

La oculta violencia de la clínica ginecológica

Jesús Martín Galaviz de Anda, Octavio Maza Díaz Cortés y Carlos Alberto Prado Aguilar

En el presente artículo se discuten los resultados de la investigación en la que el discurso médico y la sociología se encuentran. Hemos realizado este proyecto a partir de la necesidad de comprender de manera crítica la práctica en la clínica ginecológica. En este proceso, el tema de la violencia emerge como gran concepto articulador, así como la necesidad, recién descubierta, de los médicos para comprender a las pacientes, es decir, la intención de que se las reconozcan como sujetos.

De manera precisa se buscó analizar los dispositivos socioculturales en la relación médico-paciente en escenarios médicos donde interactúan las médicas y los médicos con las mujeres que son usuarias del programa de Salud Reproductiva. Si bien ya existen trabajos sobre las relaciones entre médicos y pacientes, violencia de género y dominación y subordinación hacia las mujeres, la aportación de esta investigación es que mediante un abordaje antropológico-descriptivo sobre las relaciones del sistema biomédico en el sistema de seguridad social de Aguascalientes, México, se presenta una descripción crítica de la conceptualización de la atención médica durante la procuración del programa prioritario de Salud Reproductiva, mediante el análisis de las relaciones que se entablan entre los miembros del equipo de salud y las mujeres pacientes.

Jesús Martín Galaviz de Anda. Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA), Profesor Investigador del Departamento de Gineco-Obstetricia y Pediatría de la UAA. Temas de Investigación: problemas de Salud de la Mujer

Correo-e: drmartinalgaviz@hotmail.com

Octavio Maza Díaz Cortés. UAA, Profesor Investigador del Departamento de Sociología de la UAA, miembro de SNI. Temas de investigación: trabajo precario.

Correo-e: octaviomazadc@gmail.com

Carlos Alberto Prado Aguilar. Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA) Profesor Investigador del Departamento de Salud Pública. Temas de Investigación: Epidemiología y Salud Pública

Correo-e: carlospa@uiessags.com

Una ventaja colateral será provocar que los médicos y los profesionales de la salud reflexionen sobre sus comportamientos durante las entrevistas con las pacientes y, además, la aportación teórica sobre la violencia de género en la modalidad institucional en los servicios de salud dentro de instituciones que brinda el programa de Salud Reproductiva.

La construcción de nuestro objeto de estudio refiere a la relación médico-paciente como espacio central de observación. Para lo cual se realizaron entrevistas a profesionales de la salud y a pacientes, a lo que se añaden algunas entrevistas a los funcionarios directivos de las clínicas. De manera complementaria, la observación participante ofrece información que permite reconstruir el objeto de estudio y se realizó a partir de dos situaciones: por una parte, el observador al ser médico y estar inmerso dentro del campo de estudio, ofrece las ventajas de poder moverse con naturalidad dentro de su propio contexto de trabajo; pero también para tener menor contaminación y evitar sesgos de la información y su interpretación y manipulación de los informantes. Se conformó un equipo de colaboradores no médicos y ajenos a la institución para garantizar la objetividad en la recolección de datos en las entrevistas en profundidad. Esto ayudó a observar el fenómeno con la distancia necesaria para el mejor tratamiento de los datos y formular las interpretaciones y las construcciones teóricas necesarias; por otro lado, se seleccionaron estudios de caso significativamente ilustrativos.

Antecedentes

Cabe aclarar que el fenómeno en cuestión puede ser estudiado desde diversos puntos de vista, por ejemplo, desde el ámbito médico se ha realizado desde la epidemiología, en cuanto a medir la eficacia de los procedimientos médicos; pero

ahora este acercamiento es una forma más novedosa para los médicos, ya que no hay muchos estudios que muestren una visión desde la percepción de los pacientes, lo más cercano son los estudios de calidad de la atención médica que versan, específicamente, sobre la satisfacción de los usuarios, a la par del estudio de quejas y sugerencias que se realizan en el departamento de Calidad de la Atención.

Esta investigación se realizó en el hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social número dos de la ciudad de Aguascalientes, ya que ahí se dieron las facilidades para investigar el objeto de estudio durante los años 2011-2013. El área médica que se eligió son los escenarios donde interactúan médicas y médicos con sus pacientes – hombres y mujeres– usuarios de los diversos rubros de salud reproductiva.

La elección de los participantes inició identificando a los usuarios, prestadores y directivos de este programa de salud que accedieron a proporcionar su información de manera libre, anónima y confidencial, a los que se les realizó una entrevista en profundidad, se llevó a cabo también observación directa a los entrevistados, inicialmente las entrevistas fueron no estructuradas, pero conforme se fue recabando la información se fue dando la estructuración de dichas entrevistas con el fin de sondear razones de peso y emociones de los participantes sobre la información que fuera deseable para el observador.

Se hace un acercamiento al campo de estudio a través de la mirada de la interacción simbólica de Goffman (1993) para analizar los escenarios sociales de la interacción médico-paciente. Más adelante, a través de la ilustración de casos típicos, atípicos extremos y críticos obtenidos, se hacen desde las narrativas de las entrevistas y de la observación participante, las plataformas de diálogo para ofrecer una problematización e interpretación final que conlleva a los resultados.

Por la importancia que se le da a los actores sociales en esta investigación, se seleccionó la entrevista, técnica que nos permite conocer aspectos como los rituales y costumbres de los grupos, además de captar el lenguaje y todas sus

implicaciones. Para el investigador se requiere capacidad de enfrentar situaciones diversas y novedosas, además de que se enfrenta a una constante negociación. Rodríguez (1999). En suma es una forma de hacer conocido entre ambos el entrevistado y el entrevistador.

El problema

La vida diaria de un hospital público de Aguascalientes, donde se ofrece el programa prioritario de salud reproductiva, se convierte en un espacio propicio para identificar violencia de género en la procuración de este servicio. De esta manera se reconocen tres espacios de conflicto derivados de la relación médico-institución, médico y los valores de su profesión y médico-paciente. Es importante conocer el contexto que envuelve a estos actores sociales, donde las políticas públicas y disposiciones, así como los lineamientos bioéticos que regulan las acciones de los médicos y también la búsqueda en el imaginario social que existe alrededor de la figura del médico y su función social.

La estructura intitucional

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo, el programa de salud reproductiva en las instituciones está considerado como uno de los prioritarios, según las políticas públicas del sistema de salud mexicano. Este plan nacional deriva de los compromisos que México ha adquirido internacionalmente y tiene como fin, en materia de salud reproductiva, representar la equidad en oportunidades de salud en el género y erradicar con sus estrategias la violencia de género.

Es el Estado quien formaliza un compromiso para que se consoliden las políticas públicas necesarias para corregir la desigualdad de oportunidades en salud y se diga bajo qué estrategias –políticas, médicas y jurídicas– se logrará la disminución, o erradicación, de la violencia de género en los sistemas de salud. Una vez que se baja al plano de la operatividad de las políticas públicas y éstas se transverbalizan en el campo empírico, los actores que ejecutan estas acciones son los/las médicos/as ginecólogos/as como los actores sociales más

importantes, porque son quienes atienden a las mujeres dentro de los sistemas institucionales de salud en México y por lo tanto son los encargados de operar las políticas.

Se tienen dos figuras sociales importantes en el juego: el médico y la paciente. Desde que es una relación entre dos personas se está tratando de una interrelación social. Se estudia esta interacción social para descubrir la presencia de la violencia de género en el campo médico. Existen elementos que hacen diferentes a los médicos de las pacientes, como posición, género, estatus, estado de salud, indumentaria, apariencia, grado de saberes; todos estos son símbolos con una carga de significados que pudieran conferir autoridad y poder a los médicos hacia las pacientes, como lo explica la teoría del interaccionismo simbólico, en el cual se trata de comprender cómo se asignan los valores a los símbolos y su significado tanto en el lenguaje hablado como en el escrito y al comportamiento social (Williams, 1999). Todo este conjunto de características pueden ser que los hacen percibirse diferentes y, quizás, hasta distantes y, por lo tanto, dan lugar a una relación asimétrica.

El vínculo médico-paciente se configura como una interacción asimétrica que implica el uso de poder y que es, en principio, una relación violenta. El discurso médico sostiene la “funcionalidad” de esta distribución inequitativa de poder. Derivado de lo cual deberemos preguntar sobre las consecuencias de este tipo de relaciones. De manera particular si consideramos el consultorio como área del trabajo médico, en este escenario social se construye la manera lícita del uso del poder (legitimizada en el uso y la costumbre) y cuándo este ejercicio de poder se torna inaceptable por transgredir los derechos humanos de las mujeres.

Es interesante observar en la base empírica cómo se dan estas prácticas sociales dentro del campo de la medicina y cómo estos sujetos las interpretan. Además, cómo se interpretan también los símbolos que entran en el juego.

Como se dijo en líneas anteriores, la violencia de género, expresada en la violencia simbólica que pueden sufrir las mujeres usuarias del programa de

salud reproductiva a raíz de la asimetría de poder en la relación médico-paciente, la cual se identifica desde el discurso médico como el tener autoridad sobre las pacientes, y que sea el médico el que con sus conocimientos decida lo mejor para su paciente, justificando dicha actitud con el argumento de que esta conducta sirve para evitar riesgos de morbilidad y mortalidad.

Todo lo anterior se realiza al abrigo de las instituciones de salud, las cuales permiten transgredir los derechos de las mujeres, constituyendo una violencia de género en la modalidad institucional. De tal forma que la distribución asimétrica del poder se convierte en factor fundamental, a lo que se debe añadir la institución y la dimensión macro de las políticas públicas que inciden en la violencia de género; para tal fin, se usó la propuesta del interaccionismo simbólico de Goffman (1994).

De acuerdo a lo observado en la práctica institucional, el poder de los médicos tiene la función de establecer un orden jerárquico en el liderazgo de sus relaciones con sus pacientes. Pero se considera la posibilidad de que el uso de tal poder asimétrico sea una relación violenta para con las pacientes, como en los casos en los que el ejercicio de éste es excesivo al transgredir la capacidad de decisión de las pacientes, perpetrando sus derechos de elegir libre, informada y voluntariamente sobre lo concerniente a sus enfermedades y condiciones del manejo necesario para llegar a los diagnósticos y de los esquemas de los tratamientos necesarios. Asimismo, también es posible que de manera simbólica existan elementos que refuerzan este poder y permitan la violencia de género en los espacios médicos.

La interacción social médico-paciente dentro del área médica permite identificar y describir los mecanismos que operan y cómo pueden ser explicados, así como descubrir los aparatos sociales que están ahí recreados y los dispositivos sociales en juego que lo permiten. Para los efectos de esta investigación definimos el poder como un aparato social que explica la presencia de violencia de género en la relación médico-paciente. Para tal fin, se toma a Foucault (2001:16): “el poder no es una propiedad, sino una estrategia que se ejerce,

no que se posee, y que permite tener funcionalidad... es como el conjunto de mecanismos que dan una solución". Sobre esto es que se podría explicar lo observado sobre la serie de las normativas de disciplina que están para conducir las acciones de los médicos y, en general, del equipo de salud dentro de la institución para atender a las pacientes.

Los discursos

Hay discursos que reflejan las posiciones de los distintos actores, dentro de éstas destacan las políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva, los códigos de bioética y la normativa institucional con que se rigen los actos médicos. El Instituto Mexicano del Seguro Social en sus documentos básicos, en los que plantea su misión y visión, se obliga a velar por el correcto desempeño médico y asegurar el bienestar de las pacientes, pues de no ser así se puede estar ante una situación de violencia institucional. Este tipo de violencia se genera, cuando no se da cumplimiento a los procedimientos necesarios que garanticen el bienestar de las pacientes dentro de la atención médica en el programa de salud reproductiva.

El procedimiento de la salud

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

Otro grupo que actúa son las mujeres en su papel de pacientes, quiénes junto al equipo conformado por los profesionales de la salud, médicos, enfermeras y directivos son parte de la interacción central de este proceso. Asimismo, se identifica el contexto en el que se desenvuelven estos actores sociales en la práctica de la atención de salud mencionada. Además, se examinan las políticas públicas y los lineamientos bioéticos que orientan la práctica de los médicos en su actividad profesional.

Un primer elemento que surge de la observación de la relación generada entre médicos y pacientes que acuden a la consulta ginecológica de la clínica del Seguro Social de Aguascalientes es considerar que se presenta una relación asimétrica, basada en factores como: el género (médico/hombre vs paciente/mujer), por la situación de salud y las posiciones de autoridad y poder.

En general, puede configurarse una específica condición de asimetría estudiada por diversos autores ante la relación médico-paciente, como la investigación realizada en Andalucía por León y Medina (2004) con foco en la psicología de la salud en las que establecen la distancia que existe entre el médico con sus pacientes, obedeciendo a patrones de conducta; y las aportaciones de Rangel-Galvis (2011) quienes analizan las asimetrías de la relación médico-paciente desde que el estudiante aprende a vincularse con estos durante su entrenamiento. Sin embargo, en el presente trabajo interesa detectar cuándo esa relación asimétrica puede tornarse violenta hacia las mujeres y convertirse en un medio para afectar sus derechos fundamentales. Específicamente cuando se vulnera la capacidad de decisión de las pacientes o su derecho de elegir libre, informada y voluntariamente sobre lo relacionado con sus enfermedades, ya sea en el manejo requerido para llegar a los diagnósticos o sobre los tratamientos necesarios. Por ejemplo, la elección de usar algún método anticonceptivo para el estilo de relación de la pareja y su actividad sexual.

Goffman y el campo médico

Para el análisis del campo médico, Goffman (1993) utiliza la metáfora teatral para denominar el comportamiento de las personas en una realidad

determinada. Considera a las personas como actores y a las actuaciones en sus interacciones, igual que en el teatro. Crea una escena y la tras escena: en el escenario existen todas las interacciones que la gente hace delante de los demás, mientras que la parte trasera domina, e incluye a las que se mantienen ocultas o se guardan.

Los hombres son actores permanentemente a lo largo de toda su vida social para transmitir una imagen convincente de sí mismos frente a los diversos auditorios a los que se enfrentan, como la familia, los amigos, la escuela, la oficina, etc. No importa lo que uno es, sino lo que se logra parecer.

En su condición de actuantes, los individuos se preocupan por mantener la impresión de que cumplen muchas reglas que se les puede aplicar para juzgarlos, pero a un individuo, como actuante, no le preocupa el problema Moral de cumplir esas reglas, sino el problema amoral de fabricar una impresión convincente de que las está cumpliendo. Nuestra actividad se basa en gran medida en la moral pero, en realidad, como actuantes, no tenemos interés moral en ella. Como actuantes somos mercaderes de la Moralidad (Gary, 2006).

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

Goffman, en su obra *Internados* (1994), elabora el concepto de instituciones totales, con el estudio de diversas instituciones que comparten una serie de características totalitarias, en las cuales los seres humanos comparten un espacio delimitado, bajo

tiempos e interacciones controladas. Ejemplos de instituciones son las cárceles, asilos, cuarteles, hospitales (aunque el se enfocó en los psiquiátricos). De este tipo de instituciones logra articular dos grupos sociales en interacción: custodios e internos. De los internos establece dos formas primordiales o ajustes a través de las cuales se adaptan a su entorno: primarios, cuando se ajustan a los reglamentos y a las estructuras institucionales; y secundarios, cuando logran que algunas características institucionales actúen en su beneficio (Gary, 2006).

El tomar estas ideas de Goffman permite entrever el uso disciplinario de estas instituciones, al punto de que resulta posible extrapolar esta idea a la realidad que se percibe en los hospitales hoy en día en el sistema del IMSS: se ajustan unos personajes a las reglas del mundo ya establecido que existe en el interior de la institución y que quien entra debe acatar. Este enfoque indica la existencia de roles que desempeñan los actores sociales, los cuales generan efectos en el tipo de relación que se establece: el del profesional de la salud, en este caso representado por médicos varones que refuerzan también los roles de autoridad masculina tradicional, y la profesión médica masculinizada desde los inicios de la historia de la medicina, aspecto que se agudiza cuando en el otro extremo de la relación se trata de exclusivamente de mujeres.

La común existencia del rol subordinado y complementario del papel desempeñado por el personal de enfermería refuerza esa caracterización y puede constituirse como otro elemento para hacer evidente la violencia institucional de género en este servicio. Es necesario identificar el marco teórico de la construcción de género, tolerancia y uso de la violencia.

Consideramos que el reconocer la existencia de una interrelación social con violencia en la relación médico-paciente, permitirá nuevas vías de para lograr que el vínculo entre el médico y la paciente esté libre de violencia. Es necesaria también la creación de políticas que prevengan y eliminen la presencia de violencia de género en las relaciones entre médicos y pacientes mediante el reconocimiento^o de la existencia de derechos de

las mujeres frente a la práctica médica, aplicable en especial en las instituciones de seguridad social en México que procuran los servicios médicos de salud reproductiva.

Resultados

Para ingresar al campo y hacer el trabajo, se pidieron los permisos formales, previa presentación con el equipo de directivos del hospital y el comité de investigación local del hospital, quienes escucharon la propuesta del proyecto de investigación. Al final, dieron la aceptación, ofreciendo el apoyo necesario con el compromiso que se les mostrara la investigación concluida.

El primer paso fue identificar los consultorios, con el fin de detectar a los médicos ginecólogos y las pacientes para aplicar las entrevistas. Así, se realizó una reunión de presentación con el jefe de ginecología, quien permitió el acceso al equipo de entrevistadores. Además, nos proporcionó la lista de médicos ginecólogos por turnos, siendo seis en el turno matutino, cinco en el vespertino, tres los fines de semana y cuatro nocturnos, y nos informó sobre los horarios de atención a pacientes que le solicitan algún trámite relacionado con la programación de cirugías. Asimismo, nos ofreció un espacio físico anexo a su oficina para hacer las entrevistas, que no fue necesario utilizar, ya que fue más fácil abordar en sus propias áreas de trabajo a los médicos que decidieron ser entrevistados. En total, cuatro ginecólogos aceptaron colaborar, del resto algunos de ellos se reusaron abiertamente, otros postergaron la entrevista o se negaron escondiéndose.

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

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

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

Al observar durante las jornadas de los médicos es posible identificar cómo son sus conductas habituales, por dónde se mueven dentro de los espacios físicos y cómo se comportan con la presencia o ausencia de las pacientes. Se percibe cómo todos alegan tener “poco tiempo” para hacer su trabajo, al que se refieren como estar “sobresaturados” y, sin embargo, fue posible comprobar que hay horas en que no están interactuando con pacientes y permanecen en áreas donde no son visibles para estos, pero sí para el resto del equipo de trabajo, el equipo médico. Es decir, una paciente y sus familiares no podrán saber dónde está el médico, pero el resto del equipo de trabajo sí lo sabe, así como los medios para localizarlos. Esto hace recordar a Goffman (1994) cuando menciona que la interacción de los personajes es como una actuación donde se usan las máscaras que son necesarias de acuerdo al rol a representar socialmente.

Las reglas con que funciona esta institución de salud están documentadas; por tal motivo, las pacientes deben llegar puntualmente a su cita y esperar las órdenes: esperar, sentarse, moverse, entrar y salir de cada espacio. Las secretarías son las que regulan el ingreso al consultorio, los vigilantes de las puertas dan el acceso al hospital definiendo quine y cuándo puede entrar, las

enfermeras asignan el paso al consultorio, cuándo desvestirse, dónde ir al baño o al vestidor y refuerzan las órdenes del médico.

Se nota una complicidad de las enfermeras y secretarías con el médico, por ejemplo, cuando una paciente es reprochada por él, lo repiten validando esta acción. Los camilleros suelen adoptar un rol de superioridad hacia las pacientes, dándoles un trato poco empático y en ocasiones rudo. Esto se observa cuando se encuentran algunos de ellos con sus compañeros de trabajo, ya que dicen y hacen bromas, sin importar que las pacientes los estén escuchando, de tal suerte que los comentarios de carácter sexual y las palabras soeces están presentes, lo cual reduce a las pacientes a la condición de objetos.

En estos espacios parece no haber el suficiente nivel de *confort* para las pacientes, la sala de espera está separada del área de entrevistas dentro del consultorio por una puerta por la cual se pueden escuchar las conversaciones de los médicos y las enfermeras. Asimismo, el área de exploración física está sin separación del área de entrevistas, de tal suerte que la paciente está expuesta al ser revisada físicamente por el médico a que la enfermera y quien acompañe a la paciente escuchen y vean dicho ritual médico, recordando que dicha auctuación se realiza en los genitales internos y externos y que son precisamente las partes del cuerpo que implican mayor pudor. A esto se agrega que la paciente que se acuesta sobre la mesa ginecológica dobla las rodillas y las separa para exponer sus genitales, apoyándose sobre las piernas, justo hacia donde se apuntan los genitales se ubica una puerta que da hacia otro consultorio contiguo por donde entran y salen otros médicos ginecólogos, directivos de hospital y enfermeras. Además, al lado derecho e izquierdo de la paciente hay dos puertas más: a la derecha está la que da a la sala de espera y al lado izquierdo la que comunica a un pasillo por donde sólo circulan médicos, enfermeras, camilleros, afanadores, secretarías y otros personajes, como los vendedores de diversos productos, desde alimentos hasta artículos de belleza, ropa y calzado. Todos ellos se mueven con naturalidad dentro de los consultorios y es fácil reconocerlos, por no portar uniformes. Éstos son personas ajenas del personal del hospital, pero abren y cierran

puertas sin ningún control restrictivo, a pesar de que los miembros del equipo de salud se encuentran en su horario de trabajo y con pacientes desnudas. Las pacientes, al respecto, dicen sentirse “apenadas”, aunque no reconocen este hecho como una agresión.

La entrevista médica desde su inicio implica una relación asimétrica, lo cual se observa desde que la paciente está desnuda y el médico vestido, la posición de la mujer en plano horizontal y el médico de pie, en una posición que le permite observar su área genital. El encuentro que implica la entrevista se conforma con un saludo mínimo, preguntando al inicio de la conversación “¿Cómo está?” y termina el protocolo con la receta y las indicaciones pertinentes de la próxima cita y los procedimientos que se deberán seguir, en caso de alguna duda por parte de la paciente se le dará un poco más tiempo.

La programación institucional es rigurosa, se deben atender 14 o 16 pacientes por turno, las cuales se dividen en seis de primera vez para destinárseles 15 minutos por consulta, al resto, las subsecuentes, se les otorgan sólo 10 minutos. Las pacientes dijeron sentirse insatisfechas con el tiempo de consulta; y, los médicos, no tener más tiempo, lo que se explica mediante las exigencias de productividad.

Las 10 pacientes que fueron entrevistadas en la sala de espera afirmaron que para lograr tener una cita programada tardaron mucho tiempo. Este procedimiento implica un primer contacto con el médico general, quien debería canalizarlas a la especialidad. Por otra parte, se menciona el tiempo que deben esperar para ser atendidas, ya con la propia cita y lo breve que resulta el encuentro con el médico. Para mayor precisión corroboramos esta información en entrevistas con las secretarías que llevan la agenda de los consultorios médicos. El factor relacionado con el tiempo resulta uno de los que con mayor fuerza determina el malestar de las pacientes.

Los médicos afirman estar trabajando sobresaturados de pacientes y que el tiempo no es suficiente para “hacer bien las cosas” que no es sano trabajar así, ya que se exponen a cometer errores que pueden conducir a demandas médicas.

Por otra parte, no sienten que la institución, su aparato jurídico y el actual sindicato los proteja, en los últimos años se perciben sin protección de la institución y del sindicato, exponen “que van muchos casos que a sus colegas les pasan accidentes y que luego se las ven solos contra las demandas porque el sindicato y la institución valen pura chingada” (Médico 2), o se refieren: “estamos desprotegidos legalmente y muy presionados” y que “nadie ve por nosotros” (Médico 4).

Las pacientes tienen una concepción de lo que representa el médico con las características que para ellas son deseables y de este imaginario social hay un preconcepción de lo que representa ir a recibir atención a la institución de salud, de tal manera que se ha construido una idea, socialmente, sobre los roles del médico y los de las pacientes. Las entrevistas nos muestran que para las últimas el médico es bueno, pero que siendo del “Seguro” ya no lo es, pues que ahí no pueden esperar lo mismo en comparación de si “le pagaran como un privado” (Médico 1). Lo cual nos remite a un asunto de clase, en el que se percibe que la atención en la seguridad pública pareciera ser gratuita y producto de una dádiva.

Finalmente, se percibe que ninguna de las pacientes ve violencia dirigida a su persona cuando el médico las trata mal, es decir, es como si percibieran esto con cierta tolerancia por que dicen: “es que el médico así es” (Entrevista Josefina). De hecho, hay un médico que regañó a una paciente diciéndole que se dejara de quejar del dolor posparto con esta frase: “ni que estuviera en un particular” (Entrevista Elena); esto demuestra que el médico actúa diferente si está dentro o fuera de la institución.

Conclusiones

En el presente artículo presentamos parte de los resultados de una investigación mayor, hemos puesto especial atención en el trabajo antropológico que muestra una parte de la violencia que se ejerce contra las mujeres en la clínica ginecológica. Para esto se realizó observación participante y entrevistas semiestructuradas y en profundidad.

Nos enfrentamos a un problema serio, pues las pacientes manifiestan su malestar, pero no son capaces de reconocer la violencia, pues parece normalizada, por otra parte, se hace evidente la descomposición de instituciones como el Seguro Social en el que la atención es gratuita y esa condición obliga a las pacientes a permanecer calladas.

La reflexión sobre la salud reproductiva deja claro que el actor no está solo, sino que existe un grupo, que es cualquier conjunto de individuos que cooperan para representar una rutina determinada (aquí se hace la analogía del actor médico y su equipo de salud con el cual trabaja). Sobre estos colectivos, hay roles que se van definiendo, como el de director, con el cual se hace el consenso de trabajo, la convivencia y los roles, y se desarrollan actividades grupales para cumplir reglas que garanticen la lealtad dramática. Esta orquestación del director con su grupo se articula con la forma en la que se describe el médico líder del equipo de trabajo.

En la obra de *Internados* de Goffman (1994), se descubre que las instituciones-establecimientos sociales (como los hospitales) tienen aspectos de la vida que se desarrollan en el mismo lugar y bajo una misma autoridad. Y que cada etapa de la actividad diaria se lleva a cabo en compañía de otros, que estas funciones están programadas y que las diversas obligaciones se integran en un plan racional para lograr los objetivos de la institución (se ve la legitimización de las acciones por la rutina dentro de la misma).

Es pertinente mencionar que Goffman describe que dentro de las instituciones existen estrategias para llevar el control de los internos, como la mortificación del yo, la separación, la degradación, el despojo de signos de identidad personal, la contaminación por contigüidad, la pérdida de la autodeterminación y el empleo de recompensas. Es decir, cuando se señala que se está enfermo como un rasgo de mortificación, separarlos de sus familiares y quedar el paciente solo en un hábitat que no es el suyo, la etiquetación para degradarlos como malos pacientes o pacientes difíciles, bajo la conveniencia de la organización, despojarlos de sus ropas y medios de comunicación con sus

familiares y la posición física en un plano más bajo de la verticalidad, contaminarlos con un diagnóstico y agregarlos por grupos, como llamarlos, por ejemplo, los diabéticos, las locas, las histéricas, los hipertensos, los sidosos, etc.

En cuanto a la pérdida de la autodeterminación, se ve claramente cuando los pacientes dócilmente dicen: "...lo que Usted diga..." En cuanto al empleo de recompensas, el ejemplo es cuando se menciona que si se come, se baña o sigue tales indicaciones, el médico decide si da de alta. De las estrategias de los internos pueden mencionarse la solidaridad, la resistencia, el mantenimiento del yo, la rebelión o la adaptación y la colonización.

Lo observado nos permite hacer una relectura de la docilidad que se exige a las pacientes, para comprenderla como una forma de adaptación ante el poder de los médicos y con el resto del equipo de salud. Asimismo, en cuanto a las estrategias del personal, para el control de los internos, está el permanecer juntos frente al exterior o también mediante la pertenencia al sindicato, para formar resistir de manera legítima (Fine y Manning, 2000).

La violencia normalizada y la adaptación por parte de las mujeres es uno de los principales aspectos aquí evidenciados, nuestras notas de campo así lo muestran: "la gente pasa a su lado y no dice nada, pasa el tiempo... duerme en ratos y despierta por la música de las enfermeras, las ve comer y se le antoja mucho. Unos camilleros la llevan, hablan muy fuerte, no saludan y dicen 'peladeces' delante de ella. Un doctor regaño a otra paciente que estaba a su lado porque la paciente lloraba de dolor y le dijo que: para que se quejaba si era normal parir con dolor y que siempre las mujeres han sido buenas para parir, para que se hacen las delicadas, y que luego escuchó que le dijo a un practicante, 'hummmm ni que estuvieran pagando un particular, que exigentes...' que ya cuando estuvo solo la paciente se puso a llorar muy quedito y que ella trato de consolarla y que dijo a manera de reclamo, que entonces para que eran doctores si no les gusta hacer bien su trabajo y que sí tenían derecho a ser tratadas bien aunque no pagaran particular, que para eso trabajan para tener derecho al seguro".(Notas al caso de Elena)

En estos casos el derecho parece ser poco útil y todo se remite a la suerte "Ese día ... se suspendió su cirugía porque llegaron muchas urgencias y la regresaron a su casa. Además, comentó que moría de rabia y que ya no quería volver a ir al seguro. Pero después de un mes regresó a su reprogramación y ya tenía cita para la próxima semana. Concluye afirmando: "a ver si ésta, ya es la buena" (Notas al caso de Josefina).

Referencias

1. Álvarez B., A. "Mortalidad Materna". *Gaceta Médica Mex*, 100: 555-563, 1970.
2. Ban Ki-Moon. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008*. Objetivo 5. Mejorar la salud materna (24-27). ONU.
3. *Basics in Qualitative Research*. Grounded Theory Procedures and Techniques, Sage, London.
4. Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
5. Benjumea, C. "Teoría y Método. La Teoría Fundamentada como herramienta de análisis". *Cultura de los cuidados*, año X, n. 20, 2006.
6. Carabaña, J. "Valoración crítica del interaccionismo simbólico". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 1977, 1, 159-203. Reproducido en J. Jiménez Blanco y C. Moya. (1978). *Teoría Sociológica Contemporánea*. Madrid: Tecnos, pp. 277-320.
7. Carrera T. A. (1994). "La explicación científica en las Ciencias Sociales, del Empirismo Lógico al Realismo Científico". Tesis doctoral en Filosofía, Universidad Complutense de Madrid.
8. Castro, R. (2000). "La experiencia subjetiva de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción" (341-388). En *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Editorial CRIM, UNAM.
9. Charmaz, K. "Discovering chronic illness: using grounded theory". *Social Science and Medicine*. V. 30, 1990.
10. Cruess, R. L., Cruess, S. R., y Johnston S. E. (2000). Professionalism: an ideal to be sustained. *Lancet*, 356: 156-9.
11. Cuñat, R. "Aplicación de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) al Estudio del Proceso de Creación de Empresas". XX Congreso anual de AEDEM. Vol. 2, 2007 [Documento en línea] Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499458>
12. Declaración conjunta OMS/FNUAP. (1999). UNICEF, Banco Mundial.

13. Díaz Echeverría, D. F. "Mortalidad Materna. Una tarea inconclusa". *FUNDAR*, no. 3. Centro de Análisis e Investigación A.C., 2006.
14. Encuestas demográficas nacionales. CONAPO 1976- 2009.
15. Foucault, M. (2001). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Primera edición. Madrid: Alianza Editorial.
16. Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logica*. Chicago: The University of Chicago Press.
17. Galeano, M. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada*. Medellín: La Carreta Editores E.U.
18. Galtung, J. (1981). "Contribución específica de la irenología al estudio de la violencia: tipologías". En Domenach y otros. *La violencia y sus causas*. París: UNESCO.
19. Gary Alan Fine and Philip Manning. (2000). "Ervin Goffman" (457-485). En *The Blackwell Companion to Major Contemporary Social Theorists*. Oxford: Blackwell Publishing.
20. Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Stanford, CA: Stanford University Press.
21. Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
22. Goffman, E. (1993). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
23. Goffman, E. (1994). *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
24. Gordillo, A. y Terrades, I. (1973). *Agresión. Naturaleza y Cultura*. Barcelona: Ed. A. Redondo.
25. Hardin, R. (2002). *Trust and trustworthiness*. New York: The Rusell Sage Foundation.
26. Holt, N. L. (2003). Representation, legitimation, and autoethnography: an autoethnographic writing story. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(1). Article 2. Retrieved January 18, 2006. Consultado en: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_1_final.html.holt.html.
27. Irvine, D. H. (2004). "Time for hard decisions on patient-centred professionalism". *Medical Journal of Australia*, 181: 271-4.
28. Jones D., Manzelli H. y Pecheny M. "Grounded Theory: Una aplicación de la Teoría Fundamentada a la salud". *Cinta de Moebio*, n. 19, 2004.
29. Jovell, A. J. (1999a). "El futuro de los servicios sanitarios: gestión del conocimiento, de los recursos humanos y de los valores éticos". En Jovell A. J., Aymerich M. *Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad*. Barcelona: Monografía de la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.
30. Jovell, A. J. (1999b). "Medicina basada en la afectividad". *Med Clin (Bar)*, 113: 173-5.
31. Jovell, A. J. (2004a). *Gestión del conocimiento afectivo, Siete Días Médicos*. 600: 102-8.
32. Jovell, A. J. (2004b). *El documento de voluntades anticipadas*. En www.diarion medico.com.
33. Karchmer, K. S. (2006). "Mortalidad Materna y Perinatal. Estrategias para disminuirla" (4-7). En *Obstetricia y Medicina Perinatal*. Tomo I. México: COMEGO.A.
34. Kornblit, A. (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. Argentina: Biblogs.
35. Kotter, J. y Cohen, D. S. (2002). *The heart of change*. Boston, MA: Harvard Business School Publishing.
36. Langer A. y Hernández B. (1998). *Revista de Salud Pública de México*.
37. León Rubio, J. M. et al. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Barcelona: Mc Graw Hill.
38. Levi-Strauss, J. C. (1962). *La pensée sauvage*. París: Plon.
39. *Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya*. (2003). Barcelona: Generalitat de Catalunya. En www.gencat.net/
40. Martínez M. M. (2004). "Elección de la muestra que se va a estudiar" (83-87). En *Ciencia y Arte en la Investigación Cualitativa*. México: Trillas.
41. Neiman, G., Quaranta, G. (2006). "Los estudios de caso en la investigación sociológica". *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
42. OMS-FNUAP-UNICEF-Banco Mundial. (1999). *Reducción de la Mortalidad Materna*. Ginebra: OMS.
43. OMS-UNFPA. (2003). *Mortalidad Materna*. Actualización. 2002. En especial, *Atención obstétrica de emergencia*. New York.
44. OPS. 26a. Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª. Sesión del Comité Regional. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. Washington. 2002.
45. Padua, J. et al. (1979). *Técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales*. Chile: Fondo de Cultura Económica, 1994.
46. Uribe-Elías, R. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82, 425-433, (2003).
47. Rodríguez G. G. et al. (1999). "Entrevista" (185-195). En *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
48. Rodríguez, J. L. (2007). *Frame Analysis: Los Marcos de la Experiencia*. Madrid: Alianza Editorial.

49. *Salud Pública de México*. marzo-abril, vol. 32, no. 002, 170-180, 1990.
50. Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. España: McGraw Hill.
51. SEMFYC. (2005). *Mapa de Competencias para evaluación de competencias en práctica clínica (Portfolio semFYC)*. Barcelona: SEMFYC Publicaciones.
52. Sexton, J. B., Thomas, E. J., y Helmreich, R. L. "Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys". *BMJ*, 320: 745-9, 2000.
53. Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1987). "La observación Participante. Preparación del trabajo de campo" (31-49). En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
54. Tojar H., J. C. (2006). "Procesos de Investigación" (177-225). *Investigación cualitativa. Comprender y Actuar*. Madrid: La Muralla.
55. UNFPA-ONU. (2007). Thoraya Ahmed Obaid. Directora Ejecutiva. *Estado de la Población Mundial 2007. Liberar el potencial del crecimiento urbano*. New York. Estados Unidos de América. 1-3, 93, 97-99.
56. Uribe E., R. (2002). *La Invención de la Mujer. Nacimiento de una Escuela Médica*. México: Fondo de Cultura Económica, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
57. Weber, M. (1944). *Economía y sociedad. Esbozos de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.
58. WHO, UNICEF, UNFPA. (2007). *The World Bank, Maternal Mortality in 2005*. WHO.
59. Williams, R. (1999). "Symbolic interactionism: the fusion of theory and research?". En Bryman y Burgess. *Qualitative research*. London: Sage Publications.
60. Yin, R. (2003). *Applications of Case Study Research*. California: Sage Publications.

Recibido: 11 de abril de 2015.

Aprobado: 26 de mayo de 2015.

Declaración de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos