólico y que deberá tomar una pastilla cada 24 horas.

Lucía dice que ya está tomando “ácido” fólico, PANDORA la corrige y le dice que se llama “ácido”, no “áxido”. La obliga a repetir la palabra de manera correcta y cuando finalmente lo logra le dice –Muy bien. Luego vuelve a la carga con las preguntas:

PANDORA – ¿Quieres que te hagamos la prueba del SIDA?

Lucía – No.

PANDORA – ¿Por qué?

Lucía – Porque no.

PANDORA – ¿Tu pareja es de riesgo?

Lucía – No.

PANDORA – Pues mejor. Háztela entonces.

Me pregunto qué habrá entendido Lucía por “pareja de riesgo”. Porque PANDORA en ningún momento le explica el significado del término.

Traen muchos papeles (formularios) al escritorio. Alcanzo a leer que uno dice, “consentimiento informado”. La madre de Lucía los firma sin leerlos. PANDORA les explica a dónde llevar cada papel para pedir cada una de las citas. Nota que Lucía y su madre no comprenden, y parecen desorientadas. Le pide entonces a MEDUSA que las acompañe a concertar sus citas y les aclara que no les cobrarán nada.

## **El caso de Gabriela**

Entra al consultorio una paciente de 13 años a quien llamaremos Gabriela. Es su primera consulta en el Programa de Violencia Intrafamiliar. Todas las mujeres que llegan al hospital para ser atendidas en el área de ginecoobstetricia, acuden en su primera cita al consultorio de Planificación Familiar, el cual, según PANDORA, funciona como una especie de filtro, porque ahí se decide a qué consultorio del *módulo mater* corresponde derivar a cada paciente de acuerdo con su caso (embarazo normal, embarazo de alto riesgo, embarazo adolescente, climaterio, etc.)

Gabriela está muy asustada. Me sorprende que, debido a su edad, no ingrese acompañada de un adulto, pero luego entiendo que el procedimiento que se sigue en estos casos es el de entrevistar primero a las pacientes menores de edad solas y luego hacer ingresar al familiar responsable.

PANDORA le pregunta si quiso tener relaciones sexuales o si la obligaron a hacerlo. Gabriela tarda en responder que lo hizo de forma voluntaria. La Doctora le pregunta si se cuidaba. La paciente asiente.

PANDORA – ¿Con quién fue, con tu novio?

Gabriela – No.

PANDORA – ¿Cuántos años tiene él?

Gabriela – 13 también.

Le pregunta entonces qué método usaba. Gabriela calla. PANDORA le repite cinco veces la pregunta. Gabriela dice con un hilo de voz –Con protección.

PANDORA –Sí, sí, claro, ¿pero qué protección?

Gabriela baja la mirada. Parece asustada, avergonzada. Calla. PANDORA insiste como tres veces y menciona diversos métodos hasta que al decir la palabra “condón” hace que Gabriela asienta.

Luego revisa los estudios de la paciente. Al ver que se los realizó en un laboratorio particular, la regaña suavemente – ¿Por qué pagaste por los estudios? – Si tienes seguro popular no pagas, te los podrías haber hecho aquí en el hospital.

Le pregunta si sigue yendo a la escuela. La paciente explica que no. PANDORA, enojada, le dice – ¿Y quién te sacó de la escuela la Directora o tu familia? Porque tienes derecho a estudiar. Gabriela le dice que su familia fue quien la sacó, pero que continúa estudiando a distancia, desde su casa.

PANDORA le pregunta con quién vive. Ahí empieza una explicación que PANDORA no logra comprender del todo porque Gabriela cuenta que al hermano le dice papá, a la hermana le dice mamá, su padre (que en realidad es el padre biológico de la hermana a la que le dice mamá) murió hace 3 años y ella fue adoptada por ese señor y su esposa, porque sus padres, familiares de la esposa del señor, murieron.

PANDORA – ¿No sabías que tener relaciones sin cuidarte puede hacer que quedes embarazada?

Gabriela – Sí.

PANDORA – ¿Quién te lo dijo?

Gabriela – En la escuela.

PANDORA le pide a Gabriela que suba a la camilla. Mientras la enfermera le coloca el gel para el ultrasonido, la paciente rompe a llorar muy angustiada. PANDORA vuelve entonces a la carga.



PANDORA – Si te obligaron te podemos ayudar. ¿Quién fue? ¿Lo conoces? ¿Quién abusaba de ti? Mira que aquí apoyamos a todas las mujeres que son agredidas. ¿Es de tu familia?

Gabriela atraviesa una crisis de llanto y obviamente no puede responder. Finalmente logra decir entre sollozos entrecortados –Mi hermano.

PANDORA – ¿Lo sabe tu mamá?

Gabriela –Sí.

PANDORA – ¿Y no quieres hacer la denuncia?

Gabriela –No.

PANDORA – ¿Por qué?

Gabriela no responde.

PANDORA – ¿Te amenazó? No tengas miedo. Nosotros te podemos ayudar. Te voy a dar cita con la psicóloga.

Llama entonces a MEDUSA, mientras Gabriela baja de la camilla, para que le dé cita con la psicóloga. Hay un espacio para dentro de tres semanas.

PANDORA – ¿Estás segura de querer quedarte con el bebé?

Gabriela, atónita, asiente con la cabeza.

PANDORA – ¿Y qué te dice tu hermano?

Gabriela –Nada, no me habla.

PANDORA – ¿Cuántos años tiene?

Gabriela se encoge de hombros.

MEDUSA le dice a Gabriela – La psicóloga te explicará todo lo que va a pasar con tu cuerpo y con tu vida, y te dará también las opciones que tienes.

PANDORA –Eso que te pasó a ti se llama incesto. Como tú y el papá del bebé tienen los mismos genes, puede haber alguna alteración. Por eso te vamos a dar una cita para la próxima semana con un doctor que trabaja aquí y que es especialista en medicina fetal, para que te haga todos los estudios.

PANDORA – ¿Hace cuánto que abusan de ti?

Gabriela –Dos años.

PANDORA – ¿Y utilizaba condón?

Gabriela – No sé.

PANDORA – ¿Por dónde te penetraba, sólo por adelante o también por donde haces popó?

Gabriela – Por las dos.

PANDORA – ¿Estuvo en la cárcel?

Gabriela – No.

PANDORA – ¿Tiene tatuajes?

Gabriela no responde.

PANDORA – ¿Sabes si se droga?

Gabriela –No.

PANDORA – ¿Toma?

Gabriela –Sí, los domingos nomás.

PANDORA – ¿A qué se dedica?

Gabriela –Es albañil.

PANDORA le pide a la enfermera que haga pasar a la hermana de la paciente. A los dos minutos entra la mujer muy enojada y nerviosa. Se cruza de piernas y no deja de mover frenéticamente la que queda encima.

PANDORA – ¿Qué edad tiene usted?

Hermana de G. – 33 años.

PANDORA – ¿Qué parentesco tiene con Gabriela?

Hermana de G. –Legalmente soy su hermana porque mis padres la adoptaron cuando mis tíos fallecieron, pero en realidad es mi prima. Aunque ella me dice mamá porque mi esposo y yo la cuidamos desde los 4 años.

PANDORA –Entonces la conoce muy bien. ¿Usted no notó nada raro? Porque Gabriela ya nos contó que su hermano abusa de ella desde hace dos años.

Hermana de G. –Es mi hermano, sí, pero en realidad es primo de ella. Pero no, yo no noté nada, yo no sabía nada, la que sabe es mi mamá. Además yo casi no hablaba con Gabriela porque la situación estaba mal porque ella nos había acusado a mi esposo y a mí con mi mamá y con mi abuela de que la maltratábamos, y eso no es cierto, porque aunque ella no es nada mío yo la regaño igualito que a mis hijos. De hecho amenazaron con echarme a los del DIF pero no lo hicieron porque no les conviene.

PANDORA – ¿Y qué pasó con la escuela de la niña?

Hermana de G. –La sacamos. Pero hablé con los maestros y está estudiando desde la casa para no perder el año.

Trabajadora social – ¿Cuántos años tiene su hermano?

Hermana de G. – 37.

Nuevamente preguntaron sobre la cárcel, las drogas, la bebida. La hermana de la paciente narró lo mismo que ésta, y dijo que su hermano sólo bebe los domingos.

PANDORA – Necesitamos que nos firme un consentimiento informado porque debemos hacerle a su hermana la prueba del SIDA y de la hepatitis B y C. Además existe riesgo genético así que habrá que hacerle otros estudios.

La trabajadora social le explica a la hermana de la paciente en qué fechas quedaron agendadas las citas con la psicóloga y el especialista en medicina fetal. La enfermera le entrega a Gabriela el ácido fólico y le da un papelito con las señales de alarma<sup>123</sup> que debe tener en cuenta, explicándole que si cualquiera de esos síntomas se presenta debe pedir que la traigan al hospital de inmediato. La hermana firma todos los formularios sin leerlos y se retiran del consultorio.

### **El caso de Olivia**

Olivia se sienta frente a nosotros mientras PANDORA revisa rápidamente el expediente clínico.

Olivia mira fijamente a la doctora. De repente le dice -Me quitaron los dos ovarios, la matriz y las trompas porque las tenía desgarradas. Así me dijeron.

---

<sup>123</sup> Los signos de alarma son: hemorragia vaginal (sangrado), hinchazón de cara o manos, o en los pies si es más arriba del tobillo. Dolor de cabeza intenso, visión borrosa o de lucecitas, zumbido de oídos. Contracciones antes de tiempo (señales de dolor de parto en cualquier momento). Pérdidas vaginales de líquido o flujo (mal olor, comezón o ardor). Vómito persistente. Fiebre con o sin escalofríos. Dolor o ardor al orinar, orina oscura o arenosa. Cambios importantes de la frecuencia o intensidad de los movimientos del bebé. Ruptura de la fuente. Ataques o convulsiones.

PANDORA –No. Le quitaron la matriz y los ovarios porque tenía miomas. Usted era la que sangraba...ya me acuerdo. A ver, súbase a la camilla para revisarla.

Olivia –Tengo un dolor aquí que se me hace raro- dice tocándose el vientre. ¿Puedo hacer ejercicio?

PANDORA: Mientras realiza la exploración física general y checa la cicatrización de la cirugía – ¿Qué clase de ejercicio?

Olivia – Me subí a la bici.

PANDORA – ¡No señora! ¡La acaban de operar! Tiene que esperar mínimo 4 meses para ese tipo de actividad física.

Olivia –Es que me siento bien gorda.

PANDORA –Y con las hormonas va a engordar más.

Olivia – ¿Es malo si las dejo?

PANDORA –Sí, porque prácticamente la castraron porque le quitaron los dos ovarios, y por eso se va a sentir muy mal. Por eso tendrá que tomar tratamiento hormonal por unos 10 o 15 años.

Olivia –Me duele mucho la cabeza.

PANDORA –Déjeme ver sus medicinas. A lo mejor le dieron otras y esas no debió de haberlas tomado.

Revisa entonces el expediente y descubre que, efectivamente, le habían recetado estrógenos en combinación con progesterona y Olivia sólo debería estar tomando progesterona. Va por unas muestras de *Six Din* (3 cajas) y se las entrega a Olivia.

PANDORA –Esto es lo que tiene que tomar en lugar del otro medicamento. Los síntomas más comunes de la menopausia son bochornos, irritabilidad y dolor de cabeza. Pero si toma esto no le dará nada. La veo dentro de 3 meses entonces, pero en el consultorio 10.

Olivia – ¡Ay muchas gracias doctora! ¡Qué bueno que me dijo! Y se va muy contenta.

Cuando Olivia abandona el consultorio, PANDORA me dice mientras termina de ordenar el expediente y guardarlo, –No sé por qué esta doctora siempre les quita los dos ovarios. Y si tenía miomas en la matriz, yo no sé por qué le quita los ovarios. No es necesario. Pero a todas las pacientes de ella que veo les quita los dos.

Recordando lo que PANDORA me había comentado en otra oportunidad en torno a que periódicamente todos los integrantes del servicio de ginecoobstetricia tienen reuniones, le pregunté si no podía plantear la situación para que se discutiera en ese ámbito. Esbozó una sonrisa sarcástica y me dijo –Claro que no, porque se ofenden. No les puedes decir nada.

### **El caso de Verónica**

La paciente intenta ingresar al consultorio con su pareja y la enfermera los detiene explicándoles que no pueden pasar familiares. Él se aleja cabizbajo. Verónica tiene 18 años, está estudiando la secundaria y vive en unión libre. Es su primer embarazo.

Verónica le extiende a la doctora unos análisis que se realizó en el centro de salud de la zona que le corresponde<sup>124</sup> y PANDORA le aclara que sólo conservará las copias para abrirle el expediente y que ella debe guardar sus originales, porque si en un momento dado debe atenderse en otro lado por falta de cupo en el hospital, tendrá que llevar sus estudios.

---

<sup>124</sup> Si los embarazos cursan normalmente, es decir sin ningún tipo de complicación, las mujeres se atienden hasta el 8º mes en una clínica familiar de primer nivel, y sólo en el último mes se las deriva a un hospital de mayor complejidad para que además ahí se atiendan el parto o la cesárea y el post parto. Luego son dadas de alta y remitidas nuevamente a sus centros de salud, donde seguirán sus controles ginecológicos de rutina.

En términos ginecoobstétricos, la paciente es catalogada como una adolescente (ya que se considera en esta etapa a cualquier persona que tenga entre 12 y 19 años).<sup>125</sup>

PANDORA – ¿Se mueve tu bebé?

Verónica –Sí, pero le da mucho hipo.

PANDORA –Porque ya no cabe, porque se comprime.

Luego de llenar el expediente con todos los datos generales de la paciente, se trasladan a la camilla para realizar el ultrasonido. Verónica muestra mucho interés y hace preguntas sobre su bebé que la doctora va respondiendo. De repente, PANDORA le dice –Ustedes piensan que saliéndose de su casa y embarazándose van a resolver todos sus problemas. Pero al rato el marido se harta, embaraza a otra y las deja.

Verónica no contesta. Contempla absorta la pantalla en la que se ve el ultrasonido. Sonríe emocionada, como si no hubiera oído a la doctora.

PANDORA: –De aquí a cinco años te vas a acordar de mí ¿Sabes cuántas adolescentes tengo que se embarazan de diferentes hombres?

Verónica suspira profundamente y sin dejar de sonreír responde:

–Sí, así me dijo mi mamá. Pero yo igual me quiero ir por libertad y todo.

PANDORA le ofrece a Verónica dos opciones anticonceptivas. La primera es un implante que libera hormonas y dura tres años<sup>126</sup>. La segunda es el Dispositivo Intrauterino (DIU) que, según le explica, tiene una vigencia de 5 años.

---

<sup>125</sup> Según lo narrado por PANDORA en la entrevista que le realicé. Esta clasificación etaria coincide con la empleada en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*.

<sup>126</sup> *Los implantes anticonceptivos son un nuevo método hormonal de planificación familiar de liberación prolongada, con duración de tres años, que consiste en colocar un tubo de plástico debajo de la piel en la parte superior interna de tu brazo, idealmente durante la menstruación. Su inserción se realiza debajo de la piel, en el brazo, mediante un aplicador en forma de aguja. El implante hormonal sólo debe ser colocado y retirado por el personal capacitado (...) Su efectividad como anticonceptivo es mayor al 99.00%. Si excede el tiempo de vida de más de tres años su efectividad disminuye. Otra causa de disminución de su*

No menciona el condón. De hecho el condón pocas veces fue mencionado en las 49 consultas que observé (37 de las cuales involucraron a mujeres en edad reproductiva). Luego volveremos sobre este asunto. Verónica le dice a la doctora que prefiere el DIU.

PANDORA –Lo que sea, pero tienes que cuidarte bien. Ya estás en días. Puede nacer en las próximas 3 semanas. Vas a venir dentro de ocho días, y a partir de ahí cada semana en urgencias. Todo está bien.

Verónica ordena sus papeles en el folder con toda calma y menciona que a ella le habían dicho que el bebé nacería después. PANDORA le explica que quien la atendió la vez anterior en el centro de salud se basó en el último ultrasonido, y debió de hacerlo en el primero porque ese siempre es el más confiable. Por lo tanto su fecha probable de parto es en mayo y no en junio.

\*\*\*

Luego de haber relatado cuatro casos completos atendidos por PANDORA, a continuación presentaré fragmentos de interacciones observadas en el consultorio de otro médico adscrito a quien llamaremos ORFEO,<sup>127</sup> y de dos residentes que estaban encargados de atender primeras consultas, dado que como el llenado de información de primera vez es más laborioso, esa tarea en general se les asigna a los residentes de los primeros años. En el periodo en el que realicé este trabajo, dos de los residentes que estaban a cargo de esto en el turno mañana eran HIPÓCRATES y HERA.<sup>128</sup>

Durante los meses que realicé mis observaciones, el consultorio del Dr. ORFEO estuvo siempre lleno de estudiantes (de quinto semestre, según me dijeron) que estaban haciendo su rotación en el servicio de ginecoobstetricia. Aunque no me tocó presenciar que las pacientes se quejaran de esto, noté en ocasiones que para algunas era algo intimidante tener que ser revisadas ante 10 personas expectantes.

---

*efectividad es el peso de la mujer, correspondiendo a mayor peso corporal menor efectividad.* Tomado de: [http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/anticonceptivos/Pages/implantes\\_anticonceptivos.aspx](http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/anticonceptivos/Pages/implantes_anticonceptivos.aspx)

<sup>127</sup> Médico adscrito con 15 años de antigüedad en el puesto. Cuando le pregunté su edad, me dijo risueño – Tengo más que la Doctora y menos que nuestro jefe (aludiendo a PANDORA y a DIONISIOS). Lo anterior me hace pensar que se ubica entre los 50 y los 55 años.

<sup>128</sup> Residentes en ginecoobstetricia de primero y segundo año respectivamente.



Bueno... ni tan expectantes, al menos la mitad de los estudiantes se la pasaban chateando en su celular sin mostrar mucho interés. Cuando yo les preguntaba a los distraídos la razón, en general explicaban que ellos ya tenían definido que optarían por otra especialidad, por eso no estaban muy entusiasmados con estas clases.

## **ORFEO**

El Doctor ORFEO se muestra siempre muy amable y simpático con las pacientes, cuida pues las formas (o al menos lo hace frente a los estudiantes) y a todas les dice *mi hija o mi jita*.

En una ocasión en que dos de los estudiantes llegaron tarde, ORFEO les dijo:

¿Por qué llegaron tarde? Es su obligación ser puntuales. Yo soy buena onda, pero no hay que abusar. Siempre tienen que ser responsables, desde que se forman hasta que son médicos de base.

Sus alumnos lo describen como un buen médico, y como alguien justo. Cuentan que a quienes responden correctamente las preguntas y llegan a tiempo a la consulta, los deja revisar a las pacientes y hacer procedimientos sencillos, lo cual es bueno para ellos porque así aprenden más.

Daré dos breves ejemplos de interacciones observadas en la consulta del Doctor ORFEO:

Paciente de 28 años, con cuatro hijas y que ahora iba por su quinto embarazo. Mientras hace el ultrasonido le pregunta:

ORFEO –Oye *mi hija* ¿Has pensado en operarte ahora sí?

P –Sí pues, ahora sí ya. ¿Y puede decirme qué es?

ORFEO –Qué crees mi reina... ¡Otra niña! ¡No te digo que tu marido hace puras niñas!

Y ambos ríen divertidos.

Paciente embarazada de gemelos en la semana 20. Luego de las preguntas de rutina, le dice amablemente:

ORFEO – ¿Se mueven tus bebés *mi hija*?

P –Sí.

ORFEO – ¿Y has tenido alguna molestia?

P –No.

ORFEO –Ven que te paso al ultrasonido.

Y ahí, rodeado no sólo de estudiantes sino también de dos residentes y un interno de pregrado, les explica que como hay dos bolsas no serán gemelos idénticos. Luego dice en tono enternecido ¿Están bonitos los gemelitos verdad? Le explica a la paciente que como en el análisis de orina se detectó infección urinaria, tendrá que tomar un medicamento, y que aunque en la caja dice que no debe usarse en el embarazo, no pasa nada. También le explica que va a orinar de color naranja y que será debido al colorante de la medicina, así que no debe preocuparse, y se despide diciéndole:

ORFEO –Cúdate mucho *mi hija*, y cualquier cosa te vienes para el hospital.

Cuando se va la paciente, les dice a sus alumnos:

¿Ya vieron? Si uno trata bien a los pacientes, ellos los van a tratar bien a ustedes. Son bien nobles. El paciente es bien noble.

Además de trabajar en el hospital X por las mañanas, el Dr. ORFEO trabaja por la tarde en un hospital regional del IMSS de esa misma zona. No tiene consultorio privado.

Una mañana me preguntó si alguna vez había hecho yo observaciones en otros hospitales. Ante mi negativa dijo:

Es que todos son diferentes. Empezando por el tipo de paciente. Nada que ver los que vienen aquí con los que se atienden en el IMSS por ejemplo. Con los médicos igual. Por ejemplo en los institutos en los que me tocó hacer rotaciones algunas vez...perinato y nutrición me refiero, pues nada que ver con aquí. Casi no operan los residentes al principio, los mandan a consulta externa, ya sabes, les llega todo resuelto, puro seguimiento. Acá no, le tienen que entrar desde que ingresan. Aprenden todo. Yo los dejo que hagan, y si la riegan, lo arreglo sobre la marcha.

En una ocasión una enfermera irrumpió en la consulta del Dr. OFEO y le informó algo al oído. El doctor se levantó y les dijo a los estudiantes (cuatro en ese momento):

–Terminen la historia clínica, y luego yo vengo y reviso el embarazo. No me tardo. Luego de acabar con el interrogatorio que fue realizado sólo por uno de ellos, los cuatro se amontonaron sobre el escritorio con un calendario y las calculadoras de sus celulares para obtener la fecha probable de parto (discutían y esta actividad parecía emocionarlos).

Cuando acababan de coincidir en sus cálculos regresó ORFEO y se puso a revisar la historia clínica. Otra vez entró la enfermera con un papel en mano. El doctor le dijo:

–Yo no puedo resolver todos los problemas, sino no hago la consulta. Dígale que por favor vaya con el jefe de ginecología.

En otra ocasión, llegó a la consulta una mujer de 31 años a quien le habían realizado una cesárea 10 días antes:

ORFEO – ¿Cómo estás *mi ñja*, cómo te has sentido? A ver plátcame.

P – Bien doctor.

ORFEO – ¿Ya te retiraron tus puntos?

P –No, todavía no.

La enfermera prepara el material para retirarlos y ORFEO indica a un interno de pregrado que los quite. Una vez acabada esta tarea, le pide que realice un tacto a la paciente<sup>129</sup>. Los demás se acercan a la camilla y ORFEO les dice.

Por favor nunca olviden hacer el tacto, siempre tienen que hacerlo. No les pasa nada a las mujeres por eso.

## **HIPÓCRATES**

Este joven doctor se encuentra en el primer año de residencia de la especialidad de ginecología y obstetricia. Como el resto de los residentes de primero y segundo año, atiende primeras consultas en “planificación familiar” que funciona en el consultorio 9 debido a que, como se explicó más arriba, la tarea de realizar la historia clínica es en general llevada a cabo por los médicos de menor jerarquía.<sup>130</sup>

Las veces que pude observarlo en la consulta se comportó de manera amable aunque muy distante y serio, y en ocasiones utilizando algunos tecnicismos difíciles de entender. Si tenía alguna impresión negativa sobre una paciente, la expresaba con otros residentes, y nunca observé que lo hiciera con los médicos adscritos ni con otros actores de menor jerarquía (enfermeras, internos de pregrado, camilleros, etc.)

PANDORA me lo describió como muy aplicado y buena persona. Un interno de pregrado me comentó que cuando tenía dudas prefería hacerle preguntas a HIPÓCRATES que a los médicos adscritos o a otros residentes de mayor jerarquía, porque le dedicaba más tiempo a responderle y le explicaba mejor todo.

---

<sup>129</sup> En la consulta del Doctor ORFEO no sólo hay estudiantes. En ocasiones también coinciden residentes de primer y segundo año e internos de pregrado.

<sup>130</sup> Aunque cuando se detecta en un primer contacto que se trata de pacientes del programa de violencia intrafamiliar o del de VIH y embarazo, en general intervienen también los adscritos.

Como se explicó anteriormente, al consultorio 9 llegan gran parte de las consultas de primera vez y allí se elabora la historia clínica (HC) y se decide a cuál de los consultorios derivar a las pacientes dependiendo del caso. Llegan además muchas embarazadas en el octavo mes, debido a que son derivadas de los centros de salud (en donde sólo funcionan consultas externas) para atender sus partos o cesáreas ahí en el hospital, razón por la cual se les debe abrir un nuevo expediente con su HC.<sup>131</sup>

A continuación describiré un fragmento de una de las consultas en las que acompañé a HIPÓCRATES. Se trata de una paciente de 23 años con 35 semanas de gestación.

HIPÓCRATES -¿Dónde llevaste el control de tu embarazo? ¿Traes exámenes de sangre o de orina?

La paciente le extiende un fólder y le dice que viene del centro de salud X.

HIPÓCRATES lo revisa y se detiene unos segundos en una hoja.

HIPÓCRATES -Aquí dice que tienes lesiones en el cuello del útero ¿Te diagnosticaron virus del papiloma?

P -Algo tengo sí, pero no sé si se llama así.

HIPÓCRATES -Es que aquí no hay ningún reporte específico de papiloma, sólo refieren lesiones inflamatorias ¿Te hicieron una biopsia?

P -Creo que no.

HIPÓCRATES -Bueno, entonces hay que hacerla, pero como acá tenemos un patólogo para todo el hospital corremos el riesgo de no tener los resultados a tiempo, así que la tendrás que hacer por fuera.

---

<sup>131</sup> También es importante señalar que si en las unidades de atención primaria se detecta un embarazo de alto riesgo en cualquier semana de gestación, la mujer es derivada al hospital, para continuar allí su control pre natal hasta el momento del parto y también durante el puerperio. Luego regresa a hacer sus controles ginecológicos de rutina al centro de salud de su localidad.

P – ¿Y es muy caro?

HIPÓCRATES –No mucho. Pero es importante que lo hagas, porque necesitamos saber qué tienes y en qué estado están las lesiones para determinar si el bebé podrá nacer por parto o si habrá que hacer cesárea para evitar que se contagie.

Luego procede a realizar todas las preguntas de rutina para el llenado de la HC.

Al concluir la consulta le comento a HIPÓCRATES que ya van varias ocasiones en las que observo que existen estudios que, o no se hacen en el hospital, o sí se realizan pero tardan mucho en dar resultados y entonces se mandan a hacer en laboratorios privados. Lo mismo pasa con varios medicamentos que necesitan las pacientes.

HIPÓCRATES asiente y me explica que “lamentablemente así es”, y agrega:

Nosotros como médicos no podemos hacer más. Se han dado algunos casos de pacientes que las ves muy amoladas, incluso te piden para el transporte de regreso porque no tienen. Y pues se hace acá una vaca entre todos para echarles la mano. Pero la verdad es que no puedes estar haciendo eso porque entonces no te alcanzaría ni con cinco salarios.

Lo anterior nos condujo a platicar sobre el Seguro Popular, que cuenta con un paquete básico de intervenciones, estudios y medicamentos para personas sin ningún tipo de cobertura médica, a quienes se les hace un estudio socioeconómico para determinar si se les cobrará y cuánto por estos servicios. HIPÓCRATES me comentó:

Claro que el Seguro Popular, aunque tiene muchas fallas, está bien y ayuda a mucha gente. Pero justo escuché el otro día una plática entre la doctora PANDORA y un pediatra que está casado con una ginecoobstetra, que a nuestra especialidad le afectó mucho la chamba, porque bajó el número de consultas en la privada. Porque hay un montón de gente, como por ejemplo comerciantes informales, que lo están usando y que sí tendrían para pagar consulta, incluso el parto, en la privada, pero no lo están haciendo, y eso bajó mucho los ingresos de los ginecólogos. Decían que está bien para la gente que de veras es pobre, pero la que tiene para pagar no debería usarlo.

## **HERA**

HERA cursa el segundo año de residencia de la especialidad de ginecología y obstetricia. La he observado en ocasiones en consulta externa y también en el área de urgencias. Con las pacientes suele comportarse un poco más brusca que HIPÓCRATES, pero no tan ruda como PANDORA. He aquí un fragmento de una de las observaciones hechas en la consulta de una paciente de 19 años en su segundo embarazo (semana 33).

HERA –Entonces este es tu segundo embarazo. ¿Cuántos años tiene tu primer hijo?

P –Un año.

HERA – ¿Y nació por parto o cesárea?

P –Cesárea.

HERA – ¡Y ya estás embarazada otra vez! Debiste dejar pasar un poco más de tiempo. Te voy a tener que programar otra cesárea, porque pasaron menos de dos años y tenerlo por parto sería riesgoso. ¿No te advirtieron esto cuando tuviste al primero?

La paciente sonrío y suspira.

HERA – ¿Alguna molestia?

P –No.

HERA – ¿Se mueve tu bebé?

P –Muy poco.

HERA – ¿Cuándo se movió por última vez?

P –No sé...hace como dos horas creo.

HERA –Deja te paso al consultorio 10 para que hagamos un ultrasonido.

HERA se ausenta por algunos minutos y luego regresa por la paciente.

El ultrasonido sale bien. HERA le dice que no hay problema mientras el bebé se mueva, pero que si deja de moverse por más de tres horas debe acudir de inmediato al hospital.

HERA – ¿Y ya sabes con qué te vas a cuidar después de que nazca tu hijo?

P– Con condones.

HERA –El condón no es efectivo.<sup>132</sup> Te recomiendo un DIU o un implante. Cualquiera de esos te los podemos colocar aquí. Porque es importante que te cuides. ¿19 años y ya dos niños? Operarte puede ser otra opción. ¿Piensas tener más hijos?

P –Mi marido quiere más. Así que igual y tenemos otro y entonces después sí me opere.

HERA –Dijiste que tu marido es obrero. Piénsalo, porque luego no les alcanza el dinero.

Al retirarse la paciente, HERA me dice:

Esta chavita al menos está casada. La mayoría luego ni saben para qué se embarazan.

Esta idea sobre el “saber” por qué o no embarazarse, desear o no esto, me hizo recordar que en la entrevista exploratoria que le hice a PANDORA antes de iniciar con el trabajo de campo en este hospital, y mientras ella comparaba el hecho de que en el hospital las mujeres entran solas a la sala de parto, y en la consulta privada la mayoría de las veces lo hacen en compañía del marido, me dijo:

---

<sup>132</sup> Esto fue dicho más de una vez por adscritos y residentes, durante el período en que hice las observaciones en consulta externa. Si bien cuentan con un programa especial sobre SIDA y embarazo, el condón nunca es recomendado como método anticonceptivo. Ni siquiera es mencionado para explicar que los demás métodos previenen la concepción, más no las infecciones que pueden transmitirse por vía sexual.



En algunas pacientes, bueno, pues ellas se sienten muy apoyadas por la pareja, pero pues no sé, yo creo que depende la relación, no sé, o que es tan deseado el bebé por los dos, o no sé. Porque bueno, en la institución yo creo que el 90% de las pacientes tienen productos no deseados.

## ***Comentarios sobre las observaciones realizadas en la Consulta Externa***

*Todo hace suponer que las instrucciones más determinantes para la construcción del habitus se transmiten sin pasar por el lenguaje y la consciencia, a través de sugerencias inscritas en los aspectos aparentemente más insignificantes de las cosas, de las situaciones o de las prácticas de la existencia común: así, la modalidad de las prácticas, las maneras de mirar, de comportarse, de guardar silencio e incluso de hablar (“miradas desaprobadoras, “tonos” o “aires de reproche”, etc.) están cargadas de conminaciones. Conminaciones que si resultan tan poderosas y difíciles de revocar, es precisamente por ser silenciosas e insidiosas, insistentes e insinuantes.*

Bourdieu, Pierre, *¿Qué significa hablar?*

Si bien no fue en el espacio de Consulta Externa donde pudimos divisar las principales luchas asociadas al problema específico que nos ocupa (es decir, el incremento de cesáreas clínicamente injustificadas) no deja de ser valioso en términos sociológicos el haber podido observar algunas disposiciones del *habitus* que despliegan los ginecoobstetras al relacionarse con las pacientes, colegas y otros trabajadores de la salud.

Pero antes de intentar explicar esto desde la óptica bourdiana, vale la pena enumerar los principales problemas identificados en este espacio:

- Clasificaciones en torno a las pacientes, tendientes a etiquetarlas como más o menos capaces de decidir sobre su cuerpo e incluso sobre sus relaciones amorosas (esto parece acentuarse conforme el estrato socioeconómico de la paciente es percibido como bajo).
- Reproducción de estas y otras clasificaciones, las cuales van conformando, junto con otras prácticas, el *habitus* profesional de los ginecoobstetras. Esto ocurre tanto desde quienes enseñan (médicos adscritos y residentes de años superiores) a quienes se encuentran en grados inferiores de formación (estudiantes, internos de

pregrado, residentes de los dos primeros años), como entre pares. Y al acercarnos al quehacer cotidiano de los ginecoobstetras, podemos apreciar claramente que “cuando hay poco tiempo para pensar, el habitus reduce de forma práctica la complejidad del mundo”.<sup>133</sup>

- Incapacidad para contener a las pacientes en situaciones límite.
- Falta de habilidades para comunicar a la paciente o sus familiares resultados e indicaciones a seguir.
- Elaboración de diagnósticos errados.
- Prescripción de tratamientos inadecuados.
- Complicidad ante mala praxis al omitir poner en discusión prácticas erradas de los colegas.

Todo lo anterior, en un marco de excesiva carga de trabajo, incluso administrativo (llenado de formularios de todo tipo y recetas) y en un ámbito de acción vertical, en el que quienes ocupan posiciones de menor jerarquía (internos de pregrado, residentes de primero y segundo año) realizan muchas de las tareas consideradas tediosas o incluso de menor estatus (como retirar puntos o tomar muestras) no sólo como una forma de aprender, sino también de pagar su “cuota de ingreso”<sup>134</sup> al campo, porque, como bien señala Bourdieu, “los campos siempre conllevan ‘barreras de ingreso’ tácitas o institucionalizadas”.<sup>135</sup>

Desde la consulta externa se pueden observar entonces algunas disposiciones y prácticas comunes que dependen de la posición que se ocupe en el subcampo de la medicina ginecoobstétrica, y que hacen posible que los agentes que en él participan, más allá de sus muy particulares personalidades, se relacionen y actúen como lo hacen, tanto entre colegas (de igual o diferente nivel jerárquico), como con los diversos “tipos” de paciente.

---

<sup>133</sup> Galindo, Jorge, *Entre la necesidad y la contingencia: Autoobservación teórica de la sociología*, Op. Cit., p.95.

<sup>134</sup> Bourdieu, Pierre, *Cuestiones de sociología*, Op. Cit., p.113.

<sup>135</sup> Bourdieu, Pierre, Wacquant, Loïc, J.D., *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, Op. Cit., p.67.

Dice Bourdieu:

El espacio institucional, donde todos los agentes sociales [...] tienen sus lugares asignados, *produce* en cierto modo las propiedades de quienes lo ocupan, y las relaciones de rivalidad y de conflicto que los enfrentan [...].<sup>136</sup>

Volveremos sobre este asunto en el apartado dedicado al trabajo que se realiza en el área de Urgencias del hospital, para cerrar con algunos ejemplos asociados a las luchas que pudimos observar al interior de ese espacio, y así acabar de reflexionar sobre algunas prácticas cotidianas de los ginecoobstetras que ponen en evidencia cómo “[...] el habitus reacciona a las demandas del campo de una manera aproximadamente coherente y sistemática”.<sup>137</sup>

Retornando a la cuestión de ciertas clasificaciones asociadas a las pacientes, se observa que buena parte de éstas se reproducen en el marco de lo que diversos autores han trabajado ya bajo la denominación de *currículum oculto*, y que Alfredo Semberoiz resume del siguiente modo:

En las escuelas de medicina, la enseñanza *formal* de normas y de valores (brindada habitualmente por cursos de bioética médica) suele entrar en contradicción con las pautas que *de facto* rigen las interacciones cotidianas entre alumnos, médicos y pacientes (Hafferty y Franks, 1994). Aparece aquí un concepto clave: el de currículum oculto (en adelante: CO). En oposición al concepto estándar de currículum (un diseño explícito que selecciona y organiza contenidos y experiencias de aprendizaje), el concepto de CO señala la presencia de aprendizajes inesperados e incluso opuestos a los establecidos por los planes oficiales de enseñanza. La noción de CO subraya que el aprendizaje médico es un proceso de socialización (una incorporación de esquemas, de valores y hábitos) que dista de ser “neutral” en términos morales, políticos y culturales (Wear, 2006).<sup>138</sup>

En el caso de HIPÓCRATES, por ejemplo, la cuestión de empezar a pensar que existen ciertos tipos de pacientes que, por el hecho de trabajar en la informalidad obteniendo de esta condición buenos ingresos, no tendrían por qué ejercer un derecho

---

<sup>136</sup> Bourdieu, Pierre, *Lección sobre la lección*, Barcelona, Anagrama, 2002, p.49.

<sup>137</sup> Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc, J.D., *Una invitación a la sociología reflexiva*, Op. Cit., p.47.

<sup>138</sup> Semberoiz, Alfredo. *El momento ético. Sensibilidad moral y educación médica*. Buenos Aires, Biblos, 2012, pp.21-22.

básico (como el de acceder a la atención médica gratuita). En cuanto a la doctora HERA la idea (similar a la que encontramos en su docente PANDORA) de que la mayoría de las mujeres que acuden al hospital cursan embarazos no deseados.

Semeroiz agrega:

En su sentido más lato, el CO médico engloba a) las experiencias de aprendizaje generadas en contextos “informales” pero conectados con la educación médica (por ejemplo, interacciones y charlas en pasillos, ascensores y sitios de descanso en los hospitales); b) el desempeño de los médicos como modelos de rol; c) las presiones institucionales encarnadas en las reglas tácitas, costumbres y rutinas de diferentes contextos de aprendizaje (por ejemplo, salas de internación, guardias y quirófanos), y d) los sesgos y las omisiones implícitos en los contenidos de materias y cursos oficiales de la carrera de medicina.<sup>139</sup>

Por otra parte, y en relación con el empleo de la violencia simbólica, los ejemplos abundan en las observaciones realizadas. Cuando PANDORA le dice a Lucía -¿*No sabes leer y escribir, verdad?* y unos minutos después la regaña por pronunciar mal una palabra y se la hace repetir hasta que logra decirla correctamente, o cuando ORFEO describe a sus pacientes como “nobles” si se les trata bien (meramente en cuanto a las formas) y transmite a sus alumnos la conveniencia de mostrarse amables en la consulta para evitarse problemas, o bien cuando HERA le dice a su paciente que piense bien si le conviene tener más hijos dado que su marido es obrero, podemos decir que hay actos de violencia simbólica en juego.

Sin embargo, si bien puede observarse la pretensión de ejercer la violencia simbólica al tratar a las pacientes como niñas, regañarlas, corregirlas, sermonearlas, etc., para comprobar qué tan efectiva es ese tipo de violencia simbólica, es decir, si las pacientes están incorporando disposiciones como producto de las clasificaciones que de ellas hacen los médicos, sería necesario llevar a cabo otra investigación (tal vez dando seguimiento en el tiempo a las pacientes y entrevistándolas a profundidad) con el fin de poder observar el cierre del círculo de esa relación.

---

<sup>139</sup> *Ibíd.*, p.22.

Porque aun cuando pueda suponerse que al colocar a los médicos en el lugar del saber “[...] las mujeres pacientes asumen una posición de facto subordinada, al legitimar la jerarquía médica en la que participan con la posición de las que no conocen esa información técnica especializada, que se conjuga con la verticalidad del trato en otras dimensiones de la interacción médico-paciente [...]”,<sup>140</sup> esto habría que comprobarlo en cada caso.

Dice Bourdieu:

Lo propio de la dominación simbólica consiste precisamente en que por parte de quien la sufre, implica una actitud que desafía la alternativa corriente de libertad-coerción: las “elecciones” de habitus [...] se realizan, inconscientemente y sin ninguna coerción, en virtud de disposiciones que, aunque sean indiscutiblemente producto de determinismos sociales, se constituyen al margen de toda intención consciente o coacción. [...] la intimidación, violencia simbólica que se ignora como tal [...] sólo se puede ejercer sobre una persona predispuesta (en su habitus) a sufrirla, en tanto que otros la ignoran.<sup>141</sup>

Por último, y esto remite a las diferentes visiones que se pueden tener del campo de la medicina en general (dependiendo de la posición que se ocupe en alguno de sus subcampos), cuando ORFEO describe parte de la práctica de los residentes en los Institutos Nacionales de Salud (como Perinatología por ejemplo) en donde “todo les llega resuelto”, *versus* lo que tienen que enfrentar cotidianamente sus alumnos residentes (quienes, según él explica, operan urgencias desde etapas más tempranas de su formación) se distingue muy claramente de los que están adscritos a esas instituciones de salud, que además son las que reciben mayor presupuesto y sólo admiten a los mejores promedios como residentes, es decir, ocupan una posición dominante, tanto material como simbólicamente, dentro del campo de la medicina en general que se practica en México.

---

<sup>140</sup> Castro Vázquez, María del Carmen, “Habitus lingüístico y derecho a la información en el campo médico”, *Revista Mexicana de Sociología*, núm. 2, Vol. 78, México, UNAM/IIS, abril-junio, 2011, p.234.

<sup>141</sup> Bourdieu, Pierre, *¿Qué significa hablar?*, Madrid, Ediciones Akal, 2001, p.25.

## **EL ÁREA DE URGENCIAS**

*[...]Laín Entralgo Refiriéndose a la suerte de los enfermos provenientes de los estratos más humildes de la sociedad vienesa a fines del siglo XIX, [...]describe el “triste y glorioso final” de los mismos: “Ser muy bien diagnosticado por Skoda (el clínico más reputado de aquella época) y muy bien autopsiados por Rokitanski (uno de los fundadores de la anatomía patológica)”. De esta manera, “el enorme, espléndido progreso de la medicina moderna ha sido conseguido sobre el cuerpo del paciente pobre”.*

Semberoiz, Alfredo. *El momento ético. Sensibilidad moral y educación médica.*

Como se explicó anteriormente, debido a una inundación de importante magnitud que había afectado tiempo atrás al hospital X,<sup>142</sup> cuando llegué a realizar el trabajo de campo el área de urgencias de éste aún funcionaba en condiciones precarias, ya que contaba solamente con un quirófano improvisado en la zona de hospitalización, el cual era compartido por los tres servicios del hospital que realizan intervenciones quirúrgicas (cirugía, ginecoobstetricia y medicina interna).

Esto, según me explicaron, contrastaba dramáticamente con la situación espacial anterior a la inundación, ya que antes de dicho episodio había tres quirófanos funcionando para todo el hospital en lugar de uno.

A mitad del periodo en que realicé las observaciones, se inauguró el área remodelada, lo cual me dio oportunidad de observar el quehacer de los médicos, enfermeras, camilleros, etc., en ambos espacios.

A continuación, se relatarán fragmentos del acontecer cotidiano en ambos sitios, comenzado con el área improvisada luego de la inundación.

---

<sup>142</sup> La inundación ocurrió en septiembre del año 2009, es decir, un año y medio antes de que iniciara el trabajo de campo en el hospital.

### *El espacio de urgencias después de la inundación y antes de la remodelación*

Una mañana de mayo, me encontré con PANDORA a las siete en el estacionamiento del hospital. De ahí nos dirigimos al área de urgencias. Al llegar, uno de sus alumnos, residente de primer año (R1 en la jerga médica) de quien ya se ha hecho mención, HIPÓCRATES, estaba saliendo de su turno (por alguna razón ese día había trabajado en la noche) y se detuvo a saludarnos.

Mientras intercambiábamos saludos y comentarios en torno a cómo me estaba yendo con las observaciones, dos residentes del Servicio de Cirugía se acercaron a PANDORA para informarle que venían de parte de la Dra. ATENEA, quien les había pedido que le avisaran que ocuparía el quirófano dentro de media hora para operar una hernia.

PANDORA les explicó que eso no era posible porque desde el día anterior ella y el Dr. ORFEO habían acordado y dejado por escrito que hoy a primera hora realizarían una histerectomía<sup>143</sup> a una paciente que se encontraba internada desde hacía dos días. Ambos residentes le devolvieron una mirada petulante que parecía decir “y a mí qué, eso nos dijo la doctora ATENEA”. PANDORA montó en cólera y me pidió que la esperara allí mientras iba a discutir el asunto con ATENEA. No la seguí, porque si bien ella siempre me daba a entender que podía acompañarla a todas partes, esta vez quedó tácitamente claro que no podría ir con ella.

Mientras la esperaba me puse a platicar con HIPÓCRATES y otros residentes sobre el engorroso proceso para inscribirse en el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas, tema que posteriormente retomáramos, y sobre el que volveré luego.

Luego de unos 10 minutos, PANDORA regresó muy molesta a contarnos que la Dra. ATENEA le había gritado y además le había dicho que con quién había acordado eso el Dr. ORFEO, que él no era nadie y que ellos (los del servicio de cirugía) tienen un acuerdo con el Director del hospital.

---

<sup>143</sup> “Es la cirugía para extirpar el útero (matriz) de una mujer.” Tomado de: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/histerectomia> el 18 de septiembre de 2016.



PANDORA nos contó que le dijo a ATENEA que tenía una cesárea de emergencia (cosa que no era cierta, ya que PANDORA aún no había ido al área de labor a ver cuántas pacientes había y si alguna requería una cesárea) y que cuando acabara le avisaría. Luego les dijo a los residentes –Voy a mandarle a la Doctora una canasta en Navidad llena de vibradores y un montón de gel lubricante, a ver si así se le quitan las ganas de gritar. Todos rieron, mientras se despedían.

Nos dirigimos entonces al área de urgencias. Este espacio improvisado luego de la inundación que sufrió el hospital, se encontraba casi al final de un largo y ancho pasillo, cuya “puerta” de entrada era una suerte de mostrador de madera y una mesa, que colocados uno junto al otro, dejaban una pequeña abertura por la que se podía pasar caminando, pero sólo con cubre bocas, pijama, gorro y botas para quirófano, ya que a partir de ahí acababa lo que ellos llaman la zona gris, para dar paso a la blanca (o estéril).

PANDORA me dio la mochila en la que venía la ropa de quirófano que ella me estaba prestando y me cambié en un vestidor improvisado en una suerte de armario de limpieza, que sólo contaba con una cortina de tela y una repisa para dejar bolsas y mochilas. Me recordó que, por las dudas, conservara las cosas de valor (dinero y celular) en el bolsillo del pijama de quirófano.

Al entrar a la zona blanca, saludamos al médico adscrito responsable de las urgencias ginecoobstétricas del turno mañana, a quien llamaremos AQUILES. Esta zona blanca, cuenta con tres cuartos. El más grande mide aproximadamente 25 metros cuadrados.

En él funciona la sala de labor, es decir, el lugar al que ingresan las pacientes en trabajo de parto y son permanentemente monitoreadas hasta que se decide si la vía de nacimiento de su bebé será parto o cesárea. En este cuarto caben simultáneamente unas cuatro camillas.

El segundo cuarto, mide aproximadamente 12 metros cuadrados. En él funciona la sala de expulsión (donde las mujeres son trasladadas unos minutos antes de parir) pero también se realizan ahí los abortos.<sup>144</sup>

---

<sup>144</sup> Aunque el aborto no es legal en el EDOMEX, observé varios durante mi estancia en el hospital X. Siempre que pregunté sobre las causas, me respondieron cosas que apuntaban a embarazos en los que las

Se destina además una parte de este cuarto a atender a los neonatos antes de que sean trasladados a los cuneros o, si presentan alguna complicación, a terapia intensiva. En esa fracción del cuarto, tienen todos los elementos que utilizan para hacer a los recién nacidos los procedimientos de rutina (incluida una incubadora de transición para que regulen su temperatura).<sup>145</sup>

En el tercer cuarto, de unos 16 metros cuadrados aproximadamente, funciona el quirófano, el único con el que cuenta el hospital hasta que acaben con la remodelación del área que se inundó, lo cual todo el mundo espera que ocurra a principios de junio, es decir, en unos 15 días.

Llevan un año y medio trabajando en esta situación. Por esa razón, casi no hay cirugías programadas (éstas se derivan a hospitales de otros municipios cercanos), la mayoría son de emergencia. Entonces, a menos que se trate de una emergencia en la que deba utilizarse directamente el quirófano o el trabajo de parto esté tan avanzado que el nacimiento sea cosa ya de minutos y se traslade a la paciente directamente a la sala de expulsión, el primer lugar de esta zona blanca al que ingresa una mujer en trabajo de parto, es la sala de labor.<sup>146</sup>

En este espacio, la mujer será recostada en una camilla y conectada a un suero (solución fisiológica) y, si en su expediente no se indica lo contrario o si no presenta ningún signo que dé cuenta de que en su caso sólo podrá dar a luz mediante cesárea, se supone, según lo indican los protocolos a seguir, que comenzará para ella lo que médicamente se denomina como “prueba de trabajo de parto”, durante la cual el personal a cargo (adscritos, residentes de los primeros años, internos de pregrado y enfermeras) dará un seguimiento cercano de la actividad uterina y las condiciones en general de la

---

pacientes llegan al hospital con una hemorragia en curso y hay que hacerles un legrado. Nunca admitieron que algún aborto pudiera ser programado, aunque supe mediante charlas informales durante las observaciones en urgencias, que hay médicos en el hospital que están a favor de la despenalización y de practicarlos, sobre todo en el caso de niñas y adolescentes.

<sup>145</sup> Entre los procedimientos o intervenciones para los recién nacidos se encuentran: exploración física, reanimación neonatal, y una serie de cuidados inmediatos que se le brindan, como la aplicación de vacunas, vitamina K, vitamina A y cloranfenicol (para prevenir infecciones oculares) etc. Para mayor información sobre estos procedimientos, consultar la página web del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia: <http://www.censia.salud.gob.mx>

<sup>146</sup> Previo a esto, permanecen en un espacio llamado “Triage”, en el que no tuve oportunidad de realizar observaciones. Pero me explicaron que allí van priorizando (de acuerdo a lo avanzado del trabajo de parto) quiénes ya están listas para ir pasando a la sala de labor.

madre y el producto, durante todas las fases del trabajo de parto y hasta la expulsión del bebé y la placenta.

Si el trabajo de parto se “estancara” (lo cual se denomina como “trabajo de parto estacionario”), los protocolos que en teoría deberían regir la práctica tanto médica como enfermeril, contienen indicaciones para hacer una serie de intervenciones tendientes a tratar de inducirlo (como por ejemplo la administración de oxitocina). Si fallaran todos los intentos por lograr que el bebé nazca por vía vaginal sin riesgos para él y/o la madre, se procederá a la realización de una cesárea.

Lo primero que hizo PANDORA, luego de hablar a “piso” para avisar que no realizaría la histerectomía que estaba programada, fue dirigirse con el Dr. AQUILES<sup>147</sup> para informarse sobre el estado de las pacientes de la sala de labor, y determinar si había alguna candidata a cesárea. Tenían en ese momento tres casos de trabajo de parto estacionario.

En el primer caso, el Dr. AQUILES comentó que había rastros de meconio en el líquido amniótico.<sup>148</sup> En el segundo caso, el bebé estaba en una posición denominada “presentación de cara”<sup>149</sup>, y en el tercer caso el bebé presentaba taquicardia<sup>150</sup>.

PANDORA revisó rápidamente a las tres pacientes, y determinó que la candidata a cesárea más urgente era la paciente en cuyo líquido amniótico se había detectado meconio, la cual llevaba además 10 horas de ingresada a la sala de labor.

---

<sup>147</sup> Médico adscrito con dos años de antigüedad en el puesto.

<sup>148</sup> Lo cual es un indicador de sufrimiento fetal, aunque según la *Guía de práctica clínica para la realización de operación cesárea* del IMSS “la presencia de meconio fluido” no contraindica que se siga adelante con la prueba de trabajo de parto, siempre y cuando el ritmo cardíaco fetal se mantenga en niveles aceptables. Tomado de: Instituto Mexicano del Seguro Social, *Guía de práctica clínica para la realización de operación cesárea*, México, 2009, p.38.

<sup>149</sup> Lo cual es una indicación absoluta de cesárea, *Guía de práctica clínica para la realización de operación cesárea, Op.Cit.*, p.37. Dado que en este caso la paciente apenas había sido ingresada a la sala de labor y tanto sus signos vitales como los del bebé estaban estables, no era urgente, según me explicaron, realizar la cesárea.

<sup>150</sup> Lo cual puede indicar sufrimiento fetal, pero siempre hay que valorar (entre otros factores) la posición en la que se encuentra la madre, porque si está acostada boca arriba el flujo de oxígeno puede verse disminuido por el peso de su vientre, y con sólo sentar a la paciente o recostarla de lado, se normalizará el ritmo cardíaco tanto de ella como del bebé. Lo que finalmente ocurrió en este caso.

AQUILES ordenó que prepararan a la paciente para quirófano. PANDORA se dirigió a la máquina de escribir para redactar el diagnóstico en el expediente. Yo me ubiqué en la parte central del pasillo que conectaba la sala de labor, con la de expulsión y el quirófano, porque, debido a que mantienen las puertas abiertas, podía observar desde allí el movimiento de los tres espacios simultáneamente.

Ese día, en el turno comprendido entre las siete de la mañana y las tres de la tarde, observé tres mujeres abortando y otras siete en trabajo de parto. A cinco de estas últimas PANDORA decidió hacerles cesárea, es decir, a poco más del 70% de los casos.

Dos de esos cinco parecían justificarse plenamente. Pero en los tres restantes la decisión fue tomada por otros motivos. Pude deducir esto platicando con AQUILES y con la jefa de enfermeras (a quien llamaremos ERIS), y también observando cómo se fue desplegando durante esa jornada la situación tensa entre el servicio de cirugía (representado por la Dra. ATENEA) y el de ginecoobstetricia.

Los dos partos ocurrieron mientras PANDORA estaba en quirófano. Los atendió un interno de pregrado<sup>151</sup> quien además se notaba muy nervioso. Tenía a ERIS a su lado supervisando todo y corrigiéndolo (lo cual llamó mi atención tratándose de una enfermera).<sup>152</sup> Le pregunté a AQUILES si ese interno era nuevo, porque no recordaba haberlo visto antes, y me respondió que llevaba casi un mes en el hospital. Recordé entonces que sí lo había visto pero en consulta externa en una “clase” del Dr. ORFEO.

A mitad de la fase de expulsión del primer parto, AQUILES empezó a reírse burlón del interno y de repente complementaba los regaños de ERIS con algún comentario rudo y por supuesto gritando. Yo no podía dejar de pensar en la mujer que estaba tratando de pujar con todo ese escándalo alrededor y con otra enfermera que además la acusaba todo el tiempo de no estar haciéndolo correctamente y le pedía que por favor no gastara sus energías en gritar. Le pregunté a AQUILES por qué no estaba él atendiendo el parto.

---

<sup>151</sup> Es importante recordar aquí que los internos de pregrado realizan durante un año rotaciones en todos los servicios del hospital, y que no necesariamente tienen definida la especialidad que cursarán. Incluso podrían no aprobar nunca el examen nacional de residencias médicas y quedarse con el título de médicos generales (este nombre varía según cada Universidad).

<sup>152</sup> Luego comprendí que la jefa de enfermeras tiene autoridad para hacer esto con internos de pregrado, más no con residentes, aunque estén en el primer año.

Me miró extrañado, como pensando al mismo tiempo ¿Acaso no entiendes nada? Y me dijo:

–Porque ellos son los que deben atender los partos. ¿O cómo es en Argentina Doctora?

Le recordé que era pasante de la carrera de sociología, y le dije que no tenía la menor idea de cómo era en Argentina ni en ninguna otra parte. Riéndose me dijo:

–Cierto. Es que con ese pijama me confunde, se me olvida.

Le pregunté por qué los partos *tienen* que ser atendidos por los internos de pregrado.

AQUILES –Porque es lo más sencillo y tienen que aprender. Sólo si se complica intervengo.<sup>153</sup>

E –Ah, entonces me imagino que las enfermeras también podrían atender partos.

AQUILES –No, claro que no.

E –Pero mírala a ella, parece tener mucho más claro que el interno lo que hay que hacer, y hasta le da indicaciones y lo corrige.

AQUILES –Porque es la jefa del servicio y lleva años de experiencia. Bueno... están también esas que hacen la especialidad en enfermería perinatal...pero en realidad no saben nada...pura teoría. Al menos las que han estado por acá, se creen mucho y si les pides que pongan un suero no lo hacen bien. Mucho discurso bonito pero...no quieren entrarle a lo que sea. A nosotros nos sirven más las enfermeras comunes.

---

<sup>153</sup> En este contexto, de repente cobró sentido lo dicho por el patólogo con el que conversé durante la realización de entrevistas exploratorias, quien dijo: “Lo que te puedo decir de mi experiencia de haber trabajado 10 años en la Gineco 4, es que a los ginecoobstetras les encanta operar. Yo no sé por qué, pero su máximo es operar.”

En la entrevista exploratoria con PANDORA antes de iniciar el trabajo de campo, una de las preguntas que le hice fue ¿Qué diferencias encuentra entre la medicina teórica (de libro) y lo que se enseña de manera práctica? Y ella respondió:

Pues es diferente. Al principio es como todo ¿no?, nos da miedo hacer las cosas. Pero siempre bajo la supervisión de nosotros y... estarlo haciendo un año una vez y otra vez... porque esto es de práctica, práctica, práctica, práctica... hacerlo diario, diario, diario, bueno, pues eso, es cuando ya se les va quitando el miedo. Por ejemplo a los internos ¿no? Los internos de pregrado que se les... eh... ellos atienden partos... cuando recién llegan son los que, pues atienden el parto... generalmente a eso se dedican y a valorar a las pacientes. Y pues... cuando atienden su primer parto les da miedo.

Luego de la segunda cesárea, mientras PANDORA se encontraba en un pequeño descanso comiendo fruta y esperando que prepararan a su tercera paciente para quirófano, se presentó el Dr. DIONISIOS (jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia) y empezó a cuchichear con PANDORA. Me acerqué y rápidamente me incluyeron en la plática.

Hablaban sobre el pleito con ATENEA. DIONISIOS decía que la cirujana no tenía ningún derecho a gritarle, y agregó -Además no está respetando el organigrama, porque la norma también dice que las madres son prioridad, y este es un hospital donde la mayoría son pacientes obstétricas.

Sumada a la discusión entre PANDORA y ATENEA, ese día era el último en el hospital de una residente de ginecoobstetricia de cuarto año a quien llamaremos PERSÉFONE. Las cinco cesáreas que se realizaron en el turno de la mañana, fueron hechas en realidad por la Dra. PERSÉFONE, bajo la supervisión de PANDORA. Mientras cosían la herida de la última paciente, PANDORA le dijo a la residente:

-Doctora debe usted estar muy feliz porque hoy le tocaron unas buenas cirugías de despedida.

PERSÉFONE asintió con una gran sonrisa mientras decía: - ¡Gracias Doctora!

Otra pregunta que le hice a PANDORA en la entrevista preliminar fue si es o no un mito lo que se dice en torno a que cuando en los hospitales se incrementa el número de residentes aumentan las cesáreas, debido a que éstos están ávidos por practicar esta técnica.

Ella comentó que sí aumentan, porque como la especialidad exige que cursen 4 años de residencia (a cuyos residentes los llaman R1, R2, R3 y R4), los R1 casi no tienen posibilidades de realizar cirugías porque cuando inician la especialidad hay muchos residentes (con mayor experiencia que ellos) queriendo hacer lo mismo. Conforme se van acercando al 4º año disminuye la competencia y entonces tienen más posibilidades de operar, y como no las tuvieron antes tratan de aprovechar esto al máximo. También comentó:

Hace poco un alumno residente me dijo –Doctora, nada más he hecho dos cesáreas y pues quiero hacer más- y entonces le dije –Bueno, justifica una cesárea y te dejo hacerla.

Luego agregó que le dijo que esperaran algún caso o alguno que estuviera dudoso, para operar. Explicó que esto ella lo hace porque “también tengo interés en que ellos aprendan, practiquen”.

Y esto fue constatado en las observaciones en el área de Urgencias, donde los residentes de tercer y cuarto año nunca atienden partos (sólo lo hacen, igual que los adscritos, si se presenta alguna complicación). En general se la pasan en el quirófano practicando no sólo cesáreas, sino otro tipo de cirugías ginecológicas.

Al fin de esa jornada, acompañé a PANDORA a checar su salida del hospital. Justo antes de la puerta que conduce al estacionamiento, tres doctoras del servicio de ginecoobstetricia que ese día habían trabajado en el área de consulta externa, comenzaron a exclamar entre risas al ver que PANDORA y yo nos acercábamos. Dijeron:

– ¡Todo el hospital se enteró de su hazaña Doctora! ¡No la dejó ocupar el quirófano en todo el turno!

A lo cual PANDORA respondió como medio en broma:

–Sí. Incluso en un momento le dije al Doctor<sup>154</sup> ¿Quiere que le opere a todas sus pacientes?

Todas rieron y le dieron a PANDORA palmadas de felicitación, como si hubiera obtenido una importante medalla para todo el servicio de Ginecología y Obstetricia. Dice Bourdieu:

Tener el sentido del juego, es tener el juego metido en la piel, es dominar en estado práctico el futuro del juego, es tener el sentido de la historia del juego. Así como el mal jugador siempre va a destiempo, siempre demasiado pronto o demasiado tarde, el buen jugador es el que anticipa, el que se adelanta al juego. ¿Por qué puede adelantarse al curso del juego? Porque lleva las tendencias inmanentes del juego en el cuerpo, en estado incorporado: forma cuerpo con el juego.<sup>155</sup>

---

<sup>154</sup> Se refiere al Dr. Aquiles.

<sup>155</sup> Bourdieu, Pierre, *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Barcelona, Anagrama, 2007, p.146.



## *El espacio de urgencias después de la remodelación*

*El campo parece entonces relativamente esquelético y no nos permite ver -cosa que no es tan mala- más que espacios de poder, estrategias de agentes en lucha, relaciones de fuerza y de dominación, estructuras desiguales de distribución de los capitales específicos*

Bernard Lahire, *El trabajo sociológico de Pierre Bourdieu: deudas y crítica*

A mediados del mes de junio de 2011, ya estaba lista y funcionando el área nueva de urgencias, con un espacio exclusivo para el servicio de ginecología y obstetricia. Esperé hasta que empezara el mes de julio, para realizar mi primera jornada de observación en las nuevas salas de labor y expulsión y en el quirófano.

El nuevo espacio es, a simple vista, mucho más amplio que el anterior (como tres veces más grande aproximadamente). En la sala de labor hay espacio para unas 12 camillas. El quirófano ya no es un cuartito improvisado como tal y cuentan además con dos salas de expulsión muy bien equipadas. La sala de recuperación puede verse desde la puerta de cristal que conecta el pasillo donde se encuentra el quirófano y las salas de expulsión, y se trata de un espacio también muy amplio (en general podía yo divisar entre ocho y diez pacientes, cada vez que pasaba por ahí y me asomaba, algunas amamantando a sus bebés). Es importante aclarar que nunca se me permitió hacer observaciones en esta sala, aludiendo a cuestiones de seguridad<sup>156</sup> y de respeto a la intimidad de las pacientes a la hora de alimentar a sus hijos.<sup>157</sup>

Ya no hay cajas apiladas por todos lados (ni médicos y enfermeras sentados sobre ellas). Todo está acomodado en estanterías ubicadas en la gran sala de labor.

---

<sup>156</sup> Ahí se encuentran de a ratos los bebés, y hay un control según ellos muy estricto para evitar que se los roben.

<sup>157</sup> Como si algo parecido a la intimidad pudiera ser respetado en la lógica en la que se organizan las prácticas de este hospital-escuela.

En un extremo de ésta hay un largo escritorio de madera subdividido en tres con sus respectivas sillas, para que los médicos puedan escribir en los expedientes clínicos. En la otra punta de la sala hay una enorme tarja en la que se acumula el material a desinfectar.

Además de las tres sillas que están en el área de escritorios, veo dos más y un taburete al otro extremo de la sala. En general, además de las pacientes, hay alrededor de quince personas en ese espacio (entre médicos adscritos y residentes, estudiantes, internos de pregrado, enfermeras, etc.) y siempre están turnándose para sentarse. Se necesitarían al menos cinco sillas más.

Todos hablan, gritan, ríen. Los golpes a las teclas de las máquinas de escribir resuenan, así como el choque de metales que están siendo acomodados en la tarja. Diviso al Dr. HIPÓCRATES<sup>158</sup> junto al área de escritorios y me acerco a él. Nos saludamos y me pregunta si ya había estado en la nueva sala de urgencias. Le digo que sí.

H: – ¿Y qué le parece?

E: –No me trates de usted por favor [se ríe] ¡Está buenísima! Cuando me platicaban en la anterior sala de urgencias cómo iba a ser ésta, la verdad es que no me la imaginaba tan amplia. Todo se ve en orden. Y últimamente hasta parece que hay más personal, ¿no?

H: –Al contrario, coincidió que con el cambio de lugar mucho personal se fue también. Cambiaron de servicio o de hospital, a otros que les quedaban a 15 minutos en lugar de a dos horas. La mitad de la gente que ves por aquí son estudiantes.

Recordé entonces que durante mis observaciones en el viejo, pequeño e improvisado espacio de urgencias, nunca vi a ningún estudiante. Incluso PANDORA me explicó en una ocasión que por el momento no dejaban entrar a los “estorbantes”<sup>159</sup> por cuestiones de espacio, lo cual me hacía sentir un tanto incómoda. ¿Por qué podía entrar una socióloga a observar y un estudiante de medicina no?<sup>160</sup>

---

<sup>158</sup> Residente de primer año de la especialidad de ginecoobstetricia (R1 en la jerga médica) con quien había interactuado ya en consulta externa y en la vieja sala de urgencias.

<sup>159</sup> Así les dicen a los estudiantes en broma.

<sup>160</sup> Pese a ello nadie me miraba raro y todos fueron muy amables. Hay que aclarar que PANDORA me presentó ante todos como una amiga suya que estaba estudiando la profesión de ginecoobstetra, y que yo

E: –Al menos se resolvió el tema de la falta de espacio, ¿no?

H: –Lo del espacio sí, pero sólo eso. Ahora se necesitaría el doble de personal, porque si no tenemos que hacer el doble de trabajo en el mismo tiempo. Así que están hablando con los jefes para ver si se resuelve.

Minutos más tarde, irrumpió en la sala una enfermera gritando – ¡Multi con 8 y primi con 7! ¿Mando primero a la multi? -<sup>161</sup> El Doctor con mayor jerarquía presente en ese momento, a quien llamaremos HÉRCULES<sup>162</sup> respondió también gritando: –Mándanos las dos que hay lugar.

Aparece entonces PANDORA, que estaba en la sala de recuperación revisando a una paciente, y tanto HIPÓCRATES como HÉRCULES le hacen señas para que se acerque a una camilla donde yace con gesto de dolor una joven. Los acompaña para escuchar los detalles del caso. La muchacha dice haberse enterado de su embarazo hace apenas una semana a través de una prueba sanguínea. Presenta fuertes molestias en el abdomen y náuseas.

Llegó a urgencias de madrugada, cuando todavía estaban los médicos del turno anterior, quienes apuntaron en la historia clínica la sospecha de un embarazo molar.<sup>163</sup>

PANDORA interroga a la paciente y la revisa. HÉRCULES agrega un par de preguntas más y luego palpa también a la muchacha. Lo mismo hace HIPÓCRATES.

---

traía puesto todo el tiempo un pijama de quirófano como cualquier doctor. De hecho de a ratos “olvidaban” que yo era pasante de sociología y me hacían preguntas del tipo ¿usted qué opina Doctora? ¿En Argentina cómo le hacen en estos casos? Mi extranjería también les hacía pensar que estaba haciendo un estudio comparativo y pronto me regresaría a mi tierra. Mi presencia en los diferentes espacios hospitalarios parecía no representar ninguna intromisión o amenaza para ellos.

<sup>161</sup> Esto significa: multigesta (mujer que ya ha tenido al menos un hijo) en este caso presentaba 8 centímetros de dilatación y primigesta (mujer primeriza) la cual presentaba 7 centímetros. La escala de dilatación va de 0 a 10 centímetros.

<sup>162</sup> Residente de cuarto año (el último) de la especialidad de ginecoobstetricia (R4 en la jerga médica).

<sup>163</sup> Un embarazo molar “*resulta de la sobreproducción de tejido que se supone se transforma en la placenta, la cual le brinda alimento al feto durante el embarazo. Con un embarazo molar, los tejidos se transforman en un tumor anormal, llamado masa. Hay dos tipos: embarazo molar parcial: hay una placenta anormal y algo de desarrollo fetal. Embarazo molar completo: hay una placenta anormal pero no hay ningún feto*”. Tomado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000909.htm>

Los tres revisan la impresión de un ultrasonido que le han hecho a la paciente al ingresarla. Discuten si se trata de un embarazo molar o un embarazo ectópico.<sup>164</sup>

PANDORA pregunta al residente de mayor jerarquía qué opina. Éste responde que la calidad del estudio es pésima pero esgrime una serie de razones que le hacen sospechar que más bien se trata de un embarazo ectópico. Mientras tanto HIPÓCRATES asiente y PANDORA le pide que proceda a solicitar los análisis de laboratorio que hay que realizar de manera urgente antes de pasar a la paciente a quirófano.

PANDORA los felicita. Luego les dice, –No es posible que los que la ingresaron hayan hecho así de mal el ultrasonido y no la hayan revisado bien. ¿Ya ven que si nos dedicamos 5 o 10 minutos más a revisar a la paciente podemos hacer un buen diagnóstico?

HIPÓCRATES completa entonces el expediente y las órdenes para los análisis. Luego toma las muestras y le pide a un interno de pregrado que las lleve al laboratorio. Tomo nota de la hora en que eso ocurre (son las 9:05 de la mañana).

Me acerco entonces a una camilla en la que una enfermera y la interna de pregrado en turno, a quien llamaremos ARTEMISA, atienden a una mujer que se encuentra en el periodo expulsivo<sup>165</sup> del trabajo de parto, en espera de que terminen de preparar una de las salas de expulsión que se desocupó hace unos minutos. Hay además dos estudiantes observando. La paciente está de pie e inclina su torso sobre la camilla.

---

<sup>164</sup> “Es un embarazo que ocurre por fuera de la matriz (útero). Es una afección potencialmente mortal para la madre [...] El sitio más común para un embarazo ectópico está dentro de una de las dos trompas de Falopio. En raras ocasiones, los embarazos ectópicos pueden presentarse en los ovarios, el abdomen o el cuello uterino [...] es potencialmente mortal y no puede continuar hasta el nacimiento (a término). Se tienen que extraer las células en desarrollo para salvar la vida de la madre.” Tomado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000895.htm>

<sup>165</sup> “Se inicia cuando se ha llegado a la dilatación completa del cérvix y finaliza con el nacimiento del feto. La duración promedio es de 2 horas en nulíparas y 1 hora en multíparas, pero suele ser muy variable”. En: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/clase2010\\_fase\\_activa\\_d\\_el\\_parto.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2010_fase_activa_d_el_parto.pdf)

ENFERMERA: –Acuéstate por favor, porque si no tu bebé va a nacer contigo ahí parada.<sup>166</sup>

La mujer se acuesta entre quejidos y con mucha dificultad. Una estudiante toma su mano y la acaricia. La paciente dice algo que no alcanzo a entender y ARTEMISA, que ya se colocó frente a su vagina, le dice –Sí puedes mamita.

ENFERMERA: –Toma aire y puja.

ARTEMISA: –No estás pujando nada mamita.

ENFERMERA: –Cuando tienes la contracción tomas aire y pujas abajo, porque si no tu bebé se va a atorar y va a salir mal.

ARTEMISA: –Tú puedes mamita, no lo regreses. Ahorita que regrese la contracción vuelve a pujar, pero no lo regreses.

Platico con una de las estudiantes y me entero de que la paciente aún no ha roto fuente y hace unos minutos ARTEMISA mencionó la posibilidad de realizar una amniotomía<sup>167</sup>.

---

<sup>166</sup> Sin embargo, en la guía de práctica clínica se señala que “en una revisión sistemática realizada por la Cochrane, los autores concluyeron que el periodo dilatante del trabajo de parto puede ser aproximadamente una hora más corto para las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan, y que tienen más probabilidades de recibir menos analgesia epidural, debido a que la revisión no encontró ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical.” Al respecto, véase: Guía de Práctica Clínica “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo” (p.39), disponible en:[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodelParto/IMSS\\_052\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf)

<sup>167</sup> En ocasiones, aún en fase expulsiva del trabajo de parto, la fuente no se rompe. Algunos médicos deciden esperar a que se rompa sola, argumentando que “*la bolsa y el líquido amniótico desempeñan una función importante en la protección del feto contra las contracciones uterinas, además de colaborar con las modificaciones cervicales (maduración, borramiento del cuello y dilatación) y provocar el estiramiento previo del periné. Se cree que la presión que ejercen las membranas sobre el útero estimula el incremento de oxitocina*”. Otros opinan que es mejor no esperar, y realizan entonces rutinariamente el procedimiento llamado amniotomía. “*Muchos prestadores de salud creen que acortar la duración del trabajo de parto es beneficioso y usan la amniotomía para reducir el riesgo de morbilidad materna en casos de trabajo de parto complicado y prolongado. La amniotomía también se usa cuando se considera importante realizar un monitoreo interno del feto o para obtener líquido amniótico para una inspección visual.*” En la Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) encontré una revisión sobre la práctica rutinaria de amniotomía, en la que se incluyeron “14 estudios clínicos controlados aleatorizados en los que participaron 4893 mujeres”, que condujo a la siguiente conclusión: “Esta revisión no brindó evidencia que respalde una política de práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en primigrávidas o multíparas. En cambio, la revisión sugiere que la amniotomía puede aumentar la necesidad de otras intervenciones como la cesárea.”

ARTEMISA procede entonces a realizar la amniotomía. Las estudiantes se inclinan frente a ella con expresión de interés y la enfermera pone cara de fastidio y resopla.

De repente la paciente puja y la enfermera grita – ¡Camillero! Una de las estudiantes corre al otro extremo de la sala llamando al camillero e HIPÓCRATES responde también a los gritos que no está el camillero porque subió a alguien a piso.

Entonces ARTEMISA y las estudiantes mueven la camilla y empiezan a correr por el pasillo hacia la sala de expulsión. La enfermera y yo las seguimos a paso veloz y veo entonces que la paciente defeca y acto seguido parte de la cabeza del bebé se asoma entre sus piernas. La enfermera se ríe.

Al llegar a la sala de expulsión otra enfermera que allí estaba ayuda a retirar rápidamente las heces y limpiar la zona con un líquido. Mientras la mujer continúa pujando y ARTEMISA se concentra en hacer las maniobras necesarias para recibir al bebé. Simultáneamente, todos los que están en la sala salvo los estudiantes y los que nos encontramos en la puerta de la misma (donde ya ha llegado también a asomarse HIPÓCRATES) empiezan a reírse burlones y a cantar a todo volumen:

– ¡Queremos pastel, pastel, pastel! ¡Queremos pastel, pastel, pastel!

Con el bullicio, PANDORA sale del quirófano a preguntar qué pasa. La enfermera que está conmigo se acerca y le dice algo al oído, a lo que PANDORA responde gritando y con tono severo (como para que la escuchen todos) – ¡Les he dicho mil veces que nunca hagan la “amnio” hasta llegar a la sala de expulsión! Y se mete nuevamente al quirófano negando con la cabeza.

---

Todas las citas fueron tomadas de:

[http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/routine\\_care/CD006167\\_Wolomyj\\_com/es/index.html](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/CD006167_Wolomyj_com/es/index.html)

Por otra parte, en la Guía de Práctica Clínica “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”, se señala que “no debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto”. Tomado de: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodelParto/I\\_MSS\\_052\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/I_MSS_052_08_EyR.pdf) pp.10-11.

ARTEMISA ya le ha pasado el bebé a la residente en pediatría quien le realiza en un mostrador a espaldas de la paciente los procedimientos de rutina. La paciente mira alrededor con expresión de preocupación y desconcierto mientras escucha a su hijo llorar.

En medio de las burlas y comentarios diversos, nadie le habla a la paciente para tranquilizarla, hasta que ARTEMISA se dirige a ella para decirle que su bebé está bien. Un minuto después la pediatra lo coloca sobre su pecho, y ARTEMISA vuelve a su puesto para esperar la salida de la placenta.

Yo le pregunto a la enfermera – ¿Por qué cantaron eso? ¿De qué se burlan?

ENFERMERA: –Porque... ¿cómo le explico? El bebé no debe nacer ahí. Tiene que nacer en un medio estéril. Digamos que le ganó el bebé, y el bebé no le debe de ganar.

E: – ¿Pero por qué cantan “queremos pastel”?

ENFERMERA: –Ah, porque de castigo por haber hecho las cosas mal, mañana ARTEMISA tendrá que traer pastel para todos.

Luego de ese episodio, PANDORA seguía con HÉRCULES en el quirófano. En general los residentes de los dos últimos años pasan largo tiempo en ese espacio para hacer la mayor cantidad de cirugías posibles bajo la supervisión del médico adscrito, y así aprender a dominar diversas técnicas asociadas no sólo a la práctica de cesáreas, sino a toda la gama de patologías ginecológicas operables que pueden presentar las pacientes.

Noto que HIPÓCRATES<sup>168</sup> se encuentra en la sala de expulsión de junto y me dirijo hacia allá. Lo encuentro en compañía de dos estudiantes (que luego averiguo están cursando el séptimo semestre de medicina en la FES Zaragoza) atendiendo a una mujer que acaba de parir pero aún no ha expulsado la placenta. HIPÓCRATES interroga a su pequeño auditorio sobre cuestiones básicas (a partir de cuándo se considera fase de expulsión prolongada en primíparas y en multíparas, por ejemplo).

---

<sup>168</sup> No sólo los internos de pregrado atienden partos, también lo hacen los residentes en los primeros años (al menos observé a residentes de primer y segundo año en esta labor).

Al contrario de otros médicos residentes de mayor jerarquía que he observado (él apenas se encuentra en el primer año de residencia) es paciente, amable y nada sarcástico con sus aprendices, por más que se equivoquen en sus respuestas. Me sorprende que alumnos de séptimo semestre no sepan responder generalidades básicas de obstetricia.

HIPÓCRATES se dirige a la paciente:

–Por favor no vayas a tocar estos campos azules, tus manos a los lados. Agárrate de ahí (refiriéndose al barandal de la camilla).

Finalmente aparece la placenta e HIPÓCRATES la extrae y la coloca sobre una especie de bandeja de metal. Los alumnos se acercan para revisarla. HIPÓCRATES les hace preguntas sobre la “cara fetal de la placenta” y sobre la “cara materna”.<sup>169</sup>

Luego revisa la cavidad vaginal de la paciente por unos segundos y se dispone a coser la episiotomía.<sup>170</sup> Mientras realiza esta acción sigue interrogando a los estudiantes. Como algunas cosas no son respondidas de manera correcta, su forma de llamarles la atención es advertirles que aunque no decidan elegir la especialidad de ginecoobstetras, cuando cursen el internado de pregrado y cuando tengan que hacer su servicio social, deberán atender partos frecuentemente, así que les conviene aprenderse muy bien los procedimientos.

Les explica que incluso si nunca van a cursar una especialidad y se quedan solamente como “médicos generales”, se les podría presentar una paciente parturienta en su consultorio, y entonces ¿cómo lo resolverían?

---

<sup>169</sup> “Tras el nacimiento del bebé, prosiguen las contracciones uterinas. Bajo su influencia, la placenta se desprende del útero y es expulsada a través de la vagina, ya sea por el efecto de los esfuerzos de la madre, ya sea gracias a una presión ejercida en el fondo del útero por la comadrona o el ginecólogo. El médico comprueba cuidadosamente la integridad de la placenta y de las membranas, para asegurarse de que el útero vacío puede retraerse sin obstáculos. Los sangrados, que habían aumentado, se reducen al mínimo.” Tomado de:

<http://bebe.doctissimo.es/enciclopedia-del-embarazo/alumbramiento.html>

Para más información al respecto consultar:

[http://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrBTvfn57tUTFEARDfD8Qt.;\\_ylu=X3oDMTE0ajl2a2lyBHNIYwNzcgRwb3MDNQRjb2xvA2JmMQR2dGikA01TWUIYMDFfMQ--/RV=2/RE=1421629544/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.fm.unt.edu.ar%2fds%2fDependencias%2fObstetricia%2fpresentacion%2fALUMBRAMIENTO\\_GMR.pps/RK=0/RS=ddX0YJr63AuSkmTO3Jp5zoMI3us-](http://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrBTvfn57tUTFEARDfD8Qt.;_ylu=X3oDMTE0ajl2a2lyBHNIYwNzcgRwb3MDNQRjb2xvA2JmMQR2dGikA01TWUIYMDFfMQ--/RV=2/RE=1421629544/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.fm.unt.edu.ar%2fds%2fDependencias%2fObstetricia%2fpresentacion%2fALUMBRAMIENTO_GMR.pps/RK=0/RS=ddX0YJr63AuSkmTO3Jp5zoMI3us-)

<sup>170</sup> “Es una cirugía menor que ensancha la abertura de la vagina durante el parto. Es un corte en el perineo (la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano)”. Tomado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000482.htm>



Luego les relata las peripecias de aprobar el examen nacional de residencias médicas, y correr además con la suerte de conseguir la primera opción de especialidad que elijan. Él tenía como primera opción, ser traumatólogo.<sup>171</sup>

Les cuenta que realizó el internado de pregrado en el Hospital General de México y que fue aspirante a realizar la residencia en Traumatología y Ortopedia en ese mismo hospital. Pero finalmente por cuestiones de puntaje en el examen, se quedaron dos personas que además luego renunciaron a sus plazas de residentes.

Narra que un tiempo después le ofrecieron a él una de esas plazas, pero ya había comenzado a cursar la residencia en Ginecología y Obstetricia (la segunda opción de especialidad que había marcado al inscribirse al examen) en este hospital y se negó a regresar al Hospital General de México. –Ellos se lo perdieron- afirma orgulloso.<sup>172</sup>

Más tarde, nos dirigimos nuevamente a la sala de labor, donde encontramos ya a PANDORA y HÉRCULES quejándose de que no tenían aún los resultados de laboratorio para operar a la paciente del embarazo ectópico. PANDORA saca su celular y marca al laboratorio molesta.

Le pregunto a HIPÓCRATES por qué no usan los teléfonos de la sala de urgencias. Me dice que porque “no funcionan bien y a veces los del laboratorio están ocupados. Mejor marcarles a sus celulares”.

---

<sup>171</sup> Por ejemplo, en el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas 2013, “participaron 25 mil médicos para la asignación de siete mil lugares. Se observó que las especialidades con el mayor número de plazas fueron: medicina familiar, medicina interna, pediatría, anestesiología, cirugía general y ginecoobstetricia. Lo llamativo es que, “para las autoridades de Salud, estas especialidades ya no responden al perfil epidemiológico del país. Ahora, señalan en sus análisis, se requieren expertos en áreas como geriatría, neumología, radiología, psiquiatría y medicina de rehabilitación.” Tomado de: <http://www.enarm.mx/noticias/mexico-carencia-de-especialistas-en-enfermedades-cronicas>

<sup>172</sup> Cabe aclarar que los aspirantes al Examen Nacional de Residencias Médicas, pueden optar por dos especialidades en primera y segunda opción, siempre que se encuentren en el mismo bloque de especialidades. El bloque en el que se encuentra Ginecología y Obstetricia, incluye también Cirugía General, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, y por último Traumatología y Ortopedia. En la convocatoria XXXVIII ENARM 2014, se explica que “El sustentante solo podrá ser seleccionado en su caso, para una de las dos especialidades elegidas, dependiendo del lugar que ocupe en el bloque conforme a su desempeño en el examen y con base a la prioridad que el mismo da a cada una de ellas: primera o segunda opción. Asimismo, el aspirante podrá rechazar la segunda opción, para lo cual deberá elegir en el sistema el mensaje: “Renuncio a segunda opción” y para continuar con el proceso de registro deberá contestar alguna de las justificaciones del catálogo correspondiente. La elección de curso de especialidad deberá ser muy cuidadosa por el médico aspirante ya que una vez concluido su registro, no se permitirán cambios de la especialidad en ninguna etapa del proceso”. Tomado de: [http://www.cifrhs.salud.gob.mx/2014\\_enarm/XXXVIII\\_ENARM\\_2014\\_CONVOCATORIA.pdf](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/2014_enarm/XXXVIII_ENARM_2014_CONVOCATORIA.pdf)

PANDORA le informa a HIPÓCRATES que los resultados ya están listos y éste le pide nuevamente al mismo interno de pregrado que llevó las muestras que vaya otra vez al laboratorio. Quince minutos más tarde preparan a la joven para el quirófano. La intervención fue exitosa aunque la paciente perdió un ovario. Me explican que esta es una complicación muy común de este tipo de embarazo y de todas formas la paciente puede quedar embarazada de nueva cuenta.

Pregunto si se podría haber evitado esa pérdida de haberse hecho el diagnóstico correcto más ágilmente, y me responden que es imposible de saber, porque aunque los del turno anterior lo hubieran hecho apenas ingresó la paciente, tal vez ésta ya venía con el ovario comprometido.

\*\*\*

Una mañana de julio, me encontré con PANDORA en los vestidores de urgencias y me pidió que antes de entrar a la sala de labor, la acompañara a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) porque hacía dos días le había tocado operar a una paciente adolescente que se hallaba muy grave.

Al llegar a la puerta de la UCI, PANDORA se encontró con un R4 de Medicina Interna, y lo interrogó angustiada sobre el estado de la paciente. Las cosas no iban nada bien y noté en ella una expresión de profunda preocupación. Mientras regresábamos al área de urgencias me platicó el caso: se trataba de una adolescente de 16 años que había ingresado al hospital en la madrugada del martes con apendicitis y 33 semanas de embarazo.

Los médicos del turno de la noche que la recibieron, registraron en el expediente que la paciente presentaba cólico y la dejaron conectada a un suero en la sala de labor.

Cuando ingresaron los del turno de la mañana, nadie detectó al principio qué estaba pasando, hasta que un residente corrió al quirófano en donde estaba PANDORA para avisarle que la paciente estaba muy mal.

Ella dejó a cargo de la cirugía que estaba haciendo al residente que la acompañaba en el quirófano y salió a revisar a la chica. En ese momento se dio cuenta que se trataba de apendicitis y llamó a un cirujano general para que la ayudara a operar de urgencia (para eso, la paciente llevaba ahí alrededor de siete horas)

Cuando finalmente hicieron la cirugía, el bebé ya estaba muerto y empezó a salir pus por todas partes. PANDORA me dijo nunca haber visto una cosa así.

Le pregunté qué opinaba sobre las posibilidades de la paciente de recuperarse, y me dijo –Sigue séptica y en terapia intensiva. Va a estar muy difícil que sobreviva.

Lo anterior me recordó lo dicho por PANDORA durante una de las tantas pláticas que tuvimos en alguno de los breves descansos que ocasionalmente toma entre cirugías. Justo hablábamos de que la ginecoobstetricia es una de las especialidades que más demandas recibe según la CONAMED.<sup>173</sup> Entonces ella me dijo:

Yo por eso, cuando puedo cerrar mi turno, pues lo cierro. Osea... si tengo una paciente que ya lleva varias horas en trabajo de parto, si me da tiempo de hacerle una cesárea, pues mejor la opero antes de que acabe mi turno. Porque aunque todo venga bien y pueda llegar a acabar en parto, si la dejo a cargo de los médicos del siguiente turno y algo llega a salir mal, pues yo también quedo como responsable y puedo tener problemas. Así que ni modo, cada vez que puedo dejo mi turno con todo resuelto.

Bauticé a esta forma de proceder como “cesárea administrativa”.

Al llegar a la sala de labor, PANDORA se dirigió directamente con ERIS (jefa de enfermeras). Mientras yo saludaba a una residente en pediatría, noté que AQUILES y HERA<sup>174</sup> se sumaban a la conversación. Me acerqué entonces a ellos.

Comentaban que si bien es difícil diagnosticar apendicitis en un embarazo avanzado, si revisas bien sí lo detectas. PANDORA agregó:

---

<sup>173</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

<sup>174</sup> Residente de ginecoobstetricia de segundo año.

–Ya no tocan a las pacientes, y las tienen que revisar bien. A la paciente hay que tocarla ¡Cómo ponen cólico donde debe decir abdomen agudo! Es porque no la revisaron bien.

Luego cada quien se fue a sus labores y yo me quedé unos minutos con ERIS. Le pregunté si creía posible que la familia de la adolescente iniciara una demanda, a lo que respondió:

Pues quién sabe, aquí en México... Está bien, la doctora era responsable del turno en el que se murió el bebé y la chavita no creo que la libre, pero... ¿para qué demandar? ¿Para qué arruinarle tantos años de carrera a la doctora si eso no les va a devolver a su nieto?- No tiene sentido. Además Dios ya nos tiene el camino trazado.

Regresé entonces al otro extremo de la sala donde HERA pasaba revista de las cuatro pacientes a su cargo que se encontraban en diferentes fases de labor de parto. Ese día las salas de labor y expulsión estaban muy concurridas por estudiantes. Mientras comentábamos este hecho ella me dijo:

Los estudiantes de ahora son muy pasivos, se quedan ahí parados, no le dicen Doctor deje que yo lo hago... y pues esa es la forma de aprender. Eso sí, les piden a sus papás que les compren estetoscopios carísimos (yo no tuve uno de esos hasta hace poco) pero no se esfuerzan lo suficiente. Me da coraje porque los papás de veras a veces se sacrifican mucho para que ellos tengan una carrera.

Hay demasiado ruido, le pregunto cómo hacen para escucharse entre tanto relajó. Me contesta: –Pues seleccionas lo que necesitas oír.

\*\*\*

En una de tantas ocasiones en las que estaba observando la sala de labor, el Dr. HIPÓCRATES, que se hallaba algo tranquilo en ese momento esperando que progresaran los tres trabajos de parto que estaba supervisando, me pidió que me acercara y me señaló la última camilla de su fila.

En ella yacía una mujer con rasgos indígenas, muy canosa y demacrada. HIPÓCRATES me explicó que la señora tenía 37 años, 7 hijos y dos abortos. Que estaba embarazada de 26 semanas y que cuando fue a revisión descubrieron que el feto había fallecido y pues le estaban induciendo el parto para que lo expulsara.<sup>175</sup> Estaba sola y se veía muy triste.

Nos acercamos e HIPÓCRATES levantó una sábana. Noté que había una especie de recipiente debajo de sus nalgas. Lloraba con calma y en silencio con una expresión que difícilmente olvidaré. El doctor revisó rápidamente, volvió a colocar el recipiente en su sitio y le dijo a la señora que tuviera paciencia, que pronto lograría expulsar el producto.

En ese momento, una mujer gimió a dos camillas de distancia y nos dirigimos ahí. HIPÓCRATES esperó que pasara la contracción y le hizo un tacto. Se volvió hacia mí y dijo: –Falta poco, tiene 8 de dilatación. Le pregunté cómo sabía que eran 8, cómo medían eso en un tacto.

Sacó entonces un guante desechable y me invitó a hacer uno. Por supuesto me negué rotundamente. Él se quedó perplejo, no podía entender mi negativa. Me dijo que no me asustara, que era fácil, que él podía enseñarme y que esa sería la mejor forma de entenderlo. Que no me diera pena.<sup>176</sup>

Una media hora más tarde, la señora del “producto muerto” empezó a gritar:

---

<sup>175</sup> Según la Guía de Práctica Clínica IMSS-567-12 “Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único”, existen dos formas de atender a la embarazada con muerte fetal intrauterina. “**Manejo expectante**: esperar en forma espontánea que inicie el trabajo de parto. **Manejo intervencionista**: propiciar el nacimiento a través de inducción para un parto vaginal o nacimiento por vía abdominal por medio de cesárea. Más del 85% de pacientes con muerte fetal desarrollan trabajo de parto espontáneamente dentro de tres semanas posteriores al diagnóstico, y en un 90% de estas ocurre en las primeras 24 horas de la muerte [...] La inducción del trabajo de parto debe ser ofrecida a pacientes en las que no esté contraindicado”.

Tomado de:

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567\\_GPC\\_Muertefetalconfetounico/567GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567_GPC_Muertefetalconfetounico/567GRR.pdf)

<sup>176</sup> Aquí vale la pena comentar que durante el tiempo que conviví con los residentes, algunos llegaron a “olvidar” por momentos que estaban en compañía de una pasante de sociología. Pero incluso cuando lo recordaban llegaban a solicitar que los ayudara en diversas tareas menores (como la colocación de material descartable en armarios o la localización del camillero en la zona de urgencias, etc.)

– ¡Doctor, doctor! ¡Siento que algo salió doctor! HIPÓCRATES se acercó tomó el recipiente, le dijo a la paciente algo que no alcancé a oír y se fue rápidamente hacia la sala de expulsión.

Lo seguí y vi que le entregaba el “producto” a una residente de tercer año de pediatría que se encontraba acomodando material luego de un parto. Cuando regresé a la sala de labor, la mujer seguía en la camilla con su pena y su llanto silencioso. Nadie estaba ahí para contenerla.

\*\*\*

En las ocasiones en que observé en quirófano la práctica de cesáreas, noté, como era de esperarse, ciertas regularidades en relación con las intervenciones de los diferentes participantes. Y esto no se relaciona solo con las maniobras de rutina que se llevan a cabo, sino también con los momentos en los que se platica (y el contenido de dicha plática), y aquellos en los que se hace un absoluto silencio.

En los primeros 15 minutos, además de la paciente, están en el quirófano el anestesiólogo, la enfermera, el instrumentista y el residente que realizará la cirugía bajo la supervisión del médico adscrito<sup>177</sup>. Luego de que el anestesiólogo coloca la anestesia epidural, con asistencia de los demás para sostener a la paciente en la posición adecuada (actividad que realizan muy concentrados y sólo hablan para dar indicaciones a la mujer) se ponen a platicar de cualquier cosa mientras la enfermera y el residente preparan el cuerpo de la paciente con la colocación de los campos quirúrgicos, la solución desinfectante, etc.

---

<sup>177</sup> Las cesáreas (al menos en el turno mañana de este hospital) son realizadas por los residentes de tercer y cuarto año bajo la supervisión del médico adscrito. Nunca observé a un residente realizando este procedimiento sin supervisión, aunque me relataron que en el turno de la noche esto sí ocurre, porque los adscritos (que llegan muy cansados debido a que algunos días trabajan también en otros hospitales durante la tarde) duermen la mitad del tiempo, y entonces dejan que los residentes tomen las decisiones y operen solos.

Muchas mujeres lloran al recibir la anestesia, incluso se quedan temblando, con expresión de pánico. En general nadie las contiene. En muy contadas ocasiones llegué a observar que alguna enfermera o el propio anestesiólogo, como que se acuerdan en medio de la plática con los colegas que la paciente está ahí y le toman la mano o le dedican algunas palabras de aliento.

Luego ingresan el médico adscrito y el pediatra en turno. También puede ser que algún residente de menor jerarquía se presente para observar. Ya que están todos listos en sus posiciones y se da inicio a la cirugía, empiezan los chismes con respecto al hospital (en general hablan de todo lo que hicieron mal los del turno anterior, en este caso los de la noche). Luego se siguen con chismes hospitalarios de otro tipo y, cuando ese tópico se agota, pasan a platicar de cualquier cosa (incluso a bromear).

Pero de repente, como por arte de magia, todos callan. Silencio sepulcral. Se respira concentración absoluta e incluso algo de tensión. Trascurren los segundos y entonces el bebé es extraído del vientre materno. Luego de que se hace el corte de cordón se entrega el recién nacido al pediatra para que realice la rutina de revisión.

Acto seguido, la placenta es retirada y revisada. Como un minuto después de esta acción, comienzan a quitar las gasas ensangrentadas del cuerpo de la paciente, las cuales arrojan a una tela que se encuentra extendida al pie de la camilla, mientras cuentan en voz alta cada una.<sup>178</sup>

Las madres, en general, reflejan gran ansiedad en sus expresiones. Al escuchar el llanto de su bebé voltean para todas partes sin lograr verlo, y si ellas no hacen ninguna pregunta, nadie les explica qué está sucediendo.

Luego del recuento de gasas se reanuda la plática, ya a un ritmo más pausado, el cual vuela a incrementarse conforme se acerca el momento de suturar la herida. El bebé es “presentado” a su madre por el pediatra, quien lo coloca frente al rostro de la mujer por escasos segundos, y luego se lo lleva al cunero de transición.

---

<sup>178</sup> El espectáculo de gasas ensangrentadas volando, puede resultar algo dantesco para un lego en la materia. Me explicaron que hacen esto para no olvidar ninguna gasa dentro del cuerpo de la paciente.

Cuando inicia la sutura de la herida, sólo quedan en la sala el residente, la enfermera y el anesthesiólogo. Luego la enfermera y el residente se disponen a vendar a la paciente, tarea que dura varios minutos, ya que implica mover el cuerpo de un lado a otro de la camilla. Ya la plática es sobre cualquier tema (a veces se retoma algún chisme, dependiendo de la trascendencia que este haya tenido). Al finalizar el vendaje, se llama al camillero y la paciente es trasladada a la sala de recuperación.



## *Comentarios sobre las observaciones realizadas en el espacio de Urgencias*

*En efecto, se puede comparar el campo a un juego.*

Pierre Bourdieu, Loïc J.D. Wacquant, *Respuestas. Por una antropología reflexiva.*

Sin duda, el área de Urgencias del hospital, tanto en el momento en que fue compartida por todas las especialidades que realizan intervenciones quirúrgicas, como en aquél en el que finalmente las cosas regresaron a la normalidad (cada servicio con su respectivo quirófano) fue el espacio en el que, por las características del trabajo ahí realizado y de lo que se pone en juego, pudimos ver más claramente el despliegue de algunas de las luchas que parecen ser las más relevantes para los ginecoobstetras (al menos en ese hospital), tanto para los que se hallan en formación, como para los que ya ocupan una posición consolidada en el subcampo.

La forma en la que se organizan ciertas tareas, como por ejemplo, quiénes atienden los partos, quiénes las cesáreas y otras cirugías, etc., da cuenta de qué capitales son los que importa acumular para garantizar una posición respetable en el campo.

Cuando, por ejemplo, un residente invita a los internos de pregrado o a otros colegas presentes en ese momento (¡incluso al sociólogo!) a realizar un tacto, contraviniendo la normativa escrita que rige la práctica,<sup>179</sup> el exceso de intervenciones sobre los cuerpos de las pacientes con fines educativos también responde a esa lógica de acumulación.

El poder construir un diagnóstico certero es igualmente de suma importancia, y cuando se revisa a una paciente el médico de mayor jerarquía es el que primero hace las preguntas, secundado por los otros en estricto orden jerárquico, y la discusión posterior también se lleva a cabo respetando esa lógica de posiciones.

---

<sup>179</sup> La cual indica que se debe registrar el “progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y el criterio del médico”, Véase: Guía de Práctica Clínica “Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo” (p.39), disponible en:

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodelParto/IMSS\\_052\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf)

Dice Bourdieu:

Un capital o una especie de capital es el factor eficiente en un campo dado, como arma y como apuesta; permite a su poseedor ejercer un poder una influencia, por tanto, existir en un determinado campo, en vez de ser una simple “cantidad deleznable”. En el trabajo empírico, una sola y misma tarea es la de determinar qué es el campo, cuáles son sus límites, qué tipos de capital operan en él, dentro de qué límites se resienten sus efectos, etc.<sup>180</sup>

Cuando AQUILES afirma que los internos de pregrado son los que deben atender los partos, por ser esta una labor más sencilla,<sup>181</sup> y es además enfático al afirmar que una enfermera no podría hacerlo, o cuando PANDORA explica que en los primeros años de residencia las posibilidades de realizar cirugías son muy escasas y éstas se incrementan en los últimos años, resulta evidente que el dominio de diversos tipos de cirugía (entre ellos las cesáreas) es una de las principales características que distinguen a los ginecoobstetras de las enfermeras, los internos de pregrado y los médicos residentes de los dos primeros años (volveremos sobre este asunto y la importancia que tiene para el subcampo ginecoobstétrico en las conclusiones).

Así, tenemos *apuestas* que son, en lo esencial, resultado de la competición entre los jugadores; una *inversión en el juego*, Illusio (de *ludus*, es decir, juego): los jugadores están atrapados por el juego. Y si no surgen entre ellos antagonismos, a veces feroces, es porque otorgan al juego y a las apuestas una creencia (*doxa*), un reconocimiento que no se pone en tela de juicio (los jugadores aceptan, por el hecho de participar en el juego, y no por “contrato”, que dicho juego es digno de ser jugado, que vale la pena), y esta *colusión* forma la base de su competición y conflictos.

La riña de PANDORA con el servicio de Cirugía, puede interpretarse como una suerte de pequeña revolución simbólica que la condujo a ocupar el quirófano por ocho horas atacando el orden jerárquico que permite a los cirujanos, al menos en ese hospital, gozar de privilegios que hacen posible acciones fuera de algunas de las normas y procedimientos escritos.

---

<sup>180</sup> Bourdieu, Pierre, Wacquant, Loïc, J.D., *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, Op. Cit., p.65.

<sup>181</sup> Lo cual no es completamente cierto, dado que también tiene su grado de complejidad. Por otro lado, PANDORA durante la entrevista exploratoria y cuando hablábamos sobre las diferencias entre el parto y la cesárea, dijo en tono de reclamo: “No entiendo por qué en la privada se cobra más cara la cesárea que el parto natural. Deberían pagarnos más por los partos, porque éstos dan muchísimo más trabajo”.

Este episodio considerado como atípico dentro del cúmulo de observaciones recabadas, cobra importancia justamente porque es un ejemplo más que refuerza la hipótesis de que los ginecoobstetras pueden llegar a practicar cesáreas por razones que nada tienen que ver con las indicadas en la literatura médica.

Por último, la práctica narrada por PANDORA de “cerrar” el turno con una cesárea para evitarse problemas, nos llevaron a reflexionar sobre los límites del subcampo ginecoobstétrico y cómo la autonomía de éste puede ponerse en juego.

En el siguiente apartado, dedicado a las conclusiones generales sobre esta investigación, profundizaremos sobre este y otros aspectos clave detectados en nuestro intento por comprender qué de las relaciones y prácticas que estructuran el subcampo de la medicina ginecoobstétrica, puede estar influyendo en el incremento de cesáreas en hospitales públicos.

## *A modo de conclusión*

*El motor – lo que a veces se llama la motivación-  
no está en el fin material o simbólico de la acción,  
como afirma el finalismo ingenuo,  
ni en las imposiciones del campo, como afirma la visión mecanicista.  
Está en la relación entre el habitus y el campo  
que hace que el habitus contribuya a determinar lo que lo determina.*

Pierre Bourdieu, *Lección sobre la lección.*

Como mencionábamos al comienzo de esta tesis, en diferentes ámbitos se ha venido señalando que los nacimientos efectuados por vía quirúrgica, es decir las cesáreas, se incrementaron notablemente en América Latina desde los años noventa, aumentando de manera alarmante para el caso de México, país en el que más operaciones de esta naturaleza se practicaron en el año 2012.

Algunas reflexiones realizadas desde las ciencias de la salud, concluyen que existe una correlación entre el aumento de cesáreas y la morbilidad y mortalidad post parto, y que el incremento de esta práctica quirúrgica puede deberse a cuestiones relacionadas con la formación de los especialistas.

Asimismo, se empezó a escribir sobre el tema en los periódicos, apuntando a que la razón principal del aumento de cesáreas en México, se debe fundamentalmente a que este tipo de intervención genera mayores ingresos para los médicos y les permite organizar de manera más eficiente su tiempo. Si bien probablemente algo de esto es cierto para el caso de quienes trabajan en hospitales privados, poco se ha dicho sobre las razones del incremento en el ámbito público.

Cuando empezamos a investigar el estado del arte, notamos que desde la sociología no se había planteado este problema en específico teniendo en cuenta la forma en que se organiza la práctica médica de los ginecoobstetras.<sup>182</sup> Pensamos entonces que, guiados

---

<sup>182</sup> Al menos no con respecto al incremento de cesáreas. Cabe aclarar que, como se mencionó anteriormente, Roberto Castro sí utiliza conceptos bourdianos para dar cuenta de la violación de derechos reproductivos

por la óptica bourdiana, tal vez podríamos hacer visibles otros factores que nos ayudaran a identificar lógicas prácticas diferentes a las de tipo económico, que también pudieran estar influyendo en el aumento de esta intervención quirúrgica.

Con esta idea en mente, nos dimos a la tarea de tratar de explicar sociológicamente cómo era posible que se estuviera dando una discrepancia tan marcada entre los criterios institucionales generados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), avalados por la Secretaría de Salud y que incluso han sido formalizados mediante la emisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993,<sup>183</sup> reflejándose en las Guías de Práctica Clínica que norman la práctica de los ginecoobstetras, y aquellos que posibilitan que en el quehacer hospitalario cotidiano se tomen decisiones que muchas veces contradicen dichos criterios.

Como se explicó en el segundo capítulo de esta tesis, durante el periodo de realización de las observaciones en el hospital y con Bourdieu en mente, surgió la interrogante de si efectivamente estábamos ante lógicas de campo y, de ser ese el caso, si la medicina ginecoobstétrica conformaría un subcampo de la medicina en general. Debido a que identificamos la presencia de ciertos elementos (luchas, capitales específicos, objetos en juego, sujetos con *Illusio*) que bien podrían indicar la existencia de un subcampo, finalmente decidimos emplear esta herramienta bourdiana para tratar de dar cuenta del problema que nos ocupa: el incremento de cesáreas clínicamente injustificadas en hospitales públicos.

Lo anterior, aun siendo conscientes de que no sería factible comprobar empíricamente la existencia de un campo o subcampo a partir del estudio de un solo caso.<sup>184</sup>

---

en hospitales públicos. A ese respecto, véase: “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, *Op. Cit.*, pp.167-197. Por otra parte, sí hay reflexiones desde la demografía en torno al incremento de cesáreas, algunas de las cuales fueron citadas en el primer capítulo de esta tesis, pero ninguna de ellas explica el problema en clave sociológica.

<sup>183</sup> Todos los hospitales cuentan con guías de práctica clínica para la atención del embarazo, el parto, la cesárea y el puerperio, las cuales fueron elaboradas con la colaboración de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y con la aspiración de convertirse en “un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, teniendo como objetivo reducir la variabilidad de la práctica clínica, así como el uso de intervenciones innecesarias o inefectivas, facilitar el tratamiento de pacientes con el máximo beneficio y el menor riesgo a un costo aceptable”. Véase esta información en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/dir\\_gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/dir_gpc.html):

<sup>184</sup> Ya que, como se explicó anteriormente, ello excede los alcances de esta tesis, y se necesitaría para ello llevar a cabo una investigación más general.

Como resultado de las observaciones realizadas en el espacio de Urgencias del hospital, detectamos que uno de los criterios no escritos de gran peso, no sólo práctico sino también simbólico, que define la lógica interna del subcampo ginecoobstétrico, es la importancia de dominar la realización de diversos tipos de cirugía (entre ellos las cesáreas) sobre todo durante los años de residencia.

Sumado a las observaciones en campo, lo dicho por AQUILES en ese contexto sobre los internos de pregrado (específicamente que a ellos les corresponde atender los partos porque es lo más sencillo) y la aclaración en torno a que, si bien resulta más fácil que hacer una cesárea, las enfermeras solas no podrían atender partos eutócicos, podría pensarse al menos en dos distinciones:

- 1) Entre el subcampo de la ginecoobstetricia y el de la enfermería, ya que una de las principales características que distingue a los ginecoobstetras de las enfermeras es la pericia para realizar procedimientos quirúrgicos.
- 2) Al interior del campo de la medicina, en donde los médicos residentes de los últimos años y los médicos adscritos, se distinguen de los médicos residentes de menor jerarquía así como de los internos de pregrado (quienes aún no están cursando ninguna especialidad), a los que delegan las tareas de menor estatus, es decir, aquellas en las que el tipo de capital por acumularse no resulta ya tan codiciado tanto por los médicos residentes de mayor jerarquía, como por los ginecoobstetras que ya concluyeron la especialidad.

Dice Bourdieu:

La cuestión sobre los límites del campo *siempre se plantea dentro del campo mismo* y, por consiguiente, no admite ninguna respuesta *a priori*. Los participantes en un campo [...] procuran en todo momento diferenciarse de sus rivales más cercanos, a fin de reducir la competencia y establecer un monopolio sobre un determinado subsector del campo [...] Asimismo, los participantes se esfuerzan por excluir del campo a una parte de los colegas

actuales o potenciales, aumentando, por ejemplo, el valor del derecho de ingreso o imponiendo cierta definición de pertenencia al mismo.<sup>185</sup>

En relación con la importancia que reviste entonces para los ginecoobstetras acumular capitales que les permitan convertirse en buenos cirujanos, recordemos también lo que relata PANDORA en torno al residente que tuvo pocas oportunidades de realizar cesáreas y que le pide que lo deje operar, a lo que ella reacciona diciéndole que entonces esperen a que se presente un caso, “o uno dudoso”, para llevar una cirugía a cabo, y explica que esto ella lo hace porque le interesa que sus alumnos practiquen, aprendan.

En síntesis, la capacidad para realizar cirugías parece situar a los ginecoobstetras en un estatus superior, al menos en aquella fracción de su práctica que se relaciona con la atención de nacimientos, lo que puede estar conduciéndolos a emplear la operación cesárea aún en ocasiones en donde no se justifica.

Por otra parte, si bien fue atípico en el contexto de las observaciones realizadas, el episodio que se narra en el tercer capítulo de esta tesis en relación con la ocupación que hizo PANDORA durante todo su turno del único quirófano disponible, en la época en que, por encontrarse el hospital en remodelación, los tres servicios que realizan cirugías se vieron obligados a compartir el espacio de Urgencias, dicho suceso refuerza la hipótesis de que los ginecoobstetras pueden llegar a realizar cesáreas por razones que nada tienen que ver con los criterios estrictamente médicos que deberían emplearse.

En este caso se trató de una pequeña revolución simbólica realizada por PANDORA para atacar el orden jerárquico que permite a los cirujanos (al menos en ese hospital) gozar de privilegios que hacen posible acciones fuera de algunas de las normas y procedimientos escritos.

Otro aspecto observado de vital importancia que puede estar generando un incremento médicamente injustificado de cesáreas, es aquél asociado al temor de los ginecoobstetras de ser demandados por una mala praxis, o bien, aunque no se llegue a esa instancia, ser sancionados por la institución en la que se trabaja.

---

<sup>185</sup> Bourdieu, Pierre, Wacquant, Loïc, J.D., *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, Op.Cit., p.66.

Durante las entrevistas exploratorias, nos fue narrado que la muerte materna es la muerte hospitalaria más perseguida en las instituciones de salud, debido a que resulta prácticamente inadmisibles que en pleno siglo XXI mujeres en edad reproductiva fallezcan por causas asociadas a la maternidad.<sup>186</sup>

Cuando le preguntamos a PANDORA sobre este asunto, ella dijo:

Cuando fallece una paciente, ese caso se ve eh... hay un consejo. Hay un consejo técnico de morbi-mortalidad materna. Entonces revisan el expediente a ver qué sucedió, por qué falleció, si hubo error médico o fue por la paciente que ya llegaba mal, ¿no? O sea de que... si hay pacientes que llegan pues convulsionando, o pacientes con insuficiencia renal crónica que nunca se revisaron, pacientes diabéticas, pacientes con enfermedades inmunológicas, o sea... a nivel institucional vemos de todas las patologías, de todas las patologías y hay pacientes... pues sí... demasiado descuidadas [...]

Luego en la práctica, vimos a PANDORA realizar cesáreas innecesarias. También la escuchamos justificar este proceder al explicar que, en ocasiones, realiza esta cirugía para “cerrar” su turno y evitar así quedar implicada en la cadena de responsabilidades, si acaso los del turno siguiente incurren en algún acto negligente.

Observamos entonces que esta reglamentación hospitalaria (la existencia de un consejo técnico que investiga los casos de morbilidad y mortalidad materna), puede estar impactando en la práctica que interesa a esta investigación: las cesáreas clínicamente injustificadas.

Por lo tanto, en términos bourdianos, podríamos decir que elementos de la lógica institucional que ordenan el trabajo hospitalario, específicamente de lo que podríamos denominar como “subcampo administrativo”, se infiltran en el subcampo ginecoobstétrico imponiendo criterios provenientes del campo jurídico, lo cual puede estar conduciendo a los ginecoobstetras a reaccionar llevando a cabo cesáreas

---

<sup>186</sup> Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, planteados por Naciones Unidas, se señala la pretensión de disminuir en un 75% las muertes maternas que se registran a nivel mundial. En el Sistema de Información Científica Redalyc, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, pueden consultarse diversos artículos que analizan lo que en México se ha venido realizando en relación con esta meta.



innecesarias, con el fin de evitar una investigación y posterior sanción por parte de la institución, o bien una demanda.<sup>187</sup>

Más allá de que en la presente investigación no tengamos elementos para probar que el área administrativa del hospital funcione efectivamente como un “subcampo”,<sup>188</sup> la realización de lo que hemos bautizado como “cesárea administrativa”, podría explicarse siguiendo a Bourdieu como un problema de pérdida de autonomía del subcampo ginecoobstétrico con respecto al subcampo administrativo.<sup>189</sup>

Por lo anterior, creemos que sería muy valioso explorar más a fondo este aspecto en futuras indagaciones, con el fin de averiguar si la práctica de cesáreas por razones administrativas, es realizada frecuentemente por otros ginecoobstetras y en otros hospitales.

Y no sólo por tratar de evitar sanciones o demandas, sino también por otras cuestiones de orden institucional, ya sea que se relacionen con las condiciones laborales de los médicos, o con las condiciones materiales de los hospitales.

Y esto habría que investigarlo seleccionando una muestra representativa en diferentes tipos de hospitales públicos, tomando en cuenta todas las etapas de formación de los residentes en Ginecoobstetricia, así como la trayectoria profesional de diversas generaciones de médicos que ya concluyeron esa especialidad. Dice Bourdieu:

A riesgo de caer en una redundancia, diré que un campo puede concebirse como un espacio donde se ejerce un efecto de campo, de suerte que lo que le sucede a un objeto que atraviesa este espacio no puede explicarse cabalmente por sus solas propiedades intrínsecas. Los límites del campo se encuentran en el punto en el cual terminan los efectos del campo.<sup>190</sup>

---

<sup>187</sup> Sobre los puntos de contacto con el campo jurídico, es interesante la afirmación que hace Luz María Carrillo Fabela “[...] se deberá tener especial cuidado en la elaboración e integración del expediente clínico, pues más allá de su importancia desde el punto de vista médico, trasciende al terreno del derecho penal, civil y administrativo, aportando elementos jurídicos importantes para el periodo procesal de pruebas”. En: Luz María R. Carrillo Fabela, *La responsabilidad profesional del médico en México*, *Op.Cit.*, p.92.

<sup>188</sup> Debido a que el propósito que perseguimos cuando construimos el problema, no era explicar la autonomía del subcampo ginecoobstétrico, sino parte de la práctica médica.

<sup>189</sup> Vale la pena recordar que, como se explicó en el segundo capítulo de esta tesis, si bien la autonomía de cualquier campo siempre es relativa, las exigencias provenientes de otros campos que llegan a infiltrarse, pueden provocar alteraciones que amenacen en diversos grados la autonomía conquistada.

<sup>190</sup> Bourdieu, Pierre, Wacquant, Loïc, J.D., *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, *Op. Cit.*, p.67.

Y es este efecto de campo el que produce, entre otras cosas, la práctica de cesáreas innecesarias.

Si bien mediante la elaboración de esta tesis hemos observado una porción ínfima de la práctica de la Ginecoobstetricia en México, ha sido un buen ejercicio sociológico intentar comprender el problema del aumento de las cesáreas médicamente injustificadas utilizando herramientas bourdianas.

Por lo tanto, consideramos que sería válido derivar de aquí otras investigaciones desde esa misma óptica (incluso combinada con otras para lograr una mayor fuerza explicativa), no sólo con el fin de profundizar sobre las posibles “luchas” que estarían influyendo en el incremento de cesáreas (o bien generar nuevas preguntas), sino también, por qué no, para emprender la labor de caracterizar el subcampo de la Ginecoobstetricia en México.

Para ello, tal vez habría que reconstruir su historia,<sup>191</sup> y también determinar el lugar que hoy ocupa dentro del campo médico en general en relación con otras especialidades, explorando al mismo tiempo cómo se relaciona con otros campos (derecho, político, económico).

La noción de campo [...] promueve un modo de construcción que debe ser repensado de cero todo el tiempo. Nos fuerza a *plantear* preguntas: sobre los límites del universo que se investiga, cómo está “articulado”, para qué y hasta qué punto, etc. Ofrece un sistema coherente de preguntas recurrentes que nos salva del vacío teórico del empirismo positivista y de la nulidad empírica del discurso teorícista.<sup>192</sup>

---

<sup>191</sup> Desde las parteras sin instrucción formal, pasando por la instauración de la carrera de partería, que implicaba dos años de formación, en la segunda mitad del siglo XIX (en 1841 se tituló por vez primera una partera en México) “Hasta antes de 1950 se observó el surgimiento y desarrollo de la partería profesional en México. Esta carrera es creada en el siglo XIX por la profesión médica como medio de eliminar a las parteras tradicionales y de acceder a las embarazadas, parturientas y puérperas. La relación entre médicos y parteras no estuvo nunca exenta de contradicciones, pero éstas se agudizaron a partir de la instauración de la ginecología como especialidad en México. A mediados del siglo XX, los médicos limitaron de manera creciente el campo de actividad hasta que la partería profesional fue eliminada”. *Cfr.* Pérez Cabrera I., Castañeda Godínez C., “Antecedentes históricos de las parteras en México”, en: [http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj\\_antecedent\\_historic\\_parter\\_mexico.pdf](http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_antecedent_historic_parter_mexico.pdf), publicado el martes 3 de julio de 2012.

<sup>192</sup> Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc, J.D., *Una invitación a la sociología reflexiva*, *Op.Cit.*, p.149.

## ANEXO A

### **Indicaciones absolutas y relativas para la operación cesárea<sup>193</sup>**

#### Indicaciones absolutas de operación cesárea

- Cesárea iterativa
- Presentación pélvica
- Sufrimiento fetal
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Placenta previa
- Placenta de inserción baja
- Incisión uterina corporal previa
- Presentación de cara
- Prolapso del cordón umbilical
- Hidrocefalia
- Gemelos unidos
- Infecciones maternas de transmisión vertical (VIH)
- Embarazo pretérmino (< 1500 gramos de peso fetal)
- Condilomas vulvares grandes

#### Indicaciones relativas de operación cesárea

- Desproporción cefalopélvica
- Enfermedad hipertensiva del embarazo
- Ruptura prematura de membranas
- Embarazo postérmino
- Embarazo múltiple

---

<sup>193</sup> Según lo publicado en la *Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2014, p.43, Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/048GER.pdf>, p.43.

- Isoinmunización materno-fetal
- Diabetes mellitus
- Antecedente de decíduomiometritis
- Antecedente de metroplastia
- Antecedente de miomectomía
- Miomatosis uterina
- Compromiso de histerorrafia
- Oligohidramnios
- Cirugía vaginal previa
- Primigesta añosa
- Cesárea electiva

## ANEXO B

### **Derechos de los pacientes**

#### 1.- RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA.

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención, así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

#### 2.- RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO.

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

#### 3.-RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ.

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustado a la realidad.

#### 4.- DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN.

El paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

#### 5.- OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

#### 6.- SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD.

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

#### 7.- CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN.

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

#### 8.- RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA.

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

#### 9.- CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO.

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.

#### 10.- SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA.

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

## Bibliografía y fuentes de información

- 1) Ballesteros Leiner, Arturo, *Max Weber y la sociología de las profesiones*, México, UPN, 2007.
- 2) Biasotti, Agustín, “InneCesáreas”, en el periódico *Página 12*, Buenos Aires, sábado 15 de marzo del 2003.
- 3) Bourdieu, Pierre, *Cuestiones de sociología*, Madrid, Akal Itsmo, 2008.
- 4) \_\_\_\_\_, *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, México, Taurus, 2012.
- 5) \_\_\_\_\_, “Las formas del capital. Capital económico, capital cultural y capital social” en: *Poder, derecho y clases sociales*, Bilbao, Desclée, 2000.
- 6) \_\_\_\_\_, *Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario*, Barcelona, Anagrama, 1997.
- 7) \_\_\_\_\_, *Lección sobre la lección*, Barcelona, Anagrama, 2002.
- 8) \_\_\_\_\_, *Meditaciones pascalianas*, Barcelona, Anagrama, 1999.
- 9) \_\_\_\_\_, *¿Qué significa hablar?*, Madrid, Ediciones Akal, 2001.
- 10) \_\_\_\_\_, *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Barcelona, Anagrama, 2007.
- 11) \_\_\_\_\_ y Wacquant, Loïc, J.D., *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, México, Grijalvo, 1995.
- 12) \_\_\_\_\_ y Wacquant, Loïc, J.D., *Una invitación a la sociología reflexiva*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, 2012.
- 13) Brugeilles, Carol, “Las cesáreas ¿Un medio para regular la fecundidad? *Coyuntura Demográfica*, 2014, n.6, pp.35-41.
- 14) Castro, Roberto, “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, *Revista Mexicana de Sociología*, núm. 2, Vol. 76, México, UNAM/IIS, abril-junio, 2014, pp.167-197.



- 15) Castro, Roberto, *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, Cuernavaca, CRIM-UNAM, 2000.
- 16) Castro, Roberto, “Sociología médica en México: el último cuarto de siglo”, *Revista Mexicana de Sociología*, núm. 3, Vol. 63, México, UNAM/IIS, julio-septiembre, 2001, pp.271-293.
- 17) Castro, Roberto, *Teoría social y salud*, Buenos Aires: Lugar Editorial, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2011.
- 18) Castro Vázquez, María del Carmen, “Habitus lingüístico y derecho a la información en el campo médico”, *Revista Mexicana de Sociología*, núm. 2, Vol. 78, México, UNAM/IIS, abril-junio, 2011, pp.231-259.
- 19) Carrillo Fabela, Luz María Reyna, *La responsabilidad profesional del médico en México*, México, Porrúa, 2005.
- 20) Erviti, Joaquina, Roberto C., Sosa I., “Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México”, en: *Estudios Sociológicos*, COLMEX, Vol. XXIV, núm.72, septiembre-diciembre de 2006.
- 21) Fajardo-Dolci, Germán E., Hernández Torres, F., et. al. “Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007”. *Salud Pública de México*, 2009, vol.51, n.2.
- 22) Freidson, Eliot, *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona, Ediciones Península, 1978.
- 23) Galindo, Jorge, *Entre la necesidad y la contingencia: Autoobservación teórica de la sociología*, Rubí (Barcelona): Anthropos Editorial; México: UAM, Unidad Cuajimalpa, 2008.
- 24) Gómez E, Delgado M, González E., “Morbilidad materna por sepsis en cesárea”. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1987;13(3):335-343.
- 25) González Pérez Guillermo J., Vega López M.G., Cabrera Pivaral, C.E., et.al., *Cesáreas en México: aspectos sociales, económicos y epidemiológicos*, México Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2011.
- 26) Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M., *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*.Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
- 27) Hernández Peñafiel JA, López Farfán JA, Ramos Álvarez G, López A, “Análisis de casos de muerte materna ocurridos en un periodo de 10 años”, *Ginecología y Obstetricia de México*, Volumen 75, Núm.2, febrero de 2007.

- 28) Instituto Mexicano del Seguro Social, *Guía de práctica clínica para la realización de operación cesárea*, México, 2009.
- 29) Instituto Mexicano del Seguro Social, *Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea*, México, 2014, Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/048GER.pdf>
- 30) Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. “Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término” (Cochrane Review) In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 4, 2007, Oxford: Update Software.
- 31) Muñoz Enciso, José Manuel, Rosales-Aujang, E., et. al., “Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?”, *Ginecología y Obstetricia de México*, 2011, vol.79, n.2, pp.67-74.
- 32) Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, et.al., *Encuesta nacional de salud 2000, Tomo 2, La salud de los adultos*. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
- 33) Pérez Cabrera I., Castañeda Godínez C., “Antecedentes históricos de las parteras en México”, en: [http://www.aniorte.net/archivos/trabaj\\_antecedent\\_historic\\_parter\\_mexico.pdf](http://www.aniorte.net/archivos/trabaj_antecedent_historic_parter_mexico.pdf), publicado el martes 3 de julio de 2012.
- 34) Puente Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, “Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados”, *Salud Pública de México*, vol. 46, núm.1, enero-febrero de 2004.
- 35) Rodríguez Nuñez A, Córdova Rodríguez A, Álvarez M, “Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave”, *Rev Cubana Obstet Ginecol* [online]. 2004, vol.30, n.3 [citado 2013-05-24]. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2004000300006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000300006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3062.
- 36) Rosales Aujang, Enrique, Felguérez Flores, J.A., “Repercusión demográfica de la operación cesárea”, *Ginecología y Obstetricia de México*, 2009, vol.77, n.8, pp.362-366.
- 37) Sánchez González, Jorge Manuel, Carlos T.T., et. al., “Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización”, en: *Cirugía y Cirujanos*, Vol. 73, N°3, mayo-junio 2005, México.
- 38) Sánchez GR, Ortiz OHI, Chávez MA., “Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa”. *Rev Fac Med UNAM* 2003; 46 (1).
- 39) Secretaría de Salud, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer*

*durante el embarazo, parto, y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, México, 1993.

- 40) Secretaría de Salud, *Programa de Acción específico 2007-2011 Diabetes Mellitus*, México, 2008.
- 41) Semberoiz, Alfredo, *El momento ético. Sensibilidad moral y educación médica*. Buenos Aires, Biblos, 2012.
- 42) Sosa Fuentes, Sylvia Maribel, *Esbozo de la práctica sociológica en México*, Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 2016.
- 43) Suárez D., “Cesárea: uso y abuso”, *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997;53 (2):71-8.
- 44) Tarrés, María Luisa, Coord., *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, FLACSO, COLMEX, 2004.
- 45) Wirakusumah EF, “Maternal and perinatal mortality/morbidity associated with cesarean section in Indonesia”. *J Obstet Gynecol.* 1998;21(5):475-81.
- 46) Villanueva, ELA, “Operación cesárea: una perspectiva integral”. *Rev Fac Med UNAM* 2004; 47 (6).

## *Agradecimientos*

No es tarea fácil agradecer a todas las personas que creyeron en este proyecto y me apoyaron o me inspiraron de mil formas diferentes, y también a los afectos de ayer y hoy. De todas formas, vale la pena intentarlo.

En primer lugar a la Dra. PANDORA, por brindarme su confianza y solidaridad (desde abrirme las puertas del hospital, hasta prestarme sus “pijamas” de quirófano) y a todos los médicos del área de ginecología y obstetricia del turno mañana del hospital X: adscritos, residentes, internos de pregrado y doctores de otras especialidades. También a las enfermeras, camilleros y trabajadora social. Gracias a todos por su infinita paciencia y amabilidad. A los médicos que participaron en las entrevistas exploratorias (especialmente al buen Doc Memo y a Marcos). A Jorge Morales por llevarme y traerme del hospital y aguantar mis saques de onda durante la primera semana de observaciones.

A mi familia. La de Argentina, la de México y la de Noruega. Siempre conmigo (incluso los que están a miles de kilómetros) y apoyándome. Gracias infinitas a Leo, Vale, Mariela, Daniel, Camila, Nora, Diego, Martín, Chela, Beti, Pehuén, Roberto, Nuchi, Mateo, Germán, Caros, Alejandro Meza, Timian, Federico, Magdalena, Miguel Añorve, Ángel “Alex”, Cinthya, Iker, Natalie, Edmundo, Gilda, Majo, Pablis, Florencia, Hugo, Santiago, Charito, Lulú y Lupita. También a los que partieron y siempre estarán en mi corazón: Cristina, Miguel Corral, Laura, Juan, Hugo, Elsa, Belia, Emilia, Josefina, Amanda, Américo y Rauli.

A mis amigos (mi familia adoptiva). Nuchi y Ger, sí... otra vez. Si no fuera por ustedes me cae que no hubiera llegado a México ¡Los amo! También a Caco Fraiman, Makia Lara, Luisa Guala, Sayuri, Andrés “Chico Sprite”, Meme, Juliana, Chad, Liz, Pino, Carrasco, Chich, Sylvia Sosa, Pablo Langer, Tans Turner, Gabi Gutiérrez, La Bellini, Nico Villasante, Sole Perich, Vane, Pablo Cabrera, Ana Laura, Sebas Feudal, Julián Alerta Mujica, Adriana Litwin, Carlos Espezzano, Lu Moser, Británico, Pablo Madrigal, Thaís, Aldo Forno, y tantos otros que no me es posible enumerar aquí, pero que saben que los quiero y valoro.

A los compas sociólogos y antropólogos y a los profes que escucharon sobre la investigación o la leyeron y que con sus opiniones la enriquecieron: Sylvia Sosa, Tania Turner, Pablo Langer, Ricardo Fraiman, Priscila Cedillo, Salvador Mateos, Rubén Duarte, Claudia Tania, Héctor Vera, Olga Sabido, Rodolfo Suárez, Mariana Orozco, Enrique Medina, etc. Especialmente a Sylvia Sosa Fuentes (mi “Sensei”) y la que me salvó más de una vez (y me sigue salvando) de tirar la toalla sociológica ¡Estaré eternamente agradecida contigo amiga! ¡Eres una gran socióloga!

A mis compañeros de trabajo, a los que también elijo como mis amigos y quiero y respeto profundamente: A Ramón Pérez Gil, por ser un gran jefe y una excelente persona, enseñarme tantas cosas y darme la oportunidad de hacer esta investigación de campo. A Rober, Rosi, Mayra y Myr, por aguantarme la cabeza y la argentinidad día a día y ser los mejores compañeros. También a Luis Chávez, Yara Salgado y Dulce (¡Cuánto los extraño!).

A todos mis profes del SUA, especialmente a mi querido Director, Arturo Ballesteros Leiner, por exhortarme a llevar a cabo la “loca” idea de hacer un trabajo de corte empírico en la licenciatura, y estar siempre abierto a nuevas ideas. También a Jorge Galindo por sus invaluable aportaciones desde que inició este proyecto y hasta el presente.

A mis sinodales, Sergio Ortiz Leroux, Amelia Coria Farfán, Andreas Pöllmann, Jorge Galindo Monteagudo y Arturo Ballesteros Leiner, por su gran compromiso y el valioso tiempo que destinaron a leer esta tesis, mejorarla y ayudarme a concluirla.