

Ma. del Carmen Castro Vásquez



De pacientes a exigentes

Un estudio sociológico sobre
la calidad de la atención, derechos
y ciudadanía en salud



EL COLEGIO
DE SONORA



Ma. del Carmen Castro Vásquez

Socióloga apasionada de la disciplina: cursó la licenciatura en la Universidad de Sonora, la maestría en Ciencias Sociales en El Colegio de Sonora y el doctorado en Ciencias Políticas y Sociales, orientación Sociología, en la Universidad Nacional Autónoma de México. Los temas de la investigación social de su interés son: salud reproductiva, género y salud, metodología cualitativa y en particular ha profundizado en el cáncer cérvicouterino y de mama, calidad de la atención y derechos en salud desde un abordaje sociocultural. Ha sido docente y directora de tesis del posgrado en Ciencias Sociales en El Colegio de Sonora; ha publicado libros, capítulos en libros, artículos en revistas especializadas y en periódicos locales e impartido conferencias y talleres. Actualmente es profesora-investigadora del Centro de Estudios en Salud y Sociedad, de El Colegio de Sonora, miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SN I) y cuenta con el reconocimiento del Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP).

A José, Violeta, Eleazar y Claudio, mis amores

Ma. del Carmen Castro Vásquez

*De pacientes
a exigentes*

Un estudio sociológico sobre
la calidad de la atención,
derechos y ciudadanía en salud



EL COLEGIO
DE SONORA

362.1097217

C355d

Castro Vásquez, María del Carmen

De pacientes a exigentes : un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud / María del Carmen Castro Vásquez .--
Hermosillo, Sonora, México : El Colegio de Sonora, 2008

498 p. : il., gráfs. ; 22 cm.--

Trabajo presentado originalmente como tesis del doctorado en Ciencias Políticas y Sociales con orientación en sociología--Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales, 2006
Incluye referencias bibliográficas e índices

ISBN: 968-6755-63-2

1. Cáncer de mama - Atención médica - México - Sonora (Estado)
2. Mujeres - Servicios de salud - México - Sonora (Estado) - Aspectos sociales
3. Mujeres - Salud e higiene - México - Sonora (Estado) 4. Derechos de la mujer - México - Sonora (Estado) 5. Servicios médicos y de salud - México - Sonora (Estado)

Rectora de El Colegio de Sonora

Doctora Gabriela Grijalva Monteverde

Director de Publicaciones no Periódicas

Doctor Jesús Armando Haro Encinas

Jefa del Departamento de Difusión Cultural

Licenciada Inés Martínez de Castro N.

D.R. © 2008 El Colegio de Sonora

Obregón 54, Centro

Hermosillo, Sonora, México

C. P. 83000

ISBN: 968-6755-63-2

Este texto tiene como referente la tesis doctoral "Aunque uno conozca sus derechos, pero si no sabe luchar..." El derecho a una atención de calidad de las mujeres con problemas mamarios desde una perspectiva sociológica, 2006, Universidad Nacional Autónoma de México, dirigida por el doctor Roberto Castro Pérez.

Impreso y hecho en México / *Printed and made in Mexico*

De pacientes a exigentes

Un estudio sociológico sobre
la calidad de la atención,
derechos y ciudadanía en salud

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	15
PRÓLOGO. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN COMO EPIFENÓMENO DE LA ESTRUCTURA DEL CAMPO MÉDICO. Roberto Castro.....	17
INTRODUCCIÓN.....	25
I. UN MARCO TEÓRICO DESDE LA SOCIOLOGÍA.....	35
UN MARCO DESDE LA SOCIOLOGÍA.....	36
UN MARCO DESDE LA SOCIOLOGÍA MÉDICA.....	47
<i>La relación médico-paciente.....</i>	49
<i>La profesión médica y las instituciones de salud.....</i>	63
II. CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD, CIUDADANÍA Y DERECHOS DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA.....	75
DEFINIR CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	77
<i>Satisfacción del paciente.....</i>	93
<i>La evaluación de la calidad de la atención.....</i>	95
CIUDADANÍA Y DERECHOS.....	100
<i>Derechos sexuales y reproductivos.....</i>	109
DERECHOS: DE INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO Y TOMA DE DECISIONES.....	111

III. IR MÁS ALLÁ DE LOS DATOS.....	119
METODOLOGÍA. UN ABORDAJE CUALITATIVO.....	120
<i>Características principales de la metodología cualitativa.....</i>	123
INVESTIGACIÓN EN CAMPO:	
POBLACIÓN, TIEMPO Y LUGAR DE ESTUDIO.....	124
<i>Población de estudio.....</i>	124
<i>Tiempo en campo.....</i>	126
<i>Descripción del Hospital Infantil del Estado (HIES) en Hermosillo, Sonora.....</i>	127
TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	128
<i>La observación.....</i>	130
<i>Observación en salas de espera (OSE).....</i>	131
<i>Observación no participante (estudio de sombra) en la consulta médica.....</i>	134
<i>La entrevista cualitativa: en profundidad y semiestructurada.....</i>	136
ANÁLISIS DEDUCTIVO-INDUCTIVO: EL COMPLEJO CAMINO DE LA INTERPRETACIÓN.....	139
<i>Diario analítico.....</i>	143
EXPERIENCIA DE CAMPO: RELACIÓN INVESTIGADORA-INFORMANTES.....	144
<i>Consentimiento de los informantes.....</i>	144
IV. EL CÁNCER DE MAMA Y SUS IMPLICACIONES SOCIOPOLÍTICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS.....	151
POLÍTICA SOCIAL Y POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD EN MÉXICO...	151
LA SALUD DE LAS MUJERES Y EL CÁNCER DE MAMA.....	157
<i>Salud reproductiva en el contexto social.....</i>	158
<i>La dimensión sociocultural del cáncer.....</i>	164
EL ESCENARIO EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER DE MAMA EN SONORA Y MÉXICO.....	169

ÍNDICE

V. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DESDE EL ESTADO Y LA INSTITUCIÓN DE SALUD.....	179
EL MANEJO DE LA CALIDAD EN EL MARCO ESTATAL: LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	180
<i>Antecedentes</i>	183
<i>Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud</i>	187
<i>Análisis de la Cruzada Nacional por la Calidad desde una perspectiva sociológica</i>	191
LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SEGÚN PRESTADORES, DIRECTIVOS Y FUNCIONARIOS.....	199
<i>Descripción de los entrevistados</i>	199
<i>Organización institucional</i>	204
<i>La calidad de la atención según prestadores, directivos y funcionarios</i>	207
LA TOMA DE DECISIONES DE LOS PRESTADORES RESPECTO A CALIDAD DE LA ATENCIÓN	218
VI. INSTITUCIÓN, NORMATIVIDAD Y HABITUS MÉDICO EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	229
LA DOMINACIÓN MÉDICA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	230
<i>La dominación médica</i>	230
“APRENDER HACIENDO”: HOSPITAL-ESCUELA Y FUNCIÓN DOCENTE DE LA CONSULTA.....	243
<i>El habitus médico en formación</i>	249
SER MÉDICO Y SER PACIENTE: ENCUENTROS Y DESENCUENTROS.....	258
<i>“Las pacientes no preguntan porque no entienden lo que les pasa”. La circularidad del discurso médico...</i>	263

VII. “AUNQUE UNO CONOZCA SUS DERECHOS, PERO SI NO SABE Luchar...” PRÁCTICAS Y PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	277
CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES PACIENTES.....	278
TRAYECTORIAS DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES USUARIAS Y PACIENTES.....	280
<i>Calidad de la atención en la prueba del Papanicolaou</i>	284
<i>Descubrirse un problema mamario</i>	287
EL ESPACIO INSTITUCIONAL PARA EJERCER DERECHOS: LA CONSULTA MÉDICA.....	292
<i>Estructura de la consulta médica</i>	295
<i>El saludo</i>	295
<i>El interrogatorio</i>	299
<i>La exploración ginecológica</i>	305
<i>Diagnóstico y tratamiento</i>	313
<i>¿Quién más está en el consultorio?</i>	321
<i>La despedida</i>	323
VIII. “...PUES SINCERAMENTE NO LE ENTENDÍ”. APROPIACIÓN DE DERECHOS Y TOMA DE DECISIONES.....	327
ESTRATEGIAS PARTICULARES: DESINFORMACIÓN/NO APROPIACIÓN.....	328
“...PUES SINCERAMENTE NO LE ENTENDÍ”.....	340
<i>Información y toma de decisiones</i>	341
LAS CONFORMIDADES DE LAS MUJERES EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	356
<i>Las mujeres pacientes en una relación de dominación</i>	360
<i>La dimensión sociocultural del cáncer en el ejercicio de derechos</i>	369
<i>Redes y grupos asistenciales de apoyo a mujeres con cáncer</i>	372

ÍNDICE

RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES.....	381
CALIDAD DE LA ATENCIÓN: DEFINICIONES Y PRÁCTICAS.....	383
EL DERECHO A UNA ATENCIÓN DE CALIDAD.....	389
UNA VUELTA DE REDIMENSIONAMIENTO TEÓRICO- METODOLÓGICO.....	396
 BIBLIOGRAFÍA.....	 399
 ANEXOS.....	 443
I. GRANDES EJES DE ANÁLISIS.....	445
II. ESTRUCTURA DE LA CONSULTA MÉDICA.....	451
III. GUÍAS DE ENTREVISTAS.....	455
IV. CLAVES DE LAS Y LOS ENTREVISTADAS/OS Y DE LA OBSERVACIÓN.....	465
 ÍNDICE ANALÍTICO.....	 469
 ÍNDICE DE NOMBRES.....	 487

AGRADECIMIENTOS

Mi admiración y solidaridad para las mujeres con cáncer de mama que han enfrentado procesos llenos de incertidumbre y angustia y que, a pesar de sus propias condiciones de vida adversas, encaran con optimismo y fe la desazón en su vida, esperando de los servicios de salud una atención cálida y eficiente, así como respetuosa de sus derechos y ciudadanía.

Agradezco la oportunidad a la institución de salud, a sus médicos, directivos y personal paramédico, que hicieron espacio en sus jornadas para darme parte de su tiempo y conocimientos.

Durante la investigación tuve el invaluable apoyo de un gran número de personas y de algunas de ellas, de manera entusiasta. Me quiero referir con especial afecto a quienes participaron con asesoría y comentarios, siempre oportunos y respetuosos: Esperanza Tuñón, Juan Guillermo Figueroa, Joaquina Erviti, Angélica Cuéllar, Adriana Ortiz, Carolina Agoff y Monserrat Salas. Soy privilegiada por haber contado con su apoyo, todas y ellos fueron un importante acompañamiento. Pero en especial le agradezco a Roberto Castro haber dirigido la investigación de la tesis doctoral, primera versión de este libro y además por haber aceptado prologarlo.

Gracias a mis amigas Laura Ruíz y Alicia Tinley, por su inmensa solidaridad. Gracias a Catalina Denman, por su inmenso apoyo y amistad; a Patricia Aranda, por su acompañamiento; a Elena Méndez, por su asesoría médica, a Verónica Larios, por su asesoría en cómputo y a

Myriam García, por su arduo trabajo en la revisión de estilo. Agradezco también el apoyo secretarial de Mayoya Fonseca y a Chayito Estrella, de biblioteca, siempre eficiente.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología la beca para los estudios de doctorado y a la Fundación Ford, a través del proyecto Construyendo nuevos espacios para género y salud en el noroeste de México, del Programa Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora. De igual forma, gracias al Programa de Mejoramiento del Profesorado que apoyó la parte final de los estudios.

PRÓLOGO

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN COMO EPIFENÓMENO DE LA ESTRUCTURA DEL CAMPO MÉDICO

La vocación inquisitiva de la sociología lleva a esta disciplina a *descubrir* problemas ahí donde una mirada desprevenida cree observar la realidad como inmediatamente dada a nuestra percepción y como si se nos mostrara en toda su “trasparencia”. La sociología nos obliga a problematizar lo que de entrada se nos ofrece como simple y carente de complicaciones. Esto es, nos permite advertir la existencia de profundas estructuras sociales subyacentes a los objetos de nuestro interés, que los determinan y reproducen. Sin embargo, cuando se trata de estudiar sociológicamente los aspectos problemáticos de la vida, esto es, de *descantar* el mundo y de mostrar los mecanismos sociales ocultos que explican su origen y funcionamiento, es común enfrentar resistencias socialmente construidas frente a estos esfuerzos de conocimiento, que se manifiestan bajo diversas formas de deslegitimación del saber científico, bien por la vía de la reducción a lo risible de cualquier esfuerzo en ese orden –a través de la ironía o del chiste descalificador– o bien por la vía de la exclusión del objeto de interés del campo de estudio –a través de su colocación en el terreno de lo impensable o de su clasificación como competencia de otras disciplinas diferentes a la sociología.

Tal es el caso de la *calidad de la atención* en los servicios públicos de salud. A primera vista, se trata de un problema que compete al orden médico y que se refiere, sobre todo, a una cuestión de monitoreo de sus prác-

ticas y a la identificación de aquellos aspectos nodales donde es posible mejorar el servicio. ¿No había ya dicho lo esencial al respecto Avedis Donabedian, al proponer un modelo que diferencia estructura, proceso y resultado? ¿No es entonces cuestión sólo de desarrollar los indicadores pertinentes para cada uno de estos tres aspectos, y de implementar las mediciones que permitan identificar los puntos críticos de un sistema que, en principio, si cuenta con recursos suficientes y con el saber técnico adecuado, debería brindar resultados de excelencia? ¿No lo presupuso así la propia Secretaría de Salud (SSA) en años recientes, al impulsar la Cruzada Nacional por la Calidad, basada en unos cuantos indicadores numéricos que daban cuenta de los tiempos de espera, del trato digno, de la satisfacción de los usuarios?

Tal visión corresponde a la mirada que deriva de la estructura de poder vigente dentro del campo médico. Se trata de una perspectiva que reduce el problema de la calidad a cuestiones meramente gerenciales y de administración de los servicios de salud, y que se ajusta a esa delimitación que la propia profesión médica hace del campo de su competencia: esencialmente lo que se trasmite con esta perspectiva es la noción de que los problemas de calidad de la atención son un asunto del que también los propios médicos pueden y deben hacerse cargo, pues detentan el saber exclusivo y altamente calificado –al que se accede sólo mediante un largo periodo de capacitación y entrenamiento– que así se los permite. La composición y funcionamiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) Y de las comisiones estatales equivalentes, así como de los comités médicos de los hospitales así lo demuestra, y la realidad no cambia aun cuando por razones de orden político en años recientes se haya querido legitimar esta pretensión mediante la instauración de diversos “comités de aval ciudadano”.

Como lo muestra Carmen Castro en este libro, una vía adecuada para hacer de la calidad de la atención –en este caso, de servicios de salud de las mujeres– materia de estudio sociológico, consiste en construir el objeto desde la perspectiva de los derechos en salud. Al hacerlo así, se introduce en escena a las usuarias de los servicios en tanto *ciudadanas*, y se deja de lado la perspectiva médica que, al construirlas como *pa-*

cientes, históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cual han sido clasificadas ante todo como recipientarias *pasivas* de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las órdenes médicas. Ver las cosas desde la perspectiva de los derechos implica abrir la ruta para mirar a los prestadores de servicios no nada más como profesionales que, en la medida de sus posibilidades, cumplen con un determinado estándar de calidad, sino también como agentes comprometidos activamente (si bien, no necesariamente de forma consciente) en el sostenimiento de un orden —el médico— que, a veces muy a su pesar, se estructura sobre la base de un conjunto de prácticas de poder que los victimiza en primer lugar a ellos mismos —los años de formación, el internado, la residencia médica, son prueba de ello— y que apuntan exactamente en sentido opuesto a lo que implica la noción de *derechos*.

En efecto, lo que está en juego en el ámbito médico, en tanto campo de poder, es el predominio de un grupo —la profesión médica— sobre otros —el resto de las ocupaciones paramédicas y los usuarios de servicios de salud. Hace varias décadas, Freidson demostró que el rasgo central de una profesión es su autonomía, es decir, la capacidad de delimitar por sí misma su propio saber, así como su ámbito de intervención. La prueba de la profesionalidad, decía, es la autonomía, y la prueba de la autonomía es el control. Freidson definió a los médicos como *empresarios morales*, en tanto que su hacer cotidiano implica una permanente clasificación de las cosas entre deseables y positivas (por ejemplo, la salud) y no deseables o negativas (por ejemplo, la enfermedad). Pero la actividad clasificatoria de los médicos no se agota ahí. En la medida en que diversas áreas de la vida se van medicalizando, los esquemas médicos de percepción y apreciación se van imponiendo sobre las enfermedades, las personas, las políticas y muchas otras cosas. Así, diversos estudios muestran que, desde la perspectiva de la medicina moderna, existen algunos pacientes “cooperadores” y otros “problema”, abortos “justificados” e “injustificados”, mujeres “responsables” que planifican su familia y las “irresponsables” que no lo hacen y un sinfín de posibilidades más. Y desde luego buena calidad de la atención, y calidad de la atención no tan buena.

Al poseer el control sobre su propia materia de conocimiento¹ —en permanente expansión— el campo médico ha dictado también los términos en que cabe estudiar los problemas de la calidad de la atención.

Más exactamente, la lógica del campo médico ha impuesto las condiciones de estudio de los problemas de la calidad de la atención, que se caracterizan ante todo por el profundo silencio que se guarda sobre los efectos que la estructura y el funcionamiento del propio campo tienen sobre ella. O, en otros términos, la manera en que se ha definido el estudio de los problemas de calidad de la atención es un efecto directo de la estructura de poder y del funcionamiento del campo médico. Así se explica que casi la totalidad de la investigación sobre este problema sea de carácter médico-gerencial o de salud pública; que se haya centrado ante todo en los aspectos meramente interaccionales entre médicos y pacientes, y en las cuestiones de abasto de recursos y de medicamentos; y que se haya excluido de la mirada al menos tres cuestiones centrales desde la perspectiva de la sociología, estrechamente entrelazadas entre sí: la manera en que se forma a los médicos, la estructura rígidamente jerarquizada del campo médico y el impacto de ambas cuestiones en el desarrollo del *habitus* médico. Este conveniente silencio ha permitido reducir la calidad de la atención a un problema monitoreable a través de indicadores simples, como los mencionados antes, y con “soluciones” basadas ante todo en la buena voluntad y la cooperación de los médicos, en el incremento de los recursos y, en todo caso, en la capacitación para la amabilidad en el trato con los usuarios. No sorprende, por tanto, el reiterado fracaso de las múltiples iniciativas y programas de mejoramiento de la calidad, tal como se evidencia en las numerosas demandas penales y quejas por mala práctica médica, así como en diversos estudios sobre esta materia.

El *habitus médico* es el conjunto de predisposiciones *in-corporadas* —esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han

¹ Aunque no necesariamente tenga el control sobre sus condiciones de trabajo. A este respecto es muy ilustrativo el largo debate de las décadas pasadas y ésta, sostenido por autores como Coburn, Johnson y el propio Freidson, entre otros muchos, sobre la ruta que ha seguido la profesión médica, y el esfuerzo por dilucidar si lo que ha enfrentado es ante todo un proceso de *desprofesionalización* o de *proletarianización*.

pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales— que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano. El *habitus* es la interiorización de las estructuras objetivas que a su vez permite la reproducción de aquéllas. El principio de la acción social, dice Bourdieu, estriba en la complicidad entre estos dos estados de lo social: la historia hecha cuerpo en forma de *habitus*, y la historia hecha cosas en forma de estructuras y mecanismos propios del campo, en este caso, del médico. Las implicaciones de esta formulación son enormes, por cuanto nos obligan a preguntarnos: ¿en qué medida es posible para los prestadores de servicios establecer relaciones *ciudadanas* con las usuarias de servicios de salud, es decir, relaciones basadas en la igualdad, en el conocimiento y el reconocimiento de los diversos derechos de salud y reproductivos, en la rendición de cuentas y el trato igualitario, cuando han incorporado en forma de *habitus* las relaciones de poder del campo médico; cuya “actitud natural” ante el mundo, en términos de Husserl, es producto de la incorporación de un vasto sistema de jerarquías y, con frecuencia, de abusos y maltratos sufridos durante los años de formación, y reproducidos puntualmente sobre las nuevas generaciones de residentes e internos a su cargo; y que enfrentan múltiples presiones laborales para atender una numerosa consulta con escasos recursos?

Este cuestionamiento no ha sido formulado así por los estudios convencionales de calidad de la atención —salvo tibias alusiones a las arduas condiciones de trabajo de los médicos en las grandes instituciones públicas de salud—, porque la investigación en esta materia está atrapada por —es producto de— la lógica del propio campo médico. Sólo rompiendo esa atadura, sólo objetivando la calidad de la atención como un problema cuya génesis debe buscarse también fuera de lo que ocurre en el consultorio; sólo concibiendo a los problemas de la calidad como un epifenómeno del campo médico, que se manifiesta en las prácticas cotidianas que resultan del rutinario encuentro entre la estructura de poder de dicho campo y el *habitus* de los médicos, sólo en esa medida será posible hacer

una investigación auténticamente científica, desde la perspectiva de la sociología, en esta materia.

Que la calidad de la atención no es un problema meramente gerencial, técnico y de disponibilidad de recursos, quedó demostrado desde hace varios años, con el desarrollo de investigaciones sobre esta materia con perspectiva de género. Matamala y otras autoras argumentaron que los estudios que se centran en la caracterización de la estructura, el proceso y los resultados –sin menoscabo de la utilidad de esa información– sólo fortalecen al modelo biomédico. Y, junto con otras autoras, abrieron la investigación en esta materia *del lado de las usuarias*. Los recientes estudios sobre consentimiento informado, y sobre los sesgos de género presentes en los encuentros médico-paciente, hicieron contribuciones muy importantes para la objetivación sociológica del problema de la calidad. Esos estudios fueron decisivos para incorporar la cuestión de la ciudadanía y los derechos reproductivos y de salud de las mujeres, y también para mostrar la existencia de determinantes de género en la formación de los médicos. Pero incluso esas investigaciones omitieron abrir la caja de Pandora *hacia el otro lado*: no del de las usuarias de los servicios, sino del de los prestadores de los servicios. Es decir, olvidaron problematizar las cuestiones de la calidad de la atención a modo de poner en el centro de la mirada la *fábrica social* de los médicos y de las instituciones de salud, para explorar desde ahí las determinaciones más profundas, invisibles en tanto incorporadas en forma de *habitus*, de la calidad de la atención.

Se trata de una amplia agenda de investigación que es preciso seguir desarrollando. El libro de Carmen Castro constituye un paso prometedor en esa dirección. Como lo muestra la autora, la exploración del *habitus* médico es crucial en esta empresa, por cuanto que a través de dicho concepto podemos indagar acerca de las características específicas de la estructura de poder constitutiva del *sentido práctico* de los médicos, a su vez indisolublemente ligado a la calidad de la atención. Pero el uso de este concepto compromete e incomoda, por cuanto contribuye decisivamente a *desencantar* el mundo de los profesionales de la salud: nos vincula indefectiblemente con la estructura jerárquica y autoritaria de

las instituciones médicas; hace evidentes las relaciones de poder existentes en la profesión, y entre ella y las otras ocupaciones paramédicas; revela las luchas clasificatorias en las que están permanentemente comprometidos sus integrantes; nos pone en contacto con el conjunto de prácticas rutinarias que forman parte también de la vida cotidiana de los profesionales en el consultorio, además de sus tareas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, tales como los silencios, complicidades, lealtades, experiencias amenazantes y los encubrimientos. Al adoptar el concepto de *habitus* médico se abre la investigación hacia el lado de la profesión; y al hacerlo, se revela gradualmente todo un mundo de *actividad* profesional y social, hasta ahora poco visibilizado, estrechamente asociado a los problemas de la calidad de la atención. Un mundo que no se entiende si se adopta el expediente fácil de las teorías conspiracionistas. No: el profesionalismo de los médicos es genuino, y la buena fe de la mayoría de ellos también. Pero es un mundo que tampoco se entiende si se adopta dócilmente la propia ideología médica: el profesionalismo de los médicos tampoco está hecho de una mera lealtad al juramento de Hipócrates. Es un mundo social que sólo se entiende si se adoptan las herramientas científicas adecuadas para su estudio. Las que ofrece la sociología.

En este libro, Carmen Castro nos ofrece su propia propuesta al respecto, y nos muestra la complejidad que puede adquirir la investigación sobre los problemas de la calidad de la atención en los servicios de salud. Y presenta, sin duda, resultados que investigaciones ulteriores deberán retomar, bien para confirmarlos o precisarlos o bien para reformularlos. Cualquiera que sea el destino de sus hallazgos, su publicación constituye en sí misma una contribución importante, además de que, sin duda, alentarán el debate científico y estimularán el desarrollo de nuevas investigaciones en esta misma materia.

Roberto Castro

INTRODUCCIÓN

En México, el estudio de la calidad de la atención en los servicios de salud se ha abordado, principalmente, desde visiones administrativas y gerenciales para eficientar sus recursos. El modelo prevaleciente desde los primeros trabajos de evaluación de la calidad, parte del de Avedis Donabedian, compuesto por tres partes centrales en los servicios de salud: estructura, proceso y resultado. El usuario y paciente, ubicado en esta última parte, se ha incluido fundamentalmente como fuente de opinión sobre la calidad de la atención, para indagar en su percepción y experiencia en los servicios con el objetivo principal de hacer cambios administrativos o de organización, pero su participación en otros ámbitos ha quedado ausente y poco se ha relacionado con la dimensión de sus derechos y ciudadanía en la atención de su salud.

La presente investigación¹ construye como objeto de estudio sociológico el problema de la calidad de la atención desde otro abordaje, que rebasa su concepción como algo meramente técnico-administrativo. Con

¹ La primera versión de este trabajo se presentó como tesis doctoral en el Programa de Doctorado en Ciencias Políticas y Sociales, Orientación Sociología, de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, de la Universidad Autónoma de México (UNAM), en mayo de 2006. Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología la beca para los estudios de doctorado y a la Fundación Ford, a través del proyecto Construyendo nuevos espacios para género y salud en el noroeste de México, del Programa Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora. De igual forma, gracias al Programa de Mejoramiento del Profesorado que apoyó el último trecho del proceso de titulación.

las herramientas teórico-metodológicas que aporta la sociología, el problema de la calidad se presenta como un *asunto de derechos y ciudadanía*: su ejercicio, respeto o violación, apropiación por las pacientes u omisión en la institución, a través de las prácticas cotidianas en la relación médico-paciente, pone en el centro de la discusión a la persona-ciudadana como usuaria-paciente en los servicios de salud.

De esta manera, se buscó la intersección de dos ámbitos centrales para la salud de las mujeres con problemas de mama, y en especial, aquellas diagnosticadas con cáncer de mama: el ejercicio, apropiación y percepción de derechos en el acceso a una atención de calidad. Nos interesa conocer cómo se llevan a cabo las prácticas de la calidad de la atención, y cuáles son los discursos sobre ésta entre sus actores: médicos y pacientes, directivos del hospital y funcionarios del sector salud. Parte del interés central es identificar la traducción de los derechos en la atención, como el acceso a una atención oportuna, el derecho a la información, al respeto a la autonomía en la toma de decisiones y a la privacidad y dignidad de la paciente.

La investigación se ubica fundamentalmente en el campo de la sociología médica, que aporta a la identificación de dimensiones ausentes en la concepción gerencial de la calidad de la atención, como el uso del poder, la dominación y subordinación de las pacientes en el espacio de la atención a la salud, enmarcada por una cultura médica jerárquica y desigual, y se esclarece, en una experiencia acotada en lo local, cómo los prestadores de salud, la institución y el Estado implementan y participan en las prácticas que construyen la calidad de la atención. Asimismo, se señala cómo desde un enfoque de derechos y ciudadanía, éstos se violentan, promueven u obstaculizan en el espacio de la institución.

Ante este planteamiento, las preguntas que dirigieron la investigación fueron: ¿cómo se presenta el derecho a la calidad de la atención para las mujeres pacientes en el servicio de salud? ¿Cuáles son los mecanismos que sostienen y reproducen las prácticas de dominación-subordinación en la relación médico-paciente, en el espacio de la consulta médica? ¿Cuáles son las dimensiones y condicionantes de la calidad de la aten-

ción según los actores involucrados? ¿Cómo se llevan a cabo los derechos a la información, a la toma de decisiones (respeto a la autonomía, privacidad y dignidad de la persona), y la realización del consentimiento informado en la consulta médica?

Se formularon algunas hipótesis de trabajo que guiaron la pesquisa, y representan respuestas preliminares que permitieron la focalización de nudos temáticos y seguimiento de pistas, en un proceso constante de “ir y venir” de la teoría a los datos empíricos, y de éstos al marco teórico, que en un sentido amplio visibilizaron respuestas encaminadas a la comprensión del problema; todas ellas se analizaron en varias direcciones, o bajo las distintas miradas de los actores.

En el análisis microsocioal se ubican las condicionantes macrosociales de los servicios de salud, en particular la participación del Estado en la política de salud, la normatividad que sustenta las prácticas y su discurso, así como la organización de la atención, y cómo estas condicionantes se expresan en la calidad de la atención en la interacción médico-paciente, la relación médico-institución y la interacción paciente-institución. Por ello, se parte de un marco teórico que reconoce la complejidad de los niveles de la realidad, en el caso particular de la acción de los individuos, que sin presentarlos como excluyentes o determinantes, permita profundizar en el sentido social de las prácticas, los discursos y las percepciones. Aunque se retoman algunos planteamientos de Giddens, Foucault y otros autores, es la propuesta de Pierre Bourdieu la que aporta conceptos de relevancia que apoyan el análisis de los datos empíricos.

Pierre Bourdieu, autor de lo que denomina *economía política de las prácticas*, estructura el análisis de las prácticas y el sentido de la acción a partir de conceptos como habitus, campo social, capital (simbólico, político, económico y cultural), dominación y violencia simbólica, que han resultado pertinentes para la investigación, ya que al tiempo de permitir el análisis microsocioal, centrado en los individuos y situaciones particulares, identifica puentes teóricos hacia dimensiones macrosociales y de mayor abstracción. Veremos que sus planteamientos permiten una comunicación constante con la perspectiva de género, la cual traduce el

campo específico de las características de la identidad de las mujeres en el espacio de la atención a la salud.

La perspectiva de género provee herramientas analíticas que profundizan en los mecanismos por los cuales se mantienen algunas condicionantes y prácticas de la calidad de la atención, que podrían ser violatorias de los derechos de las mujeres pacientes. La categoría de género, fundamentalmente relacional, permite vincular distintas dimensiones de la calidad de la atención y enlazarla con el ejercicio de derechos. Asumimos que aportar al conocimiento de esta desigualdad genérica abre a discusión dimensiones macro, meso y microsociales en la construcción cotidiana del derecho a una atención de calidad en salud, objetivo central de esta investigación.

Los conceptos de poder y discurso, retomados de M. Foucault, fortalecieron los propios de Bourdieu y complementaron el análisis de los datos. La cultura médica se reconoce como un campo en el que las relaciones de poder forman parte de sus características principales. Se identificó que el discurso, en términos de Foucault, ayuda a mantener las prácticas cotidianas, a la par que reconoce la expresión de los lineamientos de la política en salud que mantiene el Estado, a través de acciones de mejoramiento de la calidad de la atención. Los planteamientos teóricos de Giddens apoyaron el análisis del margen de libertad de los individuos, en su calidad de agente, pero enmarcada en una serie de constreñimientos sociales.

El abordaje microsocial recupera de primera mano, a través de la observación y entrevistas en profundidad y semiestructuradas, la percepción y experiencias en la atención, y como asunto nodal, la manera en la que se lleva a cabo la interacción entre médico y paciente en la consulta, donde se viven, construyen o reconstruyen, al tiempo que se reproducen, las prácticas que contribuyen al mantenimiento de la calidad en la cotidianidad de la atención y el ejercicio, apropiación o violación de derechos. En el espacio de la consulta se concretan las expectativas de los involucrados al atender una demanda de atención; es donde se reflejan los obstáculos o facilidades para llevar a cabo dicha interacción, esencialmente social, diferente y desigual, que genera encuentros y desencuentros entre los profesionales y las mujeres pacientes.

La metodología parte de las premisas de un abordaje cualitativo; la elección de las técnicas reconoce la importancia de la subjetividad en la expresión de las prácticas y discursos en torno a la calidad y los derechos. La investigación de la subjetividad, que no puede aislarse de la cultura y la vida, consiste en interrogar los significados y valores éticos y morales, que produce una cultura determinada; busca de manera profunda y abierta las formas de expresión de estos asuntos, así como la apropiación y orientación de los derechos de los individuos al llevarlos a cabo en las prácticas.

Las técnicas de recopilación fueron la observación no participante, la entrevista en profundidad y la semiestructurada. Se hicieron 11 entrevistas en profundidad a mujeres pacientes; siete fueron contactadas en la consulta externa del hospital donde se realizó la investigación y cuatro a través de un grupo de autoayuda para mujeres con cáncer de mama, que colabora con el hospital oncológico. Fueron 15 entrevistas semiestructuradas a médicos, enfermeras, directivos y funcionarios estatales y a representantes del grupo de autoayuda. Se realizó observación no participante en tres salas de espera del hospital, así como en 223 encuentros médico-paciente en la consulta externa en ginecología general y oncología, de un hospital público del sistema de la Secretaría de Salud clasificado como de segundo y tercer nivel, en un periodo de casi dos años (2003-2004).

El libro se compone de nueve capítulos, los dos primeros conforman el marco teórico; la primera parte del capítulo uno discute un planteamiento general de la sociología para el estudio de la realidad social, sobre todo para realzar la importancia de un abordaje que permita profundizar en lo microsocioal, y reconocer la presencia de las condicionantes macrosociales, es decir, la integración teórica y analítica necesaria en el estudio de los problemas sociales; aquí se discuten los planteamientos de A. Giddens y P. Bourdieu, de este último se retoman conceptos que conforman nuestro marco teórico. La segunda parte acota un marco teórico dentro de la sociología médica, que aporta elementos de suma relevancia para el análisis de la información empírica; se exponen temas notables como la relación médico-paciente, la profesión médica y la institución

de salud a través de los aportes de T. Parsons, Michel Foucault, Eliot Freidson, Howard Waitzkin y Bryan Turner, entre otros. En este apartado se define la posición teórica que señala que la interacción médico-paciente representa una situación micropolítica, y la pertinencia de analizarla desde un enfoque de conflicto.

El capítulo dos acota la discusión sobre la definición de la calidad de la atención. En la literatura se reconocen dos abordajes centrales, que sin ser excluyentes aportan dos miradas distintas sobre su estudio: la que parte de un enfoque gerencial y la que se enmarca en un sentido de derechos. En este capítulo se definen los alcances y limitaciones de la ciudadanía y los derechos a la salud, así como su traducción en las prácticas cotidianas de la atención a mujeres con problemas de mama. Enseguida se discuten algunos derechos en particular como a la información, al consentimiento y a la toma de decisiones. Por último, analizamos cómo el derecho a la salud se relativiza en la atención de las mujeres.

La metodología es descrita con detalle en el capítulo tres; ésta se presenta en dos planos, por un lado se plantean las premisas teóricas del enfoque cualitativo y por otro, las técnicas con las que se recopiló la información. Pero ambos planos quedan uno enfrente del otro cuando describimos las decisiones en campo, partiendo de la premisa de la flexibilidad metodológica, y su influencia en el proceso completo de la investigación; ambos planos también se expresan cuando describimos el análisis de la información. El último apartado de este capítulo explica la construcción de la relación investigadora-informante.

El estudio reconoce la importancia del contexto sociocultural y político en el que se presenta el problema. Aunque nuestro trabajo privilegia el ámbito microsociedad de la calidad de la atención, concretamente lo que sucede en la consulta médica, no deja de atender las condicionantes macrosociales que forman parte del marco contextual donde transcurren. Por ello, los capítulos cuatro y cinco recogen el contexto sociocultural, político y epidemiológico del problema del cáncer de mama y la patología mamaria en general.

En el capítulo cuatro se hace una acotación respecto a lo que entendemos por política social de salud, se establece su relación con los pro-

gramas y acciones dirigidas a la atención del cáncer de mama, clasificado como un programa prioritario, y también se presenta su dimensión socio-cultural, reconocida después en las narrativas de las mujeres entrevistadas; para finalizar, se describe el contexto epidemiológico que da cuenta de la gravedad del problema en el país y en Sonora. El capítulo cinco aborda específicamente dos planos de la calidad de la atención desde el Estado. Por un lado, se analiza el contexto sociopolítico de la política pública de salud, que reconoce el problema de la calidad en los servicios, y su inclusión en un programa nacional de atención; y por el otro, el plano acotado a los actores institucionales en la dirección e implementación de acciones para mejorar la calidad de la atención. Aquí se incluye el análisis de las distintas ópticas que mantienen los actores en las diferentes etapas de la atención a la salud: la consulta médica, la institución y el Estado.

Los capítulos seis, siete y ocho representan el centro de la investigación. En el seis se analiza cómo los médicos construyen, en la cotidianidad de la consulta, la relación médico-paciente, caracterizada por mecanismos de dominación y subordinación. El espacio de la consulta se convierte así en la arena donde se encuentran los distintos habitus, por un lado el de los profesionales (médico y residente) y por el otro, el de las pacientes. Vemos que este encuentro (médico-paciente) tiene una función valiosa para el sistema médico: la docente, en la formación de nuevos especialistas en ginecología, a través de la cual se imprimen características centrales de sus habitus. La enseñanza de ser pacientes en la institución y cultura médica también forma parte de esta función docente. Sobre esto último, hemos incluido un apartado que examina los encuentros y desencuentros entre médicos y pacientes, pues representan, por excelencia, la expresión y satisfacción de expectativas y prácticas violatorias de derechos, a veces de manera sutil, otras de forma evidente, que por no reconocerlas como tales, se naturalizan en el espacio de la atención a las mujeres; no obstante, se reconocen los mecanismos de dominación, en palabras de Bourdieu, y las acciones de las pacientes que apenas indican ciertos indicios de derechos en la consulta y en la institución.

El capítulo siete aborda la otra parte de la relación médico-paciente: las mujeres en la institución y en la consulta. En las distintas trayectorias de gestión se identifica un margen de libertad, aún estrecho, que les permite ser atendidas por los especialistas, pero también se advierte que los alcances de la toma de decisiones en sus procesos de atención dependen de los distintos ámbitos de la gestión. La parte central del capítulo se refiere al análisis de la interacción con el médico, es decir, la expresión de prácticas en cada una de las etapas que conforman la consulta (saludo, interrogatorio, exploración, diagnóstico, tratamiento y despedida), que por un lado aluden a la cultura médica que asume y parte de una seguridad en el encuentro, y por otro a las conductas de las mujeres, que aun resistiéndose a estas prácticas, terminan aceptándolas sin mayor conflicto.

El capítulo ocho, el último de la trilogía, analiza la traducción de los derechos en prácticas. Aunque se privilegia el análisis de prácticas y conductas de las pacientes, éstas se presentan frente a las prácticas sostenidas por los médicos, de tal manera que se aprecia la expresión del ejercicio, respeto, omisión o violación de los derechos, así como su interpretación por los actores de los encuentros y la institución de salud. Los conceptos de poder, dominación, violación de derechos, como a la información, a la privacidad, al respeto y a la autonomía en la toma de decisiones toman una forma nítida en esta parte.

Por último, el capítulo nueve hace un recuento de los hallazgos, retomando las preguntas de investigación que guiaron el trabajo. Este espacio proporciona la oportunidad de cerrar círculos que se consideran conclusiones generales y aportaciones de la investigación. Una de éstas se refiere a la forma en la que los prestadores, en especial los médicos, sostienen discursos y prácticas distintas en la cotidianidad de la atención de las mujeres con un problema de mama, y es recurrente equiparar el concepto de la calidad de la atención a mayores recursos tecnológicos y de infraestructura; por otro lado, para los médicos y las pacientes las nociones sobre los derechos se presentan distantes en el discurso y en las prácticas.

El interés en indagar de manera sistemática sobre la calidad de la atención de las mujeres, en el cuidado de su salud reproductiva, se fue

generando en estudios previos, cuando se preguntó sobre sus prácticas de cuidado en el embarazo, parto y puerperio (Castro y Salazar 2000), sobre los elementos socioculturales presentes en el cáncer cérvicouterino (Castro y Salazar 2001) o sobre la relación entre éste y la menopausia (Cartwright, Salazar y Castro 2004). Las mujeres siempre aludieron a la calidad de la atención recibida por los médicos y en los hospitales, a pesar de ser un referente significativo para ellas, en tanto información y cultura de la salud. La presente obra emprendió este estudio y, aunque es un trabajo esencialmente académico,² aspira a que el conocimiento generado contribuya al campo de lucha que representa el reconocimiento, el respeto y la apropiación social de los derechos de las mujeres pacientes, y a la equidad de género en la atención de la salud.

² Avances de esta investigación fueron publicados en años anteriores (véase Castro 2004 y 2006).

I

UN MARCO TEÓRICO DESDE LA SOCIOLOGÍA

Sabed que los problemas de la ciencia social, cuando se formulan adecuadamente, deben comprender inquietudes personales, cuestiones públicas, biografía e historia, y el ámbito de sus intrincadas relaciones. Dentro de ese ámbito ocurren la vida del individuo y la actividad de las sociedades; y dentro de ese ámbito tiene la imaginación sociológica su oportunidad para diferenciar la calidad de la vida humana en nuestro tiempo.

WRIGHT MILLS (1983, 236).

Aunque se reconoce la complejidad teórica y analítica de los ámbitos micro y macrosociales en el estudio del derecho de las mujeres a recibir una atención de calidad, se ha privilegiado un abordaje microsocial que problematiza la construcción de este derecho en la cotidianidad de la atención médica, al reconocer que el objeto de estudio, acotado en lo local, representa y reproduce un ámbito social más amplio, reflejo de las construcciones macrosociales de la política social de salud, la formación de los profesionales de la atención —en particular de los médicos—, así como las pautas de formación social de las mujeres como sujetos sociales.

El presente capítulo pretende explicar teóricamente en un plano general los conceptos utilizados para analizar la calidad de la atención a la salud, dentro de un marco de los derechos y la ciudadanía. Se plantea la integración sociológica necesaria de niveles de análisis que recoge la complejidad del problema social, por ello, nos referimos a conceptos como habitus, dominación, campo social, poder y estructura, entre los principales; también se plantea desde la sociología médica, una serie de

conceptos de alcance medio,³ elegidos para y desde el análisis de la evidencia empírica que dan solidez al análisis sociológico: la relación médico-paciente, la profesión médica y la institución de salud.

UN MARCO DESDE LA SOCIOLOGÍA

Salles (2001, 134) señala que la integración teórica y metodológica de los niveles de análisis micro y macrosocial tiene un componente epistemológico evidente, pues se basa en la manera en la que se concibe la realidad y se construye el objeto de conocimiento. Al respecto, Gerstein señala que el problema de la vinculación es “cómo crear conceptos teóricos que traduzcan o tracen mapas de variables en el nivel individual hacia variables que caractericen los sistemas sociales y viceversa” (1994, 111). La distinción de los niveles de análisis micro-macro conlleva repercusiones metodológicas en el estudio de un problema social, ya que representan recortes analíticos que permiten una mayor profundización, aunque la realidad no es fragmentada.

El vínculo de los niveles micro-macro del análisis social se ubica en una posición teórica interparadigmática y su construcción se encuentra en marcha; los teóricos que han hecho aportaciones en este sentido señalan formas distintas de construir e identificar estos puentes, y coinciden en señalar que es un asunto inacabado, aunque se ha consensuado la necesidad de sobrepasar los reduccionismos de los extremos.

En este capítulo se retoman las propuestas de integración en el análisis sociológico de Pierre Bourdieu y Anthony Giddens, quienes afirman que no es posible separar la realidad en niveles; ellos construyen conceptos que reconocen la presencia de los niveles micro y macro en el

³ Merton acuñó la categoría *teorías de alcance medio*, desde el estructural-funcionalismo, para referirse a la necesidad de rebasar el estudio de la estructura social como la determinación del funcionamiento de la sociedad en su conjunto y estudiar dentro de éste los “roles sociales, normas institucionales, procesos sociales, normas culturales, emociones culturalmente normadas, normas sociales, organización grupal, estructura social, mecanismos de control social” (citado por Ritzer 2002, 134).

estudio de problemas sociales y, aunque complejos, admiten la constitución del agente o sujeto social con capacidades individuales, junto a los distintos componentes de la estructura social. El interés y la pertinencia de este abordaje en la investigación son en esta línea.

Giddens, autor de la teoría de la estructuración, se refiere al estudio de la acción individual y colectiva en términos de la relación entre *acción y estructura*; plantea que no hay una definición única de acción, pues ésta es propia del individuo, pero también de los grupos y colectividades, por lo que acción-estructura no es equiparable linealmente a los niveles micro y macro en el análisis social. La teoría de la estructuración no pretende privilegiar ninguno de los extremos, pues “el dominio primario de estudio de las ciencias sociales, para la teoría de la estructuración, no es ni la vivencia del actor individual, ni la existencia de alguna forma de totalidad societaria, sino *prácticas sociales ordenadas en un espacio y un tiempo*” (Giddens 2003, 40).

También debate que la división micro y macrosociológica no permite englobar todas las dimensiones de la acción social de los agentes, los contenidos, condicionantes y modalidades. Cuestiona porqué la estructura debe considerarse sólo en un nivel macrosociológico y las micro-situaciones sólo en el nivel microsociológico, cuando en el análisis de la acción social no se encuentra de esta forma (Ibid., 170-173); también logra identificar la acción social y la estructura en los distintos niveles de la realidad, lo que permitiría ubicarlas dentro de un trabajo empírico. El concepto de *estructura*, entendida como “las propiedades articuladoras que consienten la ‘ligazón’ de un espacio-tiempo en sistemas sociales [...] las propiedades por las que se vuelve posible que prácticas sociales discerniblemente similares existan a lo largo de segmentos variables de tiempo y espacio, y que presten a éstos una forma ‘sistémica’” (Ibid., 54). Entendido así el concepto de estructura, se visualiza su incorporación transversal en la conformación de los distintos niveles de la realidad.

El concepto de *acción* dilucida cómo se lleva a cabo el enlace de los niveles micro y macro en el actuar de los individuos, los grupos y las colectividades. Aunque Giddens enfatiza que no debe entenderse sola-

mente como una combinación de actos, como lo hacen muchos autores anglo-norteamericanos, sino como un proceso: “están constituidos [...] [desde] un momento discursivo de atención a la duración de un vivenciar. Tampoco se puede considerar una ‘acción’ con prescindencia del cuerpo, de sus mediaciones con el mundo circundante y de la coherencia de un propio-ser actuante” (Ibid., 41). Ambos conceptos, estructura y acción, conforman lo que el autor llama la *dualidad de estructura*, donde las propiedades estructurales de sistemas sociales son un medio y un resultado de las prácticas que organizan de manera recursiva (de recursos) (Ibid., 61); la constitución de agentes y estructura no son dos conjuntos de fenómenos independientes, no forman un *dualismo*,⁴ sino que representan una *dualidad*, con arreglo a la noción de dualidad de estructura. Esta posición privilegia la comprensión de los problemas sociales y del propio sujeto en interacción, siempre y cuando se *tiendan* los puentes entre los extremos, y que la dialéctica no confunda las explicaciones⁵ (posición necesaria en dicha integración).

Giddens considera que el actor es *agente* en su obrar, basado en dos tipos de conciencia, la discursiva y la práctica. La primera muestra el carácter de un registro reflexivo de la acción, con ella los agentes pueden decir y organizar en el discurso sus “condiciones sociales, incluidas, en especial las condiciones de su propia acción” (Ibid., 394), es decir, lo que dice, probablemente se observará en sus prácticas: “si son actores, sean capaces de explicar, si se les pide, casi todo lo que hacen” (Ibid., 43). En cambio, la conciencia práctica se refiere a que los actores saben (o creen saber) acerca de las condiciones sociales, en especial las de su

⁴ Dualismo: a) creencia religiosa de pueblos antiguos, que consistía en considerar el universo como formado y mantenido por el concurso de dos principios igualmente necesarios y eternos, y por consiguiente independientes uno del otro y b) doctrina filosófica que explica el origen y naturaleza del universo por la acción de dos esencias o principios diversos y contrarios (Real Academia Española, RAE 2005).

⁵ Para ampliar este punto, véase el capítulo titulado: “Teoría de la estructuración, investigación empírica y crítica social”, en el que Giddens (2003, 307-339) hace un recuento de “las partes del todo”, y de manera interesante interrelaciona la parte teórica con la investigación social.

propia acción, pero que no pueden expresar discursivamente; este es un saber de tipo práctico o *saber mutuo*, el cual “la mayor parte de ese saber es de origen práctico: es inherente a la capacidad de ‘ser con’ en las rutinas de una vida social. La línea que separa una conciencia discursiva de una conciencia práctica es fluctuante y permeable” (Ibid., 42). De aquí la importancia de considerar un enfoque en este sentido para el estudio de las prácticas, percepciones y discursos en la atención de la salud.

Resulta oportuno retomar la explicación de Giddens respecto a la capacidad del actor de ser agente, en tanto “tiene poder para causar una diferencia en su entorno, de poder ejercer algún tipo de poder”; las acciones del agente “implica lógicamente poder en el sentido de una aptitud transformadora”, que será matizada por las condiciones de constreñimiento que ejerce el entorno o la institución de salud sobre él (Ibid., 51-52). Es decir, dicha capacidad transformadora alcanza las acciones que un agente puede llevar a cabo para enfrentar distintos tipos de constreñimiento: el material (límites del cuerpo), el asociado a sanciones y el estructural, que limita esa capacidad transformadora. Al respecto, cabe preguntarse cómo las usuarias y pacientes de los servicios de salud viven en la interacción médica dichos límites, al presentarse con un problema de salud como el cáncer de mama, y cómo siguen las normas y enfrentan posibles sanciones en una institución que es generada y generadora de un contexto sociocultural y económico en un sentido más amplio. Como se verá, uno de los constreñimientos principales lo representa el poder que se ejerce, se vive y se reproduce en las instituciones de salud. Giddens señala que el poder claramente habilita, pero también restringe; en este sentido, la conceptualización sobre el constreñimiento asociado a sanciones resulta útil para el análisis:

Los aspectos constrictivos del poder son experimentados como *sanciones* de varias clases, que van desde la aplicación directa de la fuerza o la violencia, o la amenaza de tal aplicación, hasta la expresión atenuada de una desaprobación. Las sanciones sólo muy rara vez adoptan la forma de una compulsión tal que quienes la experimentan sean enteramente incapaces de resistir. Las relaciones de

poder a menudo están insertas a plena profundidad en modos de conducta que dan por *naturales* quienes los siguen, muy en particular en una conducta rutinizada, que tiene sólo una motivación difusa (Ibid., 205).

En otro nivel de constreñimiento, Giddens señala el estructural, que está dado por las condiciones de la “contextualidad de la acción, o sea, del carácter ‘dado’ de propiedades estructurales en relación con actos situados” (Ibid., 206), que parecen existir de manera más lejana a la acción del agente, pero que no niega su influencia en las vivencias cotidianas de los sujetos en la atención de su salud, en las instituciones y en la consulta médica.

Por su parte, Pierre Bourdieu plantea la integración analítica de los distintos niveles de la sociedad a través de lo que llama *economía política de las prácticas* (o bien, un estructuralismo genético), que elimina las dicotomías entre estructura-agente y micro-macroanálisis; se rehúsa a oponer objeto y sujeto, intención y causa, materialidad y representación simbólica, y es capaz de fusionar los enfoques fenomenológico y estructural en un análisis integrado, epistemológicamente coherente y con validez universal (Bourdieu y Wacquant 1995, 16). Esta investigación retoma de Bourdieu planteamientos teóricos que permiten una serie de explicaciones de la información empírica, como los conceptos de habitus, campo, capital simbólico, violencia simbólica y dominación. Su pertinencia se justifica en el análisis de las prácticas cotidianas en la atención de la salud, que pretenden conformar la calidad y la dimensión de derechos y ciudadanía de las mujeres pacientes.

Para el autor, la integración teórica básicamente se logra a través de los conceptos de habitus y *campo de acción*. A partir de ellos, Bourdieu elabora otros que apoyan las explicaciones de su constitución, reproducción y mantenimiento. También señala cómo se lleva a cabo su traducción en las prácticas que construyen la cotidianidad, las transformaciones sociales y el mantenimiento de las estructuras macrosociales.

El habitus se define como:

[...] sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, *estructuras estructuradas* predisuestas para funcionar como *estructuras estructurantes*, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones, que pueden estar objetivamente adaptados a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos (Bourdieu 1991, 92).

En cuanto a *estructura estructurada*, el habitus es un *producto social*. No se trata de una serie de disposiciones a actuar, sentir, pensar y percibir, adquiridas en forma innata o “natural”, sino socialmente y “en relación a la posición que los agentes ocupan en el sistema y de la acción pedagógica que ejerce sobre sus agentes”. Como *estructura estructurante*, el habitus es *productor social*, lo que podría definirse como un “operador de cálculo inconsciente que nos permite orientarnos correctamente en el espacio social sin necesidad de reflexión” (Bourdieu 2001, 26). El habitus representa la conjunción de los distintos niveles de la realidad social en una relación dialéctica de producto-productor social o estructura estructurada-estructurante. En términos simples, el habitus es el sentido práctico de las personas, lo que saben “de lo que hay que hacer en una situación determinada” (Bourdieu 1997, 40). Comprender contextualmente las conductas de los agentes significa conocer cómo se constituyen los habitus, sus componentes de clase y de género.

Preguntas planteadas a lo largo de la investigación sobre las decisiones y conductas de las mujeres pacientes y los médicos en los servicios de salud dirigieron el análisis sobre la constitución del habitus de las mujeres pacientes y de los médicos, en el campo de la atención médica; ¿por qué las mujeres pacientes tienen trayectorias de gestión diferentes, a pesar de tener condiciones materiales y normativas iguales?, y sobre esto, ¿por qué las mujeres pacientes a pesar de haber desarrollado trayectorias de gestión diferentes, tienen las mismas trayectorias de atención (frente a los médicos), en particular cuando no exigen o se apropian de derechos? ¿Por qué no preguntan, a pesar de necesitar la información y tener el interés de conocer su enfermedad para sus procesos de recu-

peración? ¿Por qué los médicos mantienen discursos y prácticas distintas en la calidad de la atención? ¿Por qué la institución de salud no implementa prácticas que aseguren el respeto de los derechos de las pacientes?, y ¿cuáles son los mecanismos que sostienen y reproducen las dinámicas de dominación en el espacio de la atención, particularmente en la relación médico-paciente?

Algunas explicaciones de Bourdieu resultan relevantes para la elaboración de respuestas, como la que aclara la forma en la que los habitus se relacionan con el mundo práctico:

[...] como un sistema de estructuras cognitivas y motivacionales, [el cual] es un mundo de fines ya realizados, modos de empleo o caminos a seguir, y de objetos dotados de un ‘carácter teleológico permanente’ [...] pues las regularidades propias de una condición arbitraria tienden a aparecer como necesarias, naturales, incluso, debido a que están en el origen de los principios [*shémes*] de percepción y apreciación, a través de los que son aprehendidas (Bourdieu 1991, 93-94).

Es decir, es importante comprender que las mujeres pacientes están inmersas en un contexto sociocultural, y que su historia particular e individual aporta a la conformación de sus habitus, sin dejar de señalar su participación en los distintos campos sociales como individuos y ciudadanas. Por su parte, los médicos viven los mismos procesos de constitución de habitus que reflejan su pertenencia a un marco sociocultural, institucional y biográfico; aunque para nuestro caso, hay que enfatizar que la constitución de su habitus profesional imprime un sello distintivo a la relación médico-paciente.

Vale decir que ambos actores, médicos y pacientes, participan en un campo social específico constituido por el campo de la atención médica, que contiene prácticas propias y una lógica que explica su conformación como tal. Bourdieu define el campo como:

una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en sus existencias y en

las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por situación [*situs*] actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder [o de capital], cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo, y de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones [dominación, subordinación, homología] (Bourdieu y Wacquant 1995, 64).

Dependerá de cómo se distribuyen los distintos poderes existentes en el campo, que las posiciones se verán más o menos constreñidas, es decir, la estructura del campo de acción limita a los actores, sean individuos o colectividades, sin embargo, “quienes dominan un campo están en posición de hacerlo funcionar en su beneficio, pero siempre deben tomar en cuenta las resistencias, las protestas, las reivindicaciones y las pretensiones, ‘políticas’ o no, de los dominados” (Ibid., 68).

El campo social está compuesto sobre todo por agentes en competencia, como en un juego, que buscan la apropiación de los distintos poderes que en él existen, aunque esta competencia no asigna una práctica consciente al agente. En este sentido, el campo social es un “juego en sí, no para sí, no se entra en el juego mediante un acto consciente, se nace en el juego, con el juego, y la relación de creencia, de *illusio*, de inversión/inmersión es tanto más total, más incondicional cuanto que se ignora como tal [...] los diferentes campos se aseguran agentes dotados del *habitus* necesario para su buen funcionamiento” (Bourdieu 1991, 114-115). Como se verá más adelante, el campo social constituido en el campo médico se trasluce a través de la información empírica que describe prácticas, en particular en la consulta. El encuentro de *habitus* de los médicos y mujeres pacientes en la consulta no cuestiona las “reglas del juego” de manera explícita, éstas se asumen como algo dado y hasta “naturalizado”, por la fuerza de la percepción y apreciación de inmovilidad identificada en las narrativas de ambos actores.

Los distintos poderes o capitales que existen en un campo, y por los cuales compiten sus participantes, son de distinta índole y según su valor o importancia tendrán la posibilidad de imponerse a los otros. Es decir,

alguno de ellos será el elemento principal que determine el uso del poder, y son de tipo económico, cultural o social, a los que se añade el poder simbólico, que es la modalidad adoptada por uno u otro de dichos tipos, cuando es captada a través de las categorías de percepción que reconocen su lógica específica, o bien, que desconocen el carácter arbitrario de su posesión y acumulación; el poder simbólico “es en efecto este poder invisible que sólo puede ejercerse con la complicidad de quienes no quieren saber que lo sufren o que incluso lo ejercen” (Bourdieu 2001, 88); este concepto se enlaza a los de dominación y violencia simbólica, para explicar cómo los dominados participan en su propia dominación.

Al capital cultural más bien habría que llamarle informacional; el social es la suma de los recursos actuales o potenciales, en virtud de que poseen una red duradera de relaciones, conocimientos y reconocimientos mutuos más o menos institucionalizados, es decir, la suma de capitales y poderes que semejante red permite movilizar (Bourdieu y Wacquant 1995, 82).

¿De qué manera el *habitus* de los agentes interviene en el campo? ¿Cómo se vinculan? Bourdieu señala que los distintos niveles de la realidad social, en la constitución del sujeto social, se expresan en el indisoluble vínculo entre el *habitus* y el campo, que se debe sobre todo a:

[la] relación de condicionamiento: el campo estructura el *habitus*, que es producto de la incorporación de la necesidad inmanente de este campo o de un conjunto de campos más o menos concordantes. Pero también es una relación de conocimiento o construcción cognoscitiva: el *habitus* contribuye a constituir el campo como mundo significativo, dotado de sentido y de valía, donde vale la pena desplegar las propias energías (Ibid., 87).

En el espacio de la atención a la salud existe una distribución desigual de capitales de distintos tipos entre los agentes, lo que le imprime una de sus características principales: la jerarquización de las relaciones entre los actores, tanto entre los del gremio médico, como de éstos respecto a su objeto de atención, los/las pacientes. En algunas situaciones analizadas,

lo anterior se expresa en términos de una dominación, cuyo objeto son las pacientes, y se expresa en una serie de prácticas sociales, y la violencia simbólica es uno de los mecanismos que la reproducen.

Bourdieu explica el concepto de dominación como:

el efecto indirecto de un conjunto complejo de acciones que se engendran en la red de coacciones (*contraintes*) cruzadas a las que cada uno de los dominantes, dominado de este modo por la estructura del campo a través del cual se ejerce la dominación, está sometido por parte de todos los demás (1997, 51)

Respecto al concepto de violencia simbólica, el autor explica que es una:

violencia suave, invisible, ignorada como tal, elegida tanto como sufrida, la de la confianza, el compromiso, la fidelidad personal, la hospitalidad, el don, la deuda, el reconocimiento, la piedad, todas las virtudes, en una palabra, que honra la moral del honor, se impone como el modo de dominación más económico por ser el más conforme con la economía del sistema (Bourdieu 1991, 214).

La dominación se expresa a través de la violencia simbólica, que representa una de las formas más acabadas de opresión, ya que “tienen tantas más posibilidades de imponerse como única forma de ejercer la dominación y la explotación, cuanto más difícil y reprobada sea la explotación directa y brutal” (Ibid.). En la atención en la consulta y en la relación médico-paciente, la violencia se matiza en distintos grados, no es evidente, explícita y directa pero existe, no es reconocida por las mujeres ni los prestadores como tal, y a veces se justifica con las propias palabras de los dominadores, sin embargo, en el espacio de la consulta se mantienen prácticas que desde la óptica de los derechos de las mujeres, como ciudadanas y pacientes, se consideran violatorias, y así refuerzan los hábitos de quienes intervienen. Bourdieu utiliza el concepto de violencia simbólica para referirse a la aceptación de este tipo de prácticas

violatorias; el autor sostiene que con ellas, los dominados contribuyen a su propia dominación al desconocerla como tal, al aceptar “este conjunto de premisas fundamentales, prerreflexivas, que [como] agentes sociales confirman al considerar el mundo como autoevidente, es decir, tal como es y encontrarlo natural” (Bourdieu y Wacquant 1995, 120).

Si bien podemos apreciar, tanto en Giddens como en Bourdieu, que los distintos análisis se integran en sus planteamientos conceptuales principales, en esta investigación se ha optado por el marco teórico de Bourdieu, junto con otras aportaciones que más adelante se describen. Los conceptos *habitus* y *campo* son mediadores, constituyen puentes teóricos necesarios que permiten una mayor comprensión de las distintas esferas que intervienen en las microsituaciones y que son reflejadas por los datos empíricos. Sobre esto, Salles señala que el concepto de campo posee *niveles interconectados de análisis, tiene el mérito de ser una categoría interligante o vinculativa*, lo cual es totalmente indispensable para considerar tanto la acción, como el ámbito relacional en el que ella ocurre (Salles 2001, 124; 2000). En un campo se juegan los distintos poderes (de saber-información, de poder de decisión, de imposición de normas), y los agentes ocupan posiciones dadas por la confluencia de condicionantes socioculturales macrosociales y las expresiones subjetivas de los propios actores. En este sentido, la atención médica es un espacio de reproducción de las estructuras sociales, de la profesión médica jerárquica y las pautas socioculturales de la subordinación de las mujeres (de género, por condición de paciente y ubicación social), donde se conjugan distintos determinantes en diversos niveles y posiciones de poder, que aun en recomposición permanente aportan al mantenimiento de las estructuras. En tanto las mujeres pacientes están en desventaja, debido al género y las condicionantes políticas, su capacidad de exigencia también se ve vulnerada o limitada. En otras palabras, vinculando las categorías y niveles, se comprende que las condicionantes materiales que ofrece el campo social de la atención médica no posibilita la existencia y el ejercicio de los derechos, sino la competencia permanente por su respeto.

De igual forma, el *habitus* expresa una capacidad teórica mediadora, en tanto que los sujetos se van conformando con distintas influencias

micro y macrosociales; el habitus es la expresión de cómo los individuos perciben el mundo y asumen una posición en el ámbito social, aunque estas posiciones nunca son totalmente estáticas. El concepto de violencia simbólica atraviesa tanto el concepto de habitus como el de campo, sin perder su capacidad de especificar expresiones individuales o colectivas al mismo tiempo.

Se optó por este abordaje teórico, porque sus conceptos reflejan y sustentan algunas explicaciones e interpretaciones de la información empírica. Los conceptos de interés tienen la capacidad de fungir como instancias mediadoras que desentrañan la complejidad de la realidad social, y apoyan la comprensión de las fronteras entre las condicionantes de la estructura y la subjetividad de los actores sociales, reto principal en la acotación teórica-metodológica de la investigación empírica.

UN MARCO DESDE LA SOCIOLOGÍA MÉDICA

La sociología médica es considerada una subdisciplina de la sociología, cuya ventaja es vincular dos ámbitos particulares en el estudio de la salud y la enfermedad: la teoría sociológica y la medicina, aunque esta relación no siempre ha sido armoniosa (Cockerham 2005, 4). Entre sus principales objetos de estudio se señalan la práctica médica y las políticas, sobre las cuales se han producido trabajos que van desde el plano teórico hasta el estudio de problemas prácticos. Dicha producción se ha ido ampliando desde distintos paradigmas sociológicos, que han posicionado de manera importante a la subdisciplina sociológica en el campo de la generación de conocimiento, después de la Segunda Guerra Mundial (Ibid., 3).

Son varios los paradigmas aplicados a trabajos dentro de la sociología médica, que han concentrado un gran interés; por ejemplo la dinámica de la relación médico-paciente en los últimos 50 años. Entre otros, se señalan el estructural-funcionalismo, la teoría del conflicto y el neomarxismo (Bloom y Wilson 1996, 212). Waitzkin (1991) señala las corrientes del estructuralismo, el postestructuralismo, la teoría marxista y la teoría crítica en el análisis de la relación médico-paciente. En las

últimas décadas, otras corrientes teóricas como la fenomenología y el interaccionismo simbólico se han posicionado de manera importante en la teoría sociológica, así como corrientes más contemporáneas como la sociología del cuerpo, la teoría feminista, el postestructuralismo, el posmodernismo y el realismo crítico (Cockerham 2005).

En el mismo sentido, Turner (1995, 1) afirma que la sociología médica ha tenido un avance especialmente importante en las últimas tres décadas, y hoy cuenta con una estructura teórica sistemática y sofisticada, a diferencia de las décadas anteriores, en las que se caracterizó por ser una ciencia social aplicada a problemas definidos principalmente por las agencias, más que por la propia comunidad de sociólogos. Hoy, la sociología médica reconoce la importancia de la teoría en el análisis de la naturaleza socialmente construida de la salud-enfermedad, interés que se refleja en diferentes publicaciones importantes⁶ en Estados Unidos. Straus, en la década de los años cincuenta, diferenció la sociología *en* la medicina, de la sociología *de* la medicina (1957), y es en esta última en la que la sociología es la disciplina central y la medicina es su objeto de estudio. Esta acepción es la adoptada por las ciencias sociales, cuyos temas de estudio principales son la salud y la enfermedad, la medicina como profesión y la visión del paciente y su experiencia en el proceso salud-enfermedad; se interesa también por el entrenamiento médico, los roles del médico y el paciente y la organización institucional médica. Por su parte, Turner enfatiza que la sociología médica es básicamente sociología y está interesada en la acción social, la perspectiva subjetiva, la relación entre acción y estructura, los procesos sociales en el mantenimiento y cambio del orden social, así como en las desigualdades sociales y, en especial, en el estudio de la distribución del poder que permita entender “la desestabilización de las relaciones y los sistemas sociales a través del conflicto organizado y la resistencia individual” (1995, 3).

La propuesta de Turner resulta interesante porque organiza su trabajo en tres niveles de análisis: el individual, el social y el societal. La idea que queremos rescatar aquí enfatiza lo que el autor plantea como la inter-

⁶ Turner cita como ejemplo la revista *Sociology of Health and Illness* (1995, 1).

relación entre los marcos teóricos, uno como base del otro, siendo la sociología una disciplina y la sociología médica una subdisciplina. Otros autores solamente señalan los intereses principales de la sociología en el estudio de la salud-enfermedad desde distintos paradigmas sociológicos, sin diferenciar la sociología médica como disciplina específica (Bloom y Wilson 1996, 212).

Algunas revisiones sobre sociología médica se basan en autores clásicos y contemporáneos como Emile Durkheim, Max Weber, T. Parsons, Michel Foucault, Eliot Freidson, Howard Waitzkin, Bryan Turner y Pierre Bourdieu (Cockerham 2005; Bloom y Wilson 1996), más que en el paradigma o corriente teórica, y en cómo estas aportaciones al estudio de la realidad social contribuyen al estudio de la medicina, la salud-enfermedad, la relación médico-paciente, la organización institucional y la respuesta social a la salud-enfermedad.

Nos interesa detenernos en los diferentes abordajes presentes en el estudio de la relación médico-paciente, y señalar algunas dimensiones de la profesión médica y la institución de salud. Para la discusión de los temas mencionados, retomaremos planteamientos de autores centrales en la sociología médica.

La relación médico-paciente

La relación médico-paciente es la interacción cara a cara que se establece entre el médico, quien pone en juego su capacidad técnica y su formación profesional en la atención del individuo con algún problema de salud, y el/la paciente, quien demanda la atención. Las expectativas con las que ambas partes llegan a la consulta son diferentes, se fueron tejiendo conforme a su posición en el contexto social al que pertenecen, sus condiciones de vida, sus vivencias pasadas en la atención de la salud, sus experiencias profesionales, el marco institucional en el que se ubican, los estereotipos y las percepciones sobre el otro.

La relación médico-paciente es un objeto de estudio de la sociología, pero ha sido abordado desde la antropología, psicología, ciencias políticas, comunicación, historia, economía, administración y filosofía, que

en distintos grados de vinculación, han generado conocimiento sobre los elementos sociales presentes en la interacción.

La investigación sobre el tema se caracteriza por un énfasis en el enfoque disciplinario que suele privilegiarse, o por el acento en alguna de sus dimensiones. Gómez Esteban (2002) clasifica cuatro grandes líneas en esta producción: a) el modelo comunicacional; b) el sociocultural; c) el psicoanalítico y d) el humanístico. La autora encontró que la producción bibliográfica sobre la relación médico-paciente se concentra en los modelos comunicacional y sociocultural, aunque privilegia la descripción del primero, y se refiere a la manera en la que el médico y el paciente se comunican, basados en aspectos conscientes y observables de la relación durante la consulta.

Desde otro abordaje, estudios sobre la historia de la medicina y la relación médico-paciente señalan que los pacientes fueron reconocidos como personas a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, a razón de las demandas en movimientos sociales que lucharon por la prestación de los servicios de salud de manera masiva. Laín (1964, 219) llama la “rebelión del sujeto” al momento en el que los pacientes expresaron inconformidad respecto al trato de los médicos y las instituciones de salud, así como por la desigualdad en el acceso a los servicios.

En el mismo tenor, pero a finales del siglo pasado, Gracia Guillén (citado por Gómez E. 2002, 78) se refirió a una “rebelión del paciente” que reivindica su autonomía moral, es decir, “su capacidad y el derecho a tomar las decisiones que afecten a su cuerpo y a su salud”, explicó que esto se había generado a partir de cambios importantes en el campo de la medicina, como una mayor autonomía y toma de decisiones por el enfermo, un aumento en el uso de la tecnología en la práctica médica y la gestión de la política sanitaria.

Otras clasificaciones presentan la relación médico-paciente según el tipo de enfermedad y su gravedad, la participación del paciente y el médico en la atención, el grado de personalización del médico sobre el paciente y el objetivo en el que se basa la relación (Pérez-Gaspar 1994). Entre éstas, la clasificación de Szasz y Hollender (citados por Bloom y Wilson 1996) resulta útil para ilustrar las diferencias entre médicos y

pacientes, aunque privilegia un enfoque psicoanalítico. Los autores ponen el énfasis en cómo una diversidad de situaciones –que llevan a entender los niveles de participación–, pueden intervenir en la construcción de la relación médico-paciente, y en cómo ambos toman las decisiones. Ellos proponen tres grandes categorías en esta relación: actividad-pasividad, asesoramiento-cooperación y participación mutua. Enseguida se resume cada una frente al papel del médico y del paciente.

Como se observa, existe un grado variable de dependencia y subordinación del paciente frente al médico. A excepción de la tercera categoría, resulta interesante la analogía padre-hijo utilizada para mostrar un tipo de relación que sugiere la dependencia del paciente al saber y al gremio médico; este modelo trasluce la caracterización de la construcción de relaciones paternalistas, basadas fundamentalmente en el experto que sabe y el paciente que no sabe.

Cuadro 1

Formas de la relación médico-paciente, según niveles de participación

Modelo médico	Papel del paciente	Papel del modelo	Aplicación clínica del modelo	Prototipo del modelo
Actividad-pasividad	Le hace algo al paciente	Receptor (incapaz de responder e inerte)	Anestesia, trauma agudo, como delirio, etc.	Padre/madre-hijo
Asesoramiento-cooperación	Le dice al paciente qué hacer	Cooperador (obedece)	Procesos infecciosos agudos	Padre/madre-hijo
Participación mutua	Le ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo	Participa en la asociación (usa la ayuda de un experto)	La mayoría de las enfermedades crónicas, el psicoanálisis, etc.	Adulto-adulto

Fuente: tomado de Bloom y Wilson (1996, 231).

La clasificación de Szasz y Hollender, así como otras referidas al modelo comunicacional y psicoanalítico, confinan la relación al propio espacio interaccional entre el médico y el paciente, sin incorporar los elementos contextuales, ni reconocer que esta relación expresa lo socialmente construido, aceptado y legitimado, como la construcción del conocimiento médico, y su apropiación y aplicación. Enseguida veremos algunos de estos planteamientos.

A mediados del siglo xx, el sociólogo Talcott Parsons, desde el estructural-funcionalismo, estudió la relación médico-paciente como una situación que refleja los determinantes del sistema social. Dicha obra representa, en palabras de Cockerham (2005), uno de los primeros trabajos que incluye el análisis de la función de la medicina desde un punto de vista social. Se considera que Parsons, aunque reconoce la asimetría en la relación, elabora un modelo teórico funcional al sistema social, donde no necesariamente se generan conflictos por tal diferencia.

Algunos planteamientos de Parsons han sido útiles para nuestro análisis, sobre todo para entender cómo los médicos logran una conducta que trata de expresar una neutralidad afectiva frente al paciente; también consideramos ilustrativa su caracterización de los distintos roles de la relación médico-paciente (con obligaciones y privilegios) respecto a sus papeles sociales, y cómo concibe el papel del médico como parte del control social, aunque difiere sustantivamente con otros autores que califican esta relación como de subordinación, poder o dominación.

Aunque Parsons considera que tanto el enfermo como el médico tienen obligaciones y privilegios, es este último quien tiene la obligación de controlar al enfermo, y advierte que éste es un sujeto desviado de sus funciones sociales y no debe tomar ventajas de su condición de privilegiado al estar exento de sus obligaciones sociales (1982, 441). El médico se caracteriza por contar con una formación técnica identificada por su universalidad, que lo lleva a ser funcionalmente específico y neutral en el terreno afectivo, así como tener una orientación colectiva y no estar auto orientado.

Por su parte, la persona que asume el rol del enfermo se caracteriza por estar en desamparo, necesitar ayuda, tener incompetencia técnica y

las implicaciones emocionales que conlleva su estado, en este sentido depende del conocimiento del médico. Una de nuestras preguntas de investigación plantea por qué las pacientes son aparentemente dependientes de los médicos en la toma de decisiones; si bien es cierto que están desamparadas en términos de salud, es decir, tienen un problema que deben resolver y ello hace que necesiten ayuda profesional, no quiere decir que no deban o no puedan tomar decisiones. Sin embargo, cabe preguntarse si los médicos consideran este rol parte de su obligación y si no es así, si esto hace que su actuación frente a las pacientes excluya la práctica de discutir con ellas cualquier decisión. Pedro Laín (1964) y Gracia Guillén (citado por Gómez E. 2002, 78) señalaron, uno a principios del siglo xx y el otro a finales, que una de las causas de la “rebelión del paciente” era que en su relación con el médico, quedaba invisibilizado.

Parsons señala que la ayuda que necesitan los enfermos debe venir de alguien competente, pues en su estado no pueden ayudarse a sí mismos. Así que su incapacidad se torna doble, pues por un lado está enfermo, con todas las implicaciones que esto conlleva, y por el otro, no sabe cómo curarse o mejorar. Los médicos son los profesionales certificados y cualificados para dar esta ayuda.

Además, el paciente tiene poca capacidad para elegir al mejor médico; este conocimiento sólo lo adquiere a través de otros profanos, o por la fama del médico, pero no porque reconozca su capacidad técnica y su entrenamiento, pues el enfermo no es experto ni está técnicamente entrenado para reconocer esa capacidad. Ser médico, con un entrenamiento altamente especializado, “implica también especificidad de la función. Esa devoción intensiva hacia los expertos en materia de salud y enfermedad excluye que sean también expertos en otros campos” (Parsons 1982, 437). La superioridad del médico se ubica entonces en la esfera específica de su experiencia y entrenamiento técnico.

Una de las aportaciones de Parsons es que el médico debe mantenerse emocionalmente al margen en la atención al paciente. La categoría *neutralidad afectiva* es una condición que caracteriza la formación de los médicos por la naturaleza de su objeto de trabajo. Es un humano que trabaja con, sobre y para humanos, que tiene el poder de influir en sus cues-

Cuadro 2

Sistema de expectativas institucionales
de los roles del enfermo y del médico

Rol de enfermo	Rol de médico
Obligaciones	Obligaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Estar motivado a aliviarse • Buscar ayuda técnicamente competente y cooperar con el médico en el proceso de sanar • Confiar en el médico y aceptar la diferencia entre ambos (asimetría de la relación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Que actúe por el bienestar del paciente y utilice responsablemente su autoridad (orientación colectiva) • Que se guíe por las reglas del comportamiento profesional • Que aplique a los problemas de la enfermedad su conocimiento especializado, “hacer todo lo posible” • Que mantenga una neutralidad afectiva • Autorregulación profesional
Privilegios	Privilegios
<ul style="list-style-type: none"> • Exención de responsabilidades normales del rol social • Exención de responsabilidad de su propio estado de enfermo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominación profesional • Autonomía • Acceso a la intimidad física y personal
Riesgos del rol	Riesgos del rol
<ul style="list-style-type: none"> • Por su situación de desamparo y su falta de competencia técnica y perturbación emocional, lo pueden convertir en un objeto vulnerable a la explotación • Puede ser presa fácil de una serie de creencias y prácticas racionales e irracionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivir la incertidumbre, como frustración y tensiones
<p>Premisa de la relación médico-paciente: “Las tensiones que existen en ambos lados de la relación médico-paciente son tales que tenemos que esperar encontrar no simplemente una institucionalización de los roles, sino también los mecanismos especiales de control social en la operación” (Parsons 1982, 452).</p>	

Fuente: elaboración propia.

tiones vitales y en el propio futuro del enfermo. Además, su actividad se reconoce como ciencia aplicada, por lo que “se espera que el médico se ocupe de un problema objetivo en términos objetivos, científicamente justificables” (Ibid., 437). Como veremos, si bien es cierto que los médicos, entrenados en dicha neutralidad, evitan cometer excesos o abusos, ésta rebasa la relación misma con las pacientes al soslayar prácticas que atentan contra algunos de sus derechos, como el de privacidad, por ejemplo. En el cuadro 2 se resumen las obligaciones y privilegios de ambos actores según lo planteado por Parsons.

Por lo general, a Parsons se le cuestiona sobre la aceptación y justificación de una relación asimétrica entre médico y paciente, entendida como una función necesaria para el control social y la estabilidad del sistema; en sus planteamientos, el autor tampoco explica esta función en el contexto de atención de las enfermedades crónicas. Aunque Parsons alcanza a dilucidar algunos de los componentes centrales de la profesión médica y los roles tanto del médico como del paciente, no logra reconocer el conflicto implícito de la relación. Sobre esto último, autores como Freidson, Waitzkin y Turner, al contrario de Parsons, consideran que la relación médico-paciente se desarrolla a partir del conflicto.

Freidson, desde la teoría de conflictos, cuestiona a Parsons y va más allá en algunas de sus explicaciones. Al igual que L. Boltanski, H. Waitzkin y B. Turner, sostiene que el encuentro médico-paciente desemboca en una lucha desigual de poder entre ambos. Considera que partiendo de la autorregulación y la autonomía de la profesión, el saber médico es incuestionable, lo que deja poco margen de intervención al paciente. El planteamiento principal de Freidson en la relación médico-paciente es que es potencialmente conflictiva.

Dice que Parsons no reconoce las distintas perspectivas entre médico y paciente; considera que al referirse al rol del enfermo, no admite la diversidad sociocultural de las personas, ni diferencia los tipos de enfermedades y su propuesta se constriñe a las agudas. El rol se relativiza ante enfermedades crónicas degenerativas y fatales, en las que no es posible mantener los roles de ambos actores (Freidson 1978, 236). El cáncer de mama es una de estas últimas, así como otras patologías reportadas por

las pacientes. De nuevo vale la pena preguntarse hasta dónde la formación profesional de los médicos incorpora un sesgo al responsabilizarlas a ellas de su propia recuperación en términos individuales, con sus recursos y capacidades personales limitadas, sin reconocer otras condicionantes socioculturales.

Freidson señala que la actividad de los médicos es reconocida como ciencia aplicada, y se espera que asuman la obligación de contribuir a “el bienestar del paciente” por encima de sus intereses personales, si trabaja como médico particular o pertenece a los servicios de una institución. La relación médico-paciente es la confrontación de los roles de ser médicos y ser pacientes en la institución.

DelVecchio y Good (2000), en una amplia revisión sobre la relación médico-paciente, señalan que la comunicación es el principal problema reportado por la mayor parte de resultados de investigación, independientemente desde la disciplina que haya sido abordada. Se ha caracterizado como una forma de conversación pobremente sostenida, con un intercambio limitado de información, o bien afectivo, con alto contenido de transferencia y contratransferencia. Desde este abordaje, sin embargo, pocos se han detenido en un aspecto nodal de la relación, que se refiere a las relaciones de poder. Ellos identifican esta dimensión que caracteriza la interacción como una relación de poder, dominación y conflicto (Ibid., 244).

Algunas expresiones del conflicto en la relación médico-paciente son:

- Contribución a la construcción cultural de la enfermedad
- Apropiación del sufrimiento
- Actuación de la normativa
- Contribución a la medicalización de las relaciones sociales opresivas y al sufrimiento social, así como al control social
- Representación de la relación médico-paciente como un espacio de dominación y explotación
- Lucha en el pleno corazón del territorio controlado por los médicos
- Representación de un contexto de generación de conflictos entre “íntimos adversarios”
- Observación permanente del sufrimiento humano
- Transacción entre sistemas de significados, tecnologías y poder

Como veremos más adelante, se constataron expresiones de estos señalamientos en la interacción cotidiana de la consulta médica. Boltansky también señala la existencia de este conflicto en la interacción médico-paciente y la aborda como la distancia entre dos posiciones lejanas de conocimiento. La profesión médica ha construido y se ha apropiado de un lenguaje propio debido a su formación especializada, y corre de manera paralela al hecho de que las clases populares han ido perdiendo el dominio de los saberes sobre el cuidado de su salud que antes poseían. La diferencia de conocimientos es aún más grande en las clases populares, pues su educación formal es menor, su vocabulario es más limitado y les resulta difícil hacer una descripción detallada de sus enfermedades. Como clases desposeídas, se les ha inculcado que la ciencia es algo casi inalcanzable y que los médicos son profesionales de la ciencia, y ello hace que su distancia sea mayor. De manera similar a Parsons, Boltanski señala que no cuentan con “ningún medio de criticar las palabras y gestos del médico, ni de distinguir, dentro de lo que relatan después del discurso del médico, los parientes o amigos del enfermo, entre lo verdadero y lo falso o simplemente entre lo probable, lo posible y aquello que es imposible o fantasmagórico” (1977, 40).

Al igual que muchos otros autores, Boltanski reconoce que uno de los grandes problemas referidos por los pacientes, en su relación con los médicos, tiene que ver con la comunicación. Esta situación se compone de varias aristas, entre las más importantes destacan las distancias sociales y la desconfianza generada por la falta de información comprensible, o porque ésta no llega, lo que genera incertidumbre sobre el desarrollo de la enfermedad, su origen y pronóstico (Ibid., 54).

El autor también sostiene que la desventaja de las clases populares es mayor porque no eligen a sus médicos con facilidad, a diferencia de las clases superiores, que lo hacen a voluntad. Una de las características que las clases populares reconocen en los profesionales médicos tiene que ver con los “modales”; su percepción de estas expresiones es tal porque “tienen una aguda conciencia de la distancia social que los separa del médico y porque se encuentran en situación de saber o, por lo menos, de presentir que la relación médico-paciente es una relación de clase y que el médico adopta diferentes actitudes según la clase social del enfermo” (Ibid., 51).

De manera similar, Howard Waitzkin (1991, 9) señala el contenido político y de lucha que se da en el encuentro médico-paciente. Califica la relación como un encuentro micropolítico, una forma de control social. En la figura de los médicos, el control se traduce a través de prácticas en las que no se discuten los problemas contextuales de la enfermedad y la salud, a pesar de ser un factor condicionante de los problemas de salud del paciente. Los médicos transmiten mensajes ideológicos al no cuestionar su entorno, ni el de su paciente, y de esta forma generan una actitud de aceptación de esas condiciones. Aunque la medicina no se plantea evitar o generar el conflicto social, al ejercer su función de control cumple el objetivo de evitarlo; muchos de los mensajes ideológicos, la mayoría de las veces sutiles y expresados bajo el argumento del bienestar del paciente, poseen un efecto más penetrante de lo que por lo común se reconoce, sin negar que existen otras instituciones con un mayor peso para lograrlo. A esto Waitzkin lo llama la no intencionalidad del control social médico, y coincide con Boltanski al reconocer que el lenguaje que se mantiene depende de la clase social, a través del cual se expresa la ideología a la que pertenecen los médicos y los pacientes.

En un análisis del discurso médico, el autor reconoce los mensajes que mantienen distintos patrones sociopolíticos y culturales que son fuente de insatisfacción e inconformidad de los pacientes: la explotación en el trabajo, los distintos roles en la familia, las vivencias de la sexualidad y otras áreas de la vida, en cercana relación con muchos de los problemas de salud por los cuales llegan a consulta; se les indican una serie de terapias propias del cuidado institucionalizado (técnicas de relajación, uso de tranquilizantes, consejería, terapia familiar y otros métodos relacionados) (Waitzkin 1991, 23). En este sentido, Waitzkin reconoce que a pesar de que pudiera existir la voluntad de ayudar a los pacientes, la incapacidad de los médicos para intervenir representa una fuente de frustración para ambas partes, por lo que usualmente echan a andar un mecanismo de desactivación de esa posible fuente de estrés (Ibid.).

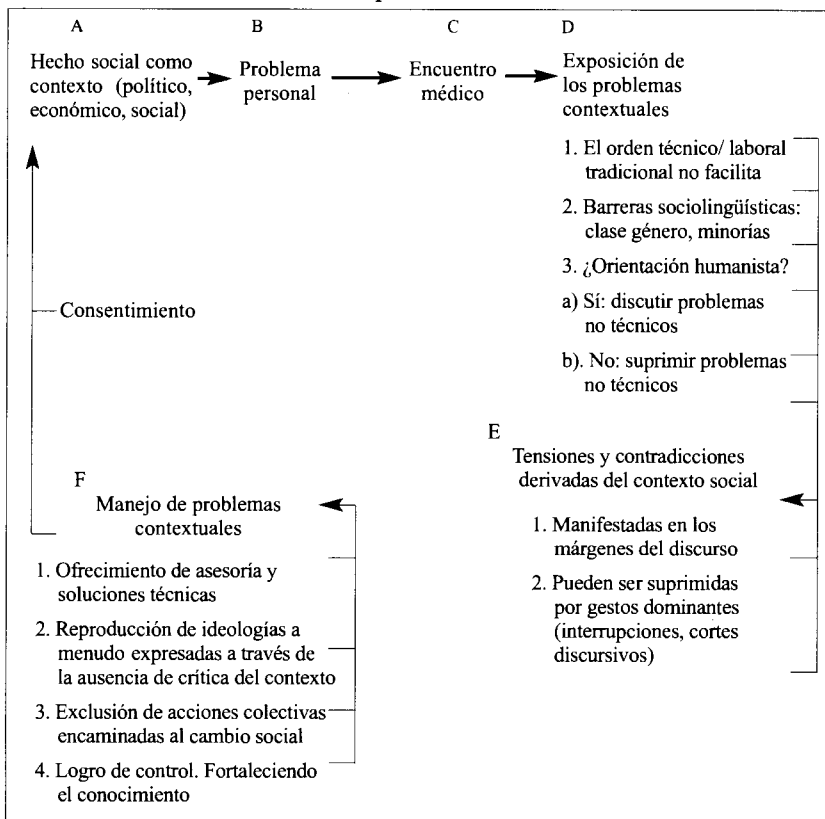
El encuentro médico-paciente representa una situación micropolítica que incluye la clase social y el poder económico y político de ambos, es decir, se expresan una serie de condicionantes estructurales, desde la

premisa de que el encuentro ocurre en un lugar y tiempo históricamente específicos y su discurso no puede aislarse como un evento de diferencias de lenguaje. El análisis debe partir del reconocimiento de que el encuentro médico-paciente, como un evento microsocioal, no está exento de los elementos macrosociales.

Para ilustrar lo anterior de forma más clara, se retomó un diagrama que explica la interacción entre distintos niveles, y ha sido útil para esbozar en forma esquemática un análisis cercano al de esta investigación.

Diagrama 1

La estructura micropolítica del discurso médico



Fuente: tomado de H. Waitzkin (1991, 46).

La propuesta de análisis de Waitzkin (1991)⁷ resulta interesante y compleja, pues incorpora técnicas de análisis de discurso y sociolingüística desde distintos enfoques teóricos, sin perder el énfasis de la teoría de conflictos. El objetivo es buscar las formas en que dichos mecanismos de transmisión funcionan en la interacción médico-paciente y entender cómo los mensajes médicos fomentan que la gente acepte y mantenga conductas sociales apropiadas, identificando como trasfondo una serie de condicionantes estructurales.

La relación médico-paciente, objeto de esta investigación, se acerca a estos planteamientos, sobre todo porque representa una relación micropolítica donde están presentes la clase, la raza, el género, la edad, la ideología y los mecanismos de control social, caracterizados por una dinámica asimétrica. Las prácticas de atención en la consulta, y que echan a andar ambos participantes en la relación médico-paciente, expresan las condicionantes micro-macrosociales, las características de la profesión y la formación como pacientes.

Las mujeres pacientes llegan con una carga emocional importante debido al tipo de patología por la que demandan el servicio, que pone en juego no solamente sus recursos informacionales, traducidos en la obtención del servicio y otros apoyos “adicionales” en la institución de salud, sino también los recursos individuales y familiares relacionados con sus condiciones de vida. Sus ventajas y desventajas sociales, expresadas en un encuentro microsocial, aluden a distintas condicionantes macrosociales, como pertenecer a un grupo poblacional que no cuenta con servicios de salud de la seguridad social. Por su parte, los médicos, desde una formación profesional con un alto estatus socialmente reconocido, expresan características que indican su posición de clase, su formación biográfica y su puesto en la propia institución de salud, que aportan a la interacción de una perspectiva distinta de la del paciente. Lo que queremos subrayar en este recuento es la importancia de estos enfoques para

⁷ Además, el autor discute las implicaciones metodológicas de la elección, ya sea un enfoque cuantitativo o cualitativo para el estudio del discurso médico, y da pistas para minimizar las limitaciones de ambos.

el estudio de la relación médico-paciente, tratando de incorporar, cuando menos en el ámbito enunciativo, las aportaciones enfatizadas en esta temática.

Desde un abordaje fenomenológico, autores como Anderson y Helm señalan que a partir del encuentro conflictivo que representa la relación médico-paciente, se establece un proceso de negociación de la realidad entre los actores, a partir de la premisa de que la realidad es socialmente construida, y todos los actores la miran diferente, lo que se expresa en el encuentro entre médico-paciente, que termina como una negociación, es, ante todo, una situación social. Los autores plantean que: “El carácter científico y ‘objetivo’ observado en el encuentro ha dado lugar a una mistificación del dominio y la posición del médico, por lo que al desmitificar el encuentro y examinarlo como un proceso esperamos des-objetivar el papel de cada participante y, en consecuencia, fomentar el conocimiento del sistema médico” (Anderson y Helm 1982, 429). El aura de cientificidad de la profesión representa una de las ventajas de los médicos para encarar el proceso de negociación, como se ve en el uso del lenguaje en la consulta. Anderson y Helm lo señalan como “un vocabulario sumamente complejo y técnico que no es comprensible para el individuo promedio no profesional” (Ibid., 438). El lenguaje, de esta forma, tiene varios objetivos: confundir, evitar significados sexuales e incluso intimidar a los pacientes. Berger y Luckmann sostienen que el médico “aumenta su poder mediante su acceso y control del lenguaje ‘legítimo’ de la salud y la enfermedad” (2001, 438).

Resulta favorecedor para el médico que el encuentro se lleve a cabo en su propio espacio, es decir, el consultorio, a diferencia de la medicina que se ofrecía en los domicilios de los pacientes, en su espacio y ambiente familiar; hoy esta práctica está casi ausente en la atención. Sin embargo, los autores sostienen que los pacientes pueden utilizar distintas estrategias para minimizar sus desventajas ante el médico, a costa de alejarse de su calificación de “buen paciente”.

La propuesta de Anderson y Helm permite incorporar los aspectos subjetivos de la relación médico-paciente al análisis, que influyen de muchas maneras en los procesos de salud-enfermedad.

El modelo médico hegemónico, desde la antropología médica, incluye varias características referidas al tipo de relación médico-paciente que se establece en el marco del modelo. Menéndez (1990), autor de esta propuesta teórica, coincide con otros ya señalados antes.

Algunas características de la relación entre médicos y pacientes:

- Asimetría
- Subordinación social y técnica del paciente
- Ignorancia y desconocimiento de los saberes del paciente, que están fuera del modelo biomédico
- Acción de responsabilizar al paciente de su enfermedad
- Fomento de una participación pasiva de los pacientes
- Exclusión del paciente de las acciones del saber médico dirigidas a él

La relación médico-paciente, estudiada desde un enfoque de conflicto, da la oportunidad de reconocer varias características de asimetría, subordinación, dominación y exclusión en los propios procesos de atención de las mujeres pacientes. Este es uno de los abordajes teóricos principales que nos acercan al análisis realizado en este estudio. Considerar la consulta médica como una situación micropolítica, en palabras de Waitzkin, deja en evidencia lo que autores como Parsons, Freidson y Foucault y otros ya habían señalado en cuanto al uso del saber en aras de mantener un control social, no sólo sobre la profesión, sino sobre la población en su conjunto.

El enfoque de conflicto también coincide con las críticas del feminismo a la profesión médica en la atención de la salud de las mujeres. Varias autoras (Sherwin 1998a, 1996; Fisher 1993, 1984; Ehrenreich y English 1990; Todd 1993a, 1993b; Tood y Fisher 1993; DelVecchio y Good 2000; Rubin 1986; AbouZahr y Vlassoff 1996; Bianco et al. 1998; Cook et al. 2003; Cook 1995; Kaufert 1998, 2000; Lamas 2001; Correa 1994; Correa y Petchesky 2001; Ortiz-Ortega 1999a; Lock 1998; Matamala et al. 1995; Salas 2004) han aportado a la sociología médica, tanto en el plano de la reflexión teórica con los conceptos de patriarcado, sistema de sexo/género y género, como a la investigación empírica en dis-

tintos temas, y han coincidido en señalar la discriminación sistemática de la medicina contra las pacientes mujeres, como parte de la discriminación social generalizada por su condición de género, sobre todo en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Ehrenreich y English (1990) documentan ampliamente cómo la medicina fue expropiando el saber de las mujeres sobre el cuidado de la salud de la población, al tiempo que fue medicalizando los problemas de salud y otras expresiones generadas por el malestar del dominio masculino. Aunque retomamos las aportaciones de estas autoras a lo largo de los siguientes capítulos, hay que dejar asentada la importancia que representa esta crítica sistemática a la atención médica androcéntrica, por el cúmulo de evidencias del problema y lo que ha significado para la salud de las mujeres, y por el estímulo en la generación de teoría sociológica en el estudio de la salud femenina.

Sobre esto último, Castro y Bronfman realizan una revisión de las aportaciones de la teoría feminista a la sociología médica y concluyen que “constituye una promesa de desarrollo de una nueva forma de conocimiento” (1998, 233). A través de los conceptos de patriarcado y género se comprenden las diferencias entre la salud y la enfermedad, así como el saber y la práctica médica entre hombres y mujeres.

La profesión médica y las instituciones de salud

La interacción entre médicos y pacientes representa el encuentro donde se expresa la asimetría entre ambos actores. Nos interesa señalar algunos rasgos de la profesión médica, la cual, explicada con conceptos de Bourdieu, representaría un actor protagónico en el campo social de la medicina, elemento central dentro de las sociedades, que cuenta con una lógica propia transmitida a los profesionales formados en él, a través de mecanismos tanto formales como no formales, pero al mismo tiempo, son los agentes, en sus diferentes posiciones y poderes, quienes reproducen y mantienen al propio campo. Para ilustrar esto nos enfocamos en la formación de los médicos, y aunque los pacientes se forman como tales frente al aparato médico, construyen su formación por otras vías y con otros objetivos.

Parsons (1982, 455) plantea que la profesión médica representa un mecanismo legítimo de control social sobre la enfermedad en la sociedad, y señala que la práctica médica se caracteriza principalmente por los valores de adquisición, universalismo, especificidad funcional, neutralidad afectiva y orientación colectiva, en este orden. La especificidad funcional, en relación con el universalismo, se refiere al conocimiento técnico que mantiene las mismas bases especializadas en la medicina. Pero un asunto que importa sobre todo en la profesión es la formación del médico para que sea capaz de implementar mecanismos de control de su emocionalidad, pues su posición de profesional que accede al cuerpo y a las vidas privadas de las pacientes, le da la oportunidad de involucrarse más allá de su intervención médica-técnica.

Los médicos son formados “hacia adentro” del grupo profesional, serán educados por ellos, serán regulados por la misma profesión y cualquier control profano es rechazado, así “tienden a comportarse frente al Estado y, al menos ideológicamente, frente a cualquier fuente potencial de control de profanos” (Ibid., 469). Por su parte, Freidson considera que es justamente por el apoyo del Estado que la profesión desarrolló su propio control, con un fundamento de carácter claramente político (1978, 39).

Este autor considera que la profesión médica “en virtud de ser la autoridad sobre lo que la enfermedad es ‘realmente’, la medicina crea las posibilidades sociales para representar la enfermedad. En ese sentido, el monopolio de la medicina incluye el derecho para crear la enfermedad como un rol social oficial” (Ibid., 209), con base en la alta autonomía que sostiene como profesión, y constituye una de sus características principales, la cual se mantiene por apoyo estatal, última instancia normativa que establece los mecanismos ocupacionales políticos y formales, lo que no quiere decir que intervenga en las cuestiones técnicas del saber especializado que ejerce, pues ésta pertenece a la esfera de la propia autorregulación y representa su fuente de dominio. Entonces, sostiene Freidson, la intervención estatal se da a través de los controles organizacionales o económicos de la profesión.

También afirma que la variabilidad entre los distintos contextos del ejercicio de la profesión se concentra en la dimensión contextual y normativa, y no es que varíen los rasgos estructurales (Ibid., 163). Más adelante veremos que las acciones explícitamente dirigidas al mejoramiento de la calidad de la atención no cuestionan las premisas fundacionales de la cultura médica, como la jerarquía, el respeto de derechos y la forma en la que se toman las decisiones en la consulta, sino más bien se dirigen a aspectos administrativos y organizacionales del servicio y de la estructura física de la institución.

Algunos autores establecen una diferencia entre los médicos de los servicios públicos y los de práctica privada (Parsons 1982; Freidson 1978), pues dichas posiciones repercuten en la relación médico-paciente. Las instituciones públicas de salud funcionan con recursos más limitados que las privadas, y sus servicios representan el objetivo del Estado de cubrir la población con menos recursos. Los planteamientos pueden resultar contradictorios, pues unos ubican al médico de los servicios públicos como quien, al no tener motivos de lucro, perderá el interés en conservar al paciente, pero también se encuentra el extremo de que bajo este objetivo, pueden cometerse atropellos. Aunque esta investigación no profundiza en el tema, vale la pena relacionar el asunto con las declaraciones de los médicos sobre la necesidad de complementar sus ingresos con varias jornadas laborales, casi todos en la práctica privada. Parsons consideraba parte de la formación médica el desinterés por un afán de lucro, sin embargo, como retoma después Freidson, su alto estatus, socialmente reconocido, continúa en el imaginario social y lo ubica como el profesional que obtiene ingresos altos.

Ambos tipos de prácticas se diferencian además por la normatividad que debe atender. El hospital público organiza y establece un conjunto de normas que los médicos, aun sin estar totalmente de acuerdo con ellas, deben cumplir; se trata de normas generales de organización del servicio y parámetros administrativos. Tal es el caso del número de horas que deben cumplir, la cantidad de pacientes que deben atender, los procedimientos administrativos que deben llenar y en general, una serie de prácticas que rebasan su propio objetivo de aplicación de su conocimiento

Aunque el autor coincide con Parsons al considerar que la enfermedad es un tipo de desviación social, atribuye a la medicina la facultad de sostener:

[...] un conjunto de normas que representan la salud o la normalidad [...]. La evaluación humana, y por tanto social, de lo que es normal, adecuado o deseable es tan inherente a la noción de enfermedad como lo es a nociones de moralidad [...] el concepto de enfermedad es inherentemente evaluativo. La medicina es una actividad moral como el derecho y la religión, que persigue descubrir y controlar cosas que considera indeseables (1978, 211).

Aquí es pertinente retomar los planteamientos de M. Foucault en cuanto al papel de control que la medicina cumple en la sociedad. A través de un seguimiento riguroso de los orígenes de la profesión médica, la clínica y el hospital, el autor concluye que el conocimiento experto de la medicina le ha dado la facultad de dirigir, vigilar y castigar las conductas sociales (binomio conocimiento-poder), que representa un poder reconocido socialmente y apoyado por las estructuras estatales a través de normas, leyes, instituciones, y lo menos evidente, del discurso profesional e institucional; el autor señala que éstos son algunos de los dispositivos de intervención que mediante la medicina contribuyen y refuerzan los controles sobre el cuerpo y la sexualidad, escudándose en el conocimiento científico que maneja.⁸

Una de las principales obras de Foucault, *El nacimiento de la clínica*, describe que el hospital fue cambiando en beneficio de la propia profesión médica:

el problema moral más importante que la idea clínica había suscitado era éste: ¿con qué derecho se podía transformar en objeto de

⁸ Así como Foucault profundizó en la historia de las funciones sociales y políticas de la medicina en el control del cuerpo, Turner (1989, 1995) y otros autores amplían la llamada sociología del cuerpo.

observación clínica, un enfermo al cual la pobreza había obligado a solicitar asistencia al hospital? [...] ahora se le requiere para una mirada, de la cual él es el objeto y el objeto relativo ya que lo que se descifra de él está destinado a conocer a los otros (1997a, 125).

El asunto planteado, aun referido al hospital de finales del siglo XVIII, adquiere mayor relevancia al explicar su manejo en las instituciones modernas; la pregunta sigue siendo pertinente en tanto cuestiona hasta dónde la normatividad y las prácticas de la atención en los hospitales, en especial los dirigidos a la población con menos recursos, hacen uso de los cuerpos de los enfermos. A pesar de que esta declaración describe los cambios en la situación de los hospitales a finales del siglo XVIII, muestra las condiciones que la misma profesión médica mantiene como privilegios a través de su desarrollo. Foucault analiza:

Mirar para saber, mostrar para enseñar, ¿no es violencia muda, tanto más abusiva cuando calla sobre un cuerpo de sufrimiento que pide ser calmado, no manifestado?, ¿puede ser el dolor un espectáculo? Puede serlo, e incluso debe serlo en virtud de un derecho sutil, y que reside en que nadie es el único y el pobre menos que los demás, que no puede recibir asistencia sino por mediación del rico[...] es justo que el mal de los unos sea transformado en experiencia para los otros; y que el dolor reciba así el poder de manifestar: ‘El hombre que sufre no deja de ser ciudadano [...]’ (1997a, 126-127)

En esta investigación se ha incorporado un asunto de suma relevancia, desde las aportaciones de Foucault, referido al binomio conocimiento-poder, a través del discurso y las prácticas. Dos conceptos que interesa dejar planteados en este apartado, se refieren a discurso y poder, ya que el primero es uno de los mecanismos productores de “verdad”:

[...] se intenta encontrar más allá de los propios enunciados la intención del sujeto parlante, su actividad consciente, lo que ha querido decir, o también el juego inconsciente que se ha transparentado a

pesar de él en lo que ha dicho o en la casi imperceptible rotura de sus palabras manifiestas; de todos modos, se trata de reconstituir otro discurso, de recobrar la palabra muda, murmurante, inagotable que anima desde el interior la voz que se escucha, de restablecer el texto menudo e invisible que recorre el intersticio de las líneas escritas y a veces trastorna (Foucault 2001, 44).

En el análisis sobre la forma en la que el Estado implementa acciones para el mejoramiento de la calidad de la atención médica, se verá que el discurso representa una fuente de legitimación de las acciones estatales. Veremos también que dichos discursos son incorporados en las narrativas de los directivos y funcionarios para la implementación de los programas, pero apenas se delinea en el discurso de sus operadores directos. Sin embargo, su falta de explicitación no los deja sin manejar un discurso institucional sobre la calidad de la atención. Las prácticas discursivas que emplean, aunque se diferencian según las distintas posiciones en el campo médico institucional, no dejan de expresar su formación y el contexto sociohistórico al que pertenecen. Una práctica discursiva se define como:

un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y el espacio que se han definido en una época dada y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada [...] no forma una unidad retórica o formal, indefinidamente repetible y cuya aparición o utilización en la historia podría señalarse [...] entendido así [el discurso] no es una formación ideal ni intemporal [...] [es] fragmento de historia, unidad y discontinuidad (Foucault 2001, 198).

Foucault señala que dicha apropiación del discurso forma parte del ejercicio del poder:

porque en nuestras sociedades [...] la propiedad del discurso, entendida a la vez como derecho de hablar, competencia para comprender, acceso lícito e inmediato al corpus de los enunciados formulados ya, capacidad, finalmente, para hacer entrar este discurso en decisiones,

instituciones o prácticas, está reservada de hecho (a veces de manera reglamentaria) a un grupo determinado de individuos (Ibid., 111).

Resulta pertinente retomar esta explicación, cuando entendemos que el discurso médico implica una exclusividad del saber técnico sobre las funciones fisiopatológicas del cuerpo, que como se verá, se extiende a la toma de decisiones en los procesos terapéuticos de las pacientes, vinculándose así dos asuntos de suma relevancia en la práctica cotidiana de la atención: la exclusividad del saber técnico y las relaciones de poder.

En este contexto resulta clave entender cómo se manejan los prestadores en la consulta médica desde una posición de poder, así como la propia institución, que no queda exenta de ello. Nos interesa enfatizar en términos conceptuales lo que Foucault plantea al respecto demostrando que el poder se manifiesta, se ejerce y se experimenta en todos los espacios sociales y personales, tanto en las relaciones interpersonales como en las altas estructuras, pasando por las instituciones como uno de los principales pilares que lo sostienen y reproducen.

La propiedad del discurso también pertenece al Estado, y se refleja en el manejo de los lineamientos normativos sobre la calidad de la atención y el respeto de derechos en la atención médica, que permea el propio discurso del personal médico operativo con el objetivo de regular las prácticas en el campo de la atención; aunque estos procesos se muestran con poder regulatorio, los procesos de influencia en las prácticas se presentan graduales.

El poder se clasifica en dos tipos: poder de suma cero (o poder sobre) y poder de suma (poder con, para y de). El primero es el que se establece cuando una de las partes domina a la otra, el aumento de poder de uno es la disminución o carencia del otro; éste es el que ejerce dominación, jerarquía por autoridad e imposición de las reglas. El segundo es el poder para el cambio; el que se comparte y se va modificando de acuerdo con intereses comunes.

El “poder con” multiplica los poderes individuales; el “poder para” es productivo, a veces los actores manifiestan formas de resistencia o manipulación; y el “poder desde dentro”, construye una base de la cual

partir. Todas estas acepciones de poder pertenecen al segundo sentido, según Foucault. Se trata de un proceso que tiene implícito el cambio y la modificación de las relaciones de poder. Para comprenderlas también hay que entender que es un producto social e históricamente situado, la relación de poder debe ubicarse entre el actor, su práctica y su construcción de lo social.

Los distintos tipos de “poder sobre” o de suma cero, representan “formas de dominación, de sujeción, que funcionan localmente [...] son formas regionales que tienen su propia manera de funcionamiento, su procedimiento y su técnica [...] debemos hablar de los poderes e intentar localizarlos en su especificidad histórica y geográfica” (Foucault 1999, 239). Posteriormente, Bourdieu coincidirá al señalar que el poder convertido en violencia simbólica parte de implementar estrategias que no expresan directamente su objetivo de dominación, que permitan lograr la naturalización de estas formas. Por su parte, Foucault señala:

¿Por qué reducir los dispositivos de la dominación nada más al procedimiento de la ley de prohibición? Razón general y táctica que parece evidente: el poder es tolerable sólo con la condición de enmascarar una parte importante de sí mismo. Su éxito está en proporción directa con lo que se logra esconder en sus mecanismos. ¿Sería aceptado el poder, si fuera enteramente cínico? Para el poder, el secreto no pertenece al orden del abuso, es indispensable para su funcionamiento [...] El poder, como puro límite trazado a la libertad, es en nuestra sociedad al menos, la forma general de su aceptabilidad (2002, 105).

Las aportaciones de Foucault al entendimiento de la profesión médica, a la formación y función social de sus especialistas ha permitido profundizar en la forma que las estructuras institucionales plantean los criterios y parámetros de evaluación de la calidad en la atención médica, y cómo los operadores, a través de prácticas cotidianas, establecen la relación médico-paciente expresando el poder de distintas maneras.

Por su parte, B. Good, desde un enfoque fenomenológico, plantea que la medicina representa una formación simbólica que expresa distintos poderes, y sostiene que la práctica médica también tiene una posición moral frente a su objeto: “las cuestiones morales y ‘soteriológicas’⁹ (es decir, las que se refieren al sufrimiento y a la salvación) están íntimamente unidas a las cuestiones médicas y que, en ocasiones, se manifiestan como cuestiones básicas en la práctica médica” (2003, 133). El autor considera que la medicina “formula el cuerpo humano y la enfermedad de una manera culturalmente específica” (Ibid., 130), al referirse a la construcción de su objeto de estudio. Sin embargo, los rasgos estructurales que caracterizan a la profesión se vislumbran en una serie de prácticas formativas, como llama a las actividades cotidianas en la formación de los médicos, que posicionan a la profesión como una de las más autonormadas y autorreguladas. Con base en sus investigaciones sobre la formación de los médicos, Good señala que la profesión ha creado “otro mundo” y los nuevos médicos deben aprender a entrar y habitarlo, aprender a ver, escribir y hablar con ese lenguaje y esos códigos nuevos (Ibid., 139); ese aprendizaje formará parte de lo que Bourdieu llama *habitus*, es decir, el *habitus* médico que interesa en especial a esta investigación.

En resumen, la posición teórica de este trabajo abreva de los planteamientos descritos y serán retomados en el análisis. Las propuestas de Foucault, Freidson, Waitzkin, Turner y Good no son aportaciones contrapuestas y coinciden en señalar que la medicina como profesión, defensora de su cientificidad como premisa fundamental, no está aislada de su contexto sociohistórico y político. Por su parte, los estudios de Bourdieu son pertinentes porque reconocen que los profesionales de la salud pertenecen a un campo social complejo y poderoso, que resulta ser el de la medicina, el cual se mantiene con una lógica transmitida y reforzada en la formación de sus profesionales. Resulta enriquecedor que a través de estos planteamientos podamos comprender los mecanismos de reproducción de las prácticas médicas y de las pacientes en un contexto for-

⁹ El *Diccionario de la Real Academia Española* define el término *soteriología* como doctrina referente a la salvación en el sentido de la religión cristiana (RAE 2005).

mado por distintos poderes (económico, político y simbólico), como el campo de la atención de la salud-enfermedad. El reto consiste en profundizar en él y a través de un análisis relacional involucrar el ámbito de los derechos de las mujeres.

II

CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD, CIUDADANÍA Y DERECHOS DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA

La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar.

SUSAN SONTAG (2003, 13).

El objetivo del presente capítulo es problematizar las dimensiones que conforman el derecho a recibir una atención de calidad, y aporta elementos para desarrollar un abordaje sociológico del tema, que amplíe el conocimiento que en México todavía representa un campo de estudio limitado. La discusión plantea que la calidad de la atención es un objeto de estudio de la sociología, y cómo ésta, desde el marco de la ciudadanía y la perspectiva de género, adquiere mayor relevancia en el ámbito nacional y programático en las instituciones.

Estudiar la calidad de la atención a la salud, a partir de la sociología, supera el enfoque organizacional y gerencial característico de las últimas décadas, tanto en su traducción práctica como en el enfoque conceptual. Analizar el concepto desde una perspectiva de derechos como expresión de la ciudadanía, lo reposita como un objeto sociológico, y deja de ser un problema técnico-administrativo de los servicios de salud, al incorporar otros elementos constitutivos de dimensión política, ideológica, social y cultural expresados en los distintos niveles de la atención médica.

Nos interesa dejar asentadas las definiciones de ciudadanía y derechos, en su acepción amplia de derechos humanos (económicos, sociales,

políticos), y de manera particular los derechos sexuales y reproductivos (DSR), estos últimos como marco de los logros de la lucha por el derecho a una atención de calidad de la salud de las mujeres. A nuestro estudio, que se enfoca en la atención de problemas de mama, interesa en especial la discusión sobre los derechos a la información, al consentimiento informado, a la toma de decisiones y a la dignidad y privacidad de las mujeres en la atención, discusión que se presenta en el tercer apartado.

El análisis incorpora la perspectiva de género, lo que permitió profundizar en algunas dimensiones de la interacción médico-paciente, como el manejo de estereotipos. El concepto de género se maneja en el discurso en los programas de atención, que para el caso de la patología mamaria resultan de mayor relevancia por representar un problema de salud que relaciona de manera cercana la sexualidad y la reproducción de las mujeres.

En la literatura consultada no se reconoce en forma explícita la diferencia entre los términos de “calidad de los servicios de salud”, “calidad de la atención”, “calidad de la atención médica” y “calidad en la atención a la salud”, pero por su contenido podemos deducir que las diferencias se refieren en especial a la amplitud y focalización del objeto de estudio, aunque su uso sea en muchas ocasiones indistinta (Donabedian 1990, 1993a, 1993b; Ruelas 1992, 1993; Bruce 1998; Matamala et al. 1995). Otros términos que denotan con más claridad el énfasis de su enfoque administrativo-gerencial, se refieren a “garantía de calidad”, “eficiencia y eficacia de los servicios de salud o de los programas de salud”, “eficiencia en la prestación” y “costo-beneficio de la atención”, entre otros.¹⁰

¹⁰ Ruelas y Zurita señalan que “términos como aseguramiento de la calidad, mejoramiento continuo, calidad total, garantía de calidad, etcétera, en ocasiones se interpretan como estrategias en competencia y, a veces, como conceptos sinónimos. Con anterioridad hemos propuesto que, si se entiende el concepto garantía de acuerdo con su correcta acepción, como ‘acto y efecto de afianzar lo estipulado’, o como ‘cosa que protege contra algún riesgo o necesidad’, o como ‘responder de la calidad de algo’, garantía de calidad debe ser el término genérico para identificar cualquier esfuerzo tendiente a incrementar beneficios y/o evitar o minimizar riesgos. Aún más, a la luz del derecho constitucional a la protección de la salud, ‘garantía de calidad’ es requisito y, a la vez, objetivo consustancial a ese derecho” (1993, 236).

En la investigación nos referimos a la calidad de la atención en términos genéricos para discutir su enfoque, cómo ha sido implementada y evaluada en los servicios de salud y cómo se lleva a cabo en la interacción médico-paciente, sin que lo veamos como un asunto aislado de la institución y los servicios de salud en términos amplios.

DEFINIR CALIDAD DE LA ATENCIÓN

El concepto de calidad de la atención se ha presentado desde un enfoque organizacional y gerencial con el objetivo primordial de eficientar recursos y aumentar la productividad de los servicios, donde el usuario y el paciente son el eslabón final de la cadena de atención. Sin embargo, durante las últimas décadas y de manera paralela, se ha ampliado la definición al darle un giro hacia un enfoque de los derechos humanos y sociales que la complejiza, pero reconoce ámbitos que en la definición del enfoque organizacional quedan ausentes. En México, este giro se identifica desde principios de los años noventa.

En la bibliografía revisada sobre la calidad de la atención, encontramos dos posiciones con un trasfondo teórico-político diferente, que muestran la complejidad del concepto: el enfoque donabediano,¹¹ constituido por las dimensiones rectoras de estructura, proceso y resultado y otro que parte de marcos sociales de equidad, educación y respeto a los derechos (Hall y Doman 1998). A partir de estos esquemas se han operacionalizado aspectos como accesibilidad, aceptabilidad, eficiencia y eficacia, servicios adecuados según necesidades, satisfacción del paciente, información oportuna y consentimiento informado, aunque se debate si accesibilidad debe formar parte de los parámetros de la calidad de la atención, ya que algunos autores, entre ellos Donabedian, consideran que su objetivación

¹¹ Enrique Ruelas, uno de los principales impulsores de los estudios en México desde el modelo de Donabedian, hace una revisión interesante de la definición de calidad y garantía de calidad en el artículo: Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones, publicado en la revista *Salud Pública* de México, en 1992.

depende de otros factores que rebasan el espacio de la prestación de servicios (Saturno 1993). Los dos enfoques no son excluyentes, esto dependerá del énfasis en la aplicación de cada uno; incluso algunos estudios parten de la propuesta teórica analítica de estructura, proceso y resultado, haciendo el análisis desde el enfoque de los derechos.

Enseguida se presenta su dimensión teórica-conceptual; los dos enfoques tienen relevancia en el escenario actual de la atención a la salud, pero ha habido momentos de mayor o menor tensión al enfrentarse como posiciones contrarias. Aunque en la actualidad ambos se identifican en los lineamientos de la prestación de la atención, el enfoque que parte de un marco social se desarrolla en el ámbito discursivo, mientras que el donabediano se observa principalmente en la práctica.

Avedis Donabedian, precursor en el estudio y evaluación de la calidad de la atención, la define como “el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud [...] con efectividad y eficiencia” (1990, 12). La calidad se conforma por tres elementos constitutivos, que se resumen enseguida:

Estructura: referido a materiales y elementos organizacionales.

Proceso: las acciones que médicos y otros proveedores hacen por el paciente y la habilidad con la que lo hacen; incluye también lo que los pacientes hacen por sí mismos.

Resultado: el obtenido por los pacientes: clínicos, fisiológicos-bioquímicos, físicos, psicológicos, mentales, social y psicosocial, resultados integradores, resultados evaluadores (satisfacción del paciente).

Se trata de una propuesta implementada para el seguimiento de los procesos de evaluación de los servicios, desde la institución y para ella, e incluye los aspectos técnicos de la atención; mientras que los procesos interpersonales forman parte de los resultados. El trasfondo teórico parte de los planteamientos generados en el modelo industrial de “calidad total”, que equipara a los pacientes con consumidores o clientes de los

servicios y su objetivo es la productividad, la eficiencia/efectividad y la satisfacción del cliente como ejes centrales.¹²

El autor plantea que los usuarios de los servicios de salud son consumidores y deben ser tomados “como agentes que protejan e incrementan la calidad de la atención [...] pues los consumidores generan la atención al participar activamente, junto a sus médicos, en su propio cuidado” (Donabedian 1993a, 96). Los consumidores representan los “productos de la atención médica, son quienes fijan las pautas de la atención, son los reguladores de la atención y son jueces de la calidad de la atención” (Ibid.). El cuestionamiento a la propuesta, más que a la parte técnica-metodológica del modelo de evaluación, se ubica en la forma en la que ha sido concebida la figura del paciente, al definirlo como consumidor o cliente, su salud se equipara a un producto externo a sí —con una ganancia implícita para el productor— y queda ausente la dimensión de derechos.

Si aceptamos la analogía entre paciente/consumidor, vemos que su perfil no coincide con el tipo de usuario en los países en desarrollo, en particular en México, pues se parte de que el individuo tiene la capacidad de exigir y elegir un servicio de salud, equiparando dichas elecciones a las que el consumidor decide según su capacidad de pago, además de sus preferencias de otra índole como la satisfacción de una necesidad, por estética, etcétera. De esta manera el paciente/consumidor se ubica dentro de la cadena de producción, pues al utilizar el producto verificará su calidad y seguirá demandándolo.

En México, la salud es un derecho constitucional que se traduce en varias modalidades: los servicios dirigidos a los trabajadores, mediante la atención de la seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, servicios de la Defensa Nacional y de Marina, así como estatales) y por otro lado, los servicios dirigidos a la población abierta, que son personas que no cuentan con seguridad social, ya sea por no

¹² Para profundizar en el tema véase Ishikawa (1998); Juran y Gryna (1995); Deming (1989).

mantener una relación laboral en el mercado formal o bien por estar desempleados. Pero en ambos casos, la elección del servicio o del médico no queda al libre arbitrio del paciente, a excepción de algunas iniciativas que lo han promovido.

Donabedian aclara que aunque los clientes –que para el caso de los servicios de salud son pacientes y usuarios– establecen una relación más compleja con los proveedores que el productor industrial con su cliente, de cualquier forma no podrían distinguir una buena atención de una mala, pues carecen de una capacitación técnica en medicina. El autor coincide con la posición teórica de Parsons cuando refiere la existencia de una asimetría necesaria y justificada, reduciendo el margen de elección sobre los médicos. En esto se trasluce una posición dentro de una cultura médica hegemónica que asume que el paciente acepta las decisiones del médico al conducirse según las premisas de ignorancia, obediencia y una alta e indiscutible confianza en ellos. Pareciera entonces que la elección queda sujeta sólo a la capacidad de pago del paciente, y la responsabilidad de la atención se deposita en el médico y los servicios de salud:

tenemos una responsabilidad fiduciaria: la de actuar a nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que nos parezca más adecuada. Es verdad que esto puede conducir al paternalismo, al autoritarismo e inclusive a la arrogancia y que son peligros que deben evitarse a toda costa. Pero el imperativo moral permanece: cuidar de los pacientes, incluso a costa de sus propios deseos (Donabedian 1993b, 4).

El enfoque donabediano privilegia una mirada estructural, al otorgar un mayor peso a la organización de los servicios, y uno menor al usuario, que pasa a ser parte final de la cadena de producción. El diagrama 2 resume esta idea.

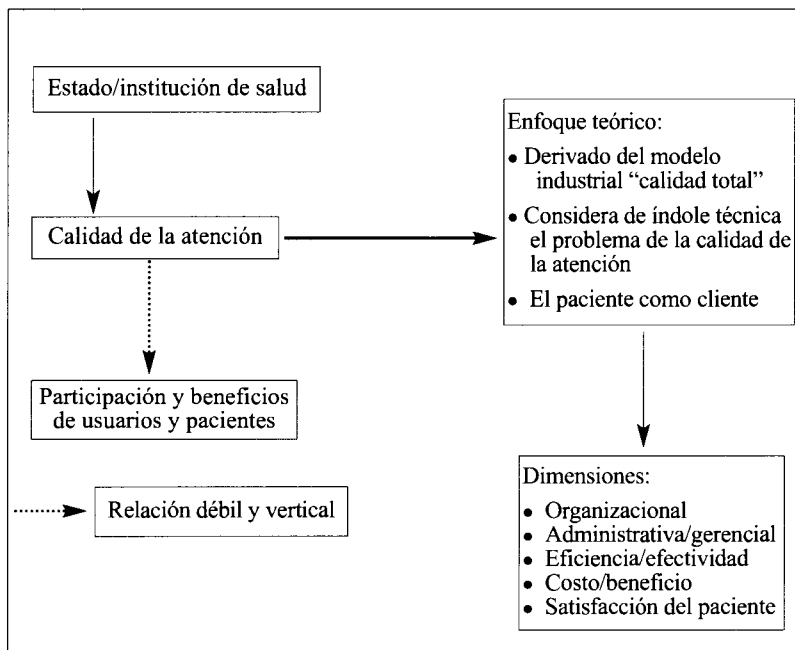
En México, la calidad de la atención es un asunto abordado desde el Estado y la institución de salud, y la evaluación se plantea con el objetivo de medir variables relacionadas con esta definición; tradicionalmente los pacientes no intervienen más allá de su participación como usuarios

de los servicios y de vez en cuando como fuente de opinión en las diversas encuestas que se llevan a cabo en las instituciones o a escala nacional en México.

Sin embargo, desde hace más de dos décadas, la sociedad civil ha señalado que la calidad de la atención presenta serias limitaciones, aunque en el sector salud no había sido un problema reconocido plenamente, y aún menos contemplado en la normatividad o la línea explícita de los programas de acción para el mejoramiento de la calidad. Una de las primeras experiencias de evaluación en México la llevó a cabo el IMSS, que adoptó el objetivo de esta línea a principios de la década de 1970, con base en un enfoque administrativo-gerencial.

Diagrama 2

Calidad desde un enfoque organizacional,
como prestación limitada por el Estado



Fuente: elaboración propia.

Este enfoque ha prevalecido en nuestro país en los estudios y evaluación de la calidad, y se ha llevado a cabo desde distintas disciplinas como sistemas de salud, administración pública, salud pública y estudios sobre políticas públicas, entre otros. El enfoque enfatiza la operacionalización de indicadores que permiten la identificación de problemas técnicos, administrativos y operativos en la atención de los servicios de salud, y aunque se indica la calidad y calidez como objetivo, esta dimensión ha quedado subsumida a la evaluación gerencial. A pesar de que el modelo donabediano incluye consideraciones que lo hacen distinto del industrial, en México se ha privilegiado el énfasis administrativo/gerencial,¹³ la dimensión de derechos es nueva en el escenario de los servicios de salud, así como en la normatividad y el discurso del Estado.

Otras definiciones de la calidad de la atención han partido del modelo donabediano reconociendo su enfoque amplio, que incluye las distintas dimensiones que componen la atención a la salud, es decir, los aspectos institucionales en cuanto a organización, recursos, capacidad técnica de los prestadores y relaciones interpersonales, pero imprimen un nuevo enfoque que reconoce la dimensión de los derechos de las pacientes y la necesidad de abordar el problema desde una perspectiva de género.

Una propuesta pionera en el campo es la de Judith Bruce (1998). A principios de la década de 1990, la autora señaló la necesidad de reconocer la calidad de la atención como un asunto central en la prestación de los servicios de planificación familiar, que era poco considerada en la efectividad de los programas, y que de alguna manera impactaba las tasas de fecundidad. Otros trabajos han partido de allí para realizar estudios empíricos sobre la calidad de la atención, en particular en salud reproductiva, aunque la propuesta de Bruce sólo se enfoca en los servicios de planificación familiar. Por su aportación en ese momento histórico vale la pena detenerse un poco en ella. La autora considera que en un servicio de planificación familiar de buena calidad deben atenderse seis aspectos centrales (incluidos en el cuadro 3), que parten de la premisa de hacer

¹³ Varios artículos publicados en la revista *Salud Pública de México* representan esta tendencia.

efectivo el derecho de las parejas a elegir el número y espaciamiento de los hijos, y a la toma de decisiones en cuanto a la elección del método.

Cuadro 3

Marco conceptual de la calidad de la atención

Elementos:

- Elección de métodos
- Información adecuada (consejería)
- Competencia técnica
- Relaciones interpersonales
- Mecanismos de seguimiento y continuidad
- Constelación adecuada de los servicios

Fuente: tomado de Bruce (1998).

El modelo ha sido relevante por la relación cercana de cada elemento con los derechos de las mujeres, como a decidir, a tomar una decisión con información oportuna y accesible, el derecho al respeto a las creencias y dignidad de la persona, según su contexto sociocultural y a contar con una constelación de servicios vitales según su ciclo de vida. Otra aportación importante se refiere a la necesidad de una incorporación permanente de la opinión y las voces de las beneficiarias del servicio, y enfatiza la importancia de contextualizarlo en su entorno político. El trabajo de Bruce dio la oportunidad de incorporar la categoría de género en el estudio de la calidad en salud de las mujeres. En México, el trabajo de Reyes et al. (1999) propone un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud reproductiva desde una perspectiva de género, y demuestran su pertinencia y viabilidad aplicándolo en varios casos. Las autoras parten de la propuesta organizacional de estructura, proceso y resultado de Donabedian para realizar las evaluaciones, y logran que el modelo propuesto se enriquezca desde dicha perspectiva.

Hace menos de dos décadas otros estudios se acercaron al tema desde la perspectiva de género, como abordaje teórico-metodológico, a la luz de

la discusión internacional de la inequidad de género, la desigualdad social y las crisis económicas que han llevado a redefinir el papel del Estado en la prestación de los servicios de salud. En particular en los países en vías de desarrollo, la reforma del sector salud ha implementado medidas que han influido en los parámetros de la calidad de los servicios.¹⁴ A partir de entonces, el concepto de calidad de la atención fue discutido a la luz de un enfoque que visibiliza problemas que, aun señalados en términos de desigualdades entre hombres y mujeres, fueron acotados a las características identitarias entre ambos; así fue como el asunto se enlazó a problemas sociales más amplios.

AbouZahr y Vlassoff (1996, 451) señalan la necesidad de rebasar los límites reconocidos por Bruce –aunque reconocen la relevancia de su propuesta, como el hecho de explicitar las relaciones de género establecidas entre mujeres y proveedores– y tomar en cuenta más ampliamente el contexto social de las experiencias.

Scott define el concepto de género como:

una construcción social que se expresa dentro del sistema simbólico propio de una cultura, y que es parte constitutiva de las relaciones basadas en las diferencias que distinguen a los sexos; pero además el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder (1996, 289).

En los servicios de salud, las mujeres llevan consigo su clase social, género, etnicidad, cultura y todas las características de su grupo social que le dan una posición en las relaciones de poder que determinan su experiencia en la atención a la salud. Dichos rasgos también las conducen a diferentes tipos y grados de exclusión de las ventajas que la pertenencia ciudadana implica.

¹⁴ Pueden revisarse las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las publicadas a partir de las conferencias internacionales sobre desarrollo social de El Cairo, 1994, Beijing, 1995 y El Cairo +5.

Al respecto, es pertinente anotar el concepto de *poder* como uno de los principales componentes en la atención de la salud, sobre todo cuando es estudiada desde un enfoque de conflicto; se define en dos tipos: el poder de suma cero (o poder sobre) y el poder de suma (poder con, para y de). Autores como Wieringa (1997, 148) han ampliado la clasificación y han desagregado el concepto de “poder sobre”, que corresponde al primer sentido, ubicando las manifestaciones no sólo violentas y de ejecución de la fuerza, sino también la implementación de acciones que restringen recursos o se dan a cambio de la imposición de condiciones. Rowlands, citando a Lukes, señala aquel poder que “no se ve”, que no es explícito:

El más efectivo e insidioso uso del poder es evitar [...] que el conflicto surja en primer lugar [...] al formar las percepciones de la gente, las cogniciones y las preferencias de una manera tal que ellos acepten su rol en el orden de cosas existente, porque no puede ver o imaginar una alternativa, o lo ven tan natural e inmodificable, o porque lo valoran como si tuviera un orden divino y benéfico (1997, 219).

Sobre esto, hay que enlazar las explicaciones de Bourdieu, quien señala que la violencia simbólica es aún más compleja por la naturalización con la que cuenta, mientras que Foucault asigna poder al conocimiento y al discurso y establece su influencia sobre las prácticas sociales.

Dentro de los espacios de salud, este concepto alude a otros como el de cultura médica, jerarquía, poder institucional y normatividad. Aquí se ubica a las *relaciones de poder*, pues a su vez aluden a otros conceptos como género, desigualdad social (pobreza) y cultura; relaciones de poder entre los mismos prestadores de servicios de salud, entre éstos y sus usuarias y entre éstos y las instituciones a las que pertenecen.

¿Cómo se ejerce el poder en los espacios de salud? Cada actor (instituciones/proveedores/usuarias) asume un papel en el ámbito de la interacción social, con una carga cultural y socioeconómica, y pone sobre la mesa una serie de intereses y expectativas frente al otro, que espera sean

satisfechas aun sabiendo que serán cumplidas hasta cierto límite. En dicha interacción entran en juego condiciones como el modelo de organización de los servicios, el tipo de institución y la normatividad a la que está sujeta. Por otra parte se encuentran los actores, con su biografía y su capacidad de agencia y poder, elementos a los que recurren para desenvolverse en la escena social y utilizar los servicios de salud (Zolla y Carrillo 1998; Figueroa 1991; Cervantes 1996).

Como señala Rowlands (1997), las relaciones de poder tienen la capacidad, según su uso o abuso, de representar dominación, desafío y resistencia a las fuentes de poder existentes, o servir para obtener control sobre ellas. Las usuarias pueden ser sujetas activas, sujetas de derechos, resistirse y a la vez utilizar a la institución como apoyo para resolver sus problemas de salud; o bien, pueden ser pasivas, seguir indicaciones y aceptar condiciones aunque no estén de acuerdo, pero en ambos casos, adecuar las condiciones propias a las condiciones macro y micro de la institución que conocen, y tomar decisiones en ciertas situaciones y sólo hasta cierto punto. Este despliegue permanente de capacidades y habilidades siempre estará limitado por el entorno.

Los roles y las relaciones de género constituyen una de esas relaciones de poder. El género se refiere a los significados y prácticas de ser mujer y ser hombre,

que condicionan las concepciones y prácticas que las personas y comunidades tienen en torno al nacimiento, la muerte, las relaciones con el dolor, el deseo, la construcción de la afectividad y de la identidad, las formas de pensar y de sentir las distintas fases del ciclo vital, la organización de la cotidianidad y que esto debe ser tomado en cuenta por el sector salud en todo su proceso y en la prestación de servicios (Londoño 1991, citado por Escobar 1996, 85).

Aunque los roles y las relaciones varían según la cultura, las mujeres enfrentan desventajas en el acceso a los recursos y al poder, en comparación con los varones de su misma raza, clase o grupo étnico. Ellas a menudo sufren una doble exclusión, por ser mujeres y pobres.

El movimiento amplio de mujeres ha visibilizado una noción de derecho que busca establecer que ellas merecen y tienen el derecho a demandar servicios de calidad, así como al Estado y a las instituciones las condiciones para que sus derechos sean ejercidos.

Uno de los trabajos sobre la calidad de la atención es el de Isabel Matamala et al. (1995). Dicha obra es relevante por la incorporación conceptual de la perspectiva de género, en especial en la atención de la salud reproductiva. Su planteamiento parte de una amplia investigación que sigue con rigurosidad y de manera profunda, cómo la calidad de la atención se traduce en los servicios de salud, cómo éstos contribuyen a la apropiación y ejercicio de derechos de las pacientes y cómo se expresa el poder en los distintos ámbitos de las instituciones. Sus propuestas forman parte de un modelo de evaluación de la calidad, que ha permitido la traducción de la categoría de género a los servicios de salud.

Las autoras reconocen la importancia del modelo de Donabedian, pero su adaptación rebasa sus limitaciones. Discuten que el estudio de la estructura, proceso y resultado, que no toma en cuenta los derechos de las mujeres, fortalece el modelo biomédico hegemónico que los obvia en las prácticas cotidianas. Este trabajo dilucida cómo las mujeres expresan o no su ciudadanía en la gestión de la atención a la salud, y cómo dicha ciudadanía es fomentada, potenciada u obstaculizada por los prestadores de salud.

Las autoras definen calidad de la atención como:

un atributo o características de la atención en salud que satisface un conjunto de necesidades explícitas o implícitas que la población sana o enferma coloca para ser resueltas en la institución de salud, mediante actividades de prevención primaria y/o secundaria y/o terciaria. Estas necesidades son resueltas en grados variables, por los que intervienen en el proceso de atención, lo que se traduce, en mayor o menor *bienestar* de quienes consultan (Matamala et al. 1995, 18).

Resulta relevante enfatizar la idea de contextualizar la evaluación y exigencia de la calidad de la atención, sin embargo, como ahondaremos

más adelante, ésta parte de una serie de derechos básicos de las mujeres, lo que las autoras acotan a través de la idea de bienestar, definida como la resolución de necesidades de prevención o sanación, satisfacción de expectativas, reconocimiento, promoción y respeto de los derechos humanos de las mujeres, así como la implementación de acciones de empoderamiento (Ibid.).

Una atención de buena calidad permitirá, además de resolver el motivo de consulta, modificar de manera positiva la baja autoestima y subvaloración de las pacientes, así como promover la apropiación de la corporalidad y el ejercicio de los derechos. Las autoras señalan que las mujeres que acuden a los servicios de salud, formadas para el ámbito privado, se enfrentan a un sistema patriarcal que las recibe como sujetos pasivos, subordinados e ignorantes de la información médica, según los patrones culturales hegemónicos. Tal es el caso de la omisión de sus saberes ante los prestadores, pues de antemano consideran que serán rechazados.

Las mujeres son construidas como carentes de autoestima, discapacitadas para desear y decidir por sí mismas. En consecuencia, sus expectativas tienden a ser bajas. A lo anterior se agrega el hecho que en su mayoría son pobres, circunstancias que las convierten en doblemente no deseantes (Ibid., 27).

En el estudio se confiere un mayor énfasis a la interacción entre las usuarias y los prestadores, incluidos médicos/as, enfermeras/os, promotoras y demás personal administrativo que atiende a las mujeres desde que llegan al servicio, y que pueden facilitar o complicar el acceso a la consulta; se señala la necesidad de incluir al sistema de salud como la estructura donde se lleva a cabo la atención y donde se fortalece el modelo biomédico en la salud reproductiva de las mujeres. El cuadro 4 resume los distintos elementos que intervienen en la atención y determinan su calidad.

Cuadro 4
Demanda, satisfacción de la demanda y vínculos
en la atención en salud reproductiva de las mujeres

Espacio de la demanda		Espacio realización del vínculo	Espacio laboral satisfacción demanda	
Mujeres usuarias			Prestadoras/es	
Antecedentes	Elementos presentes interacción		Elementos presentes interacción	Antecedentes
Características sociodemográficas	Identidad de género	Sistema doméstico de cuidado de la salud	Identidad de género	Características sociodemográficas
	Autoestima	Necesidad	Autoestima	
	Conocimiento y saberes	Subjetividad	Conocimiento y saberes	
	Conciencia y ejercicio de derechos	Proceso de interacción Acto de salud	Conciencia y ejercicio de derechos	
Proceso de socialización de género	Prácticas asociadas al cuidado de la salud	Subjetividad prestador/a	Identidad técnico-profesional	Proceso de socialización de género
	Relaciones previas con el poder	Nivel atención	Posición que el poder ocupa en el sistema	
	Estrategias que usa	Recursos	Instrumentos anexos de poder	
	Motivo demanda y consecuencias	Normas		
	Percepción y comportamiento, reproducción y sexualidad	Programas-planes Estructura-jerarquía	Percepción y comportamiento, reproducción y sexualidad	
Expectativas respecto al servicio	Sistema institucional de cuidado de la salud		Formación técnica o profesional ¿refuerzo social?	

Fuente: tomado de Matamala et al. (1995, 22).

Con base en la conjunción de estos elementos, las autoras elaboran cinco categorías para dar seguimiento a las prácticas de calidad en la atención de las mujeres, privilegiando un enfoque de derechos desde una perspectiva de género, que son según Matamala et al. (Ibid., 45):

a) dignificación de las usuarias; b) conciencia y respeto de derechos (consentimiento informado como indicador principal); c) competencia técnica; d) vínculo interpersonal y e) potenciación de comportamientos favorables.

Todos los ejes se entretrejen en las prácticas, pero vale la pena retomar la segunda categoría. La capacidad de las mujeres para reconocerse con derechos representa un proceso que pasa por una conciencia ausente, es decir, la aceptación de atropellos y discriminaciones como algo natural, sin protestar; una conciencia emergente, que se expresa cuando solicitan ayuda para conocer y ejercer derechos y finalmente una conciencia activa, cuando las mujeres conocen, ejercen y defienden sus derechos (Ibid.).

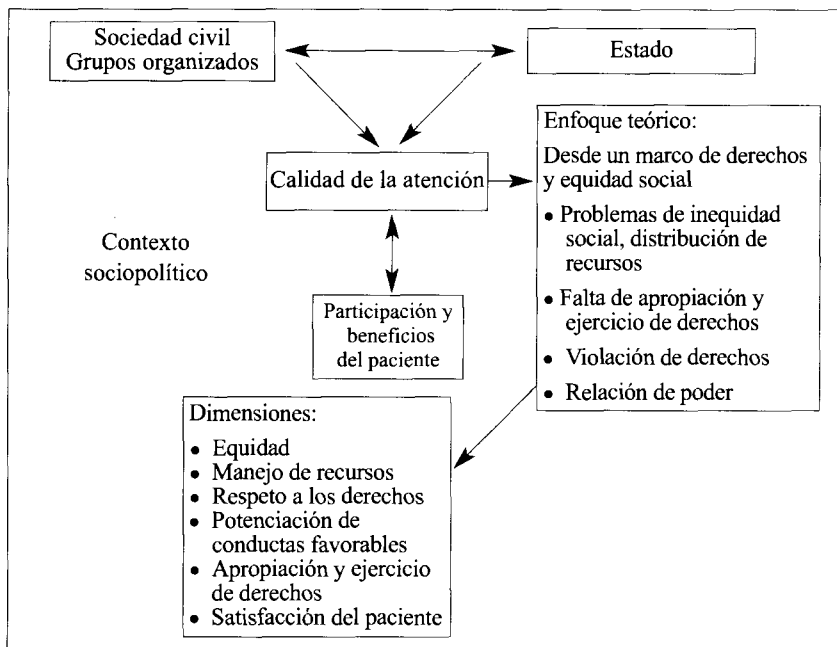
Algunos de nuestros resultados coinciden con estos planteamientos, sobre todo en la identificación de rasgos comunes al sistema de salud, la cultura médica y la identidad de género de las pacientes.

Las dos posiciones descritas, los enfoques administrativo-gerencial y de derechos, se diferencian en el reconocimiento de los marcos sociales de equidad, educación y respeto a los derechos, y en la concepción del papel que tiene el actor en la construcción y ejercicio de la calidad de la atención a la salud. Otros trabajos ubicados en el segundo enfoque iniciaron un campo de estudio, que enfatiza un contexto de cambios sociopolíticos importantes a escala internacional y nacional. Esto ha permitido la generación de un nuevo conocimiento en la discusión teórica-metodológica, además de política, respecto a la calidad de la atención, donde la perspectiva de género y la vinculación con la noción de derechos es explícita (véase diagrama 3).

Autores como Muecke (1996, 385) señalan que a menos de que la perspectiva de género sea incorporada al estudio de la calidad, ésta será sobredimensionada por los proveedores, por lo que se hace necesario un enfoque más comprensivo de los problemas de la calidad. La autora hace hincapié en los aportes del movimiento mundial de mujeres, para que el problema de la calidad de los servicios fuera visibilizado después de décadas de lucha. Este fue el caso de la producción en investigación a principios de los años setenta, la cual sustentó cómo el sesgo de género del poder biomédico perjudicaba la calidad de la atención.

Diagrama 3

Calidad de la atención desde un enfoque de la ciudadanía:
la calidad como demanda al Estado



Fuente: elaboración propia.

Pero es partir de la década siguiente que el movimiento amplio de mujeres concretó algunos derechos, en especial los focalizados en la dimensión reproductora de las mujeres a través de los programas de planificación familiar, y continuaron en la década de 1990 extendiéndose a otras áreas de la salud. La necesidad de implementar un enfoque de género en los programas de salud quedó sustentada en las conferencias internacionales sobre población y desarrollo en El Cairo, 1994 y Beijing, 1995.

La importancia de vincular género y calidad de la atención radica en la capacidad del concepto para reconocer problemas y dimensiones de la atención de la salud que de otra manera pasan inadvertidos. Tal es el caso de los obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder a los

servicios de salud, el manejo de estereotipos de los médicos, la subordinación-dominación de las pacientes y las vivencias en la atención, entre otros, condicionantes que deterioran la calidad de la atención.

AbouZahr y Vlassoff (1996, 461) identifican tres grandes barreras para la calidad de la atención de las mujeres: de información, acceso y utilización. Cada una de ellas enfatiza que debe tomarse en cuenta el contexto cultural de las mujeres que acuden a los servicios, mismos que deben ampliarse a los problemas de salud no reproductivos, pues quienes no tienen hijos o pareja, deben ser atendidas de manera integral. En realidad, ambos tipos de servicios deben vincularse para lograr una atención integral.

La relevancia de esta propuesta consiste en señalar la necesidad de vincular el contexto sociopolítico con la calidad de la atención, y acotarla según la capacidad, los recursos y la cultura de la población que se atiende, por tanto, se debe partir de un conjunto de derechos básicos de las mujeres en la atención de su salud.

Lo que hemos tratado de remarcar en estos párrafos es la diferencia teórica y política entre los dos enfoques principales en el estudio de la calidad de la atención reconocidos en la literatura, y llamar la atención sobre su complejidad, pues como todo concepto multidimensional, es posible acotarlo desde distintos objetivos y enfoques teóricos. En esta investigación partimos de un enfoque desde los derechos y la ciudadanía. Hay que decir, sin embargo, que ambos no son excluyentes, pero su traducción en la práctica ha demostrado el privilegio del abordaje hegemónico, que invisibiliza la participación del paciente en el mejoramiento de la calidad (véase diagrama 3).

Otra diferencia sustancial plantea cómo el problema de la calidad de la atención se ha convertido en una demanda social y se ha presionado al Estado, a través de una interlocución un tanto forzada, a considerar las voces sociales. La diferencia con el primer enfoque estriba además en la participación del usuario o paciente en el reclamo de dicha calidad, que a través de grupos organizados, o a título individual, toma parte en el diseño de lineamientos y políticas que podrían definir nuevas prácticas en la atención. Una dimensión considerada nodal a través de la cual se ha evaluado la calidad de la atención, es la satisfacción del paciente.

Satisfacción del paciente

La relación entre médico y paciente ha sido un asunto de sumo interés para la sociología médica. Una de las formas de tratarlo ha sido a través del estudio de la satisfacción del paciente. Aunque este asunto también ha sido muy explorado desde un abordaje psicológico y psicosocial. En este punto nos detendremos a discutir su dimensión conceptual y la forma en la que dicha relación ha sido abordada en un conjunto de estudios empíricos.

Según el diccionario de la RAE, la etimología de la palabra satisfacción proviene del latín *satisfactiō*, *-ōnis*: “razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria; significa también confianza o seguridad del ánimo, cumplimiento del deseo o del gusto, o bien a gusto de alguien, cumplidamente” (RAE 2005). Autores como Fitzpatrick (1990) y Sitzia y Wood (1997) señalan que el concepto de satisfacción es difícil de asir, quizá más que el de calidad. La dificultad radica en que tanto usuario como paciente informan sobre la atención recibida con una buena dosis de subjetividad, pero al mismo tiempo, con la experiencia en el servicio de salud y con el prestador médico.

Resulta un tanto difícil separar el concepto de uno más amplio como el de calidad de la atención, ya que existe un gran cúmulo de estudios que lo incluyen como uno de sus indicadores principales. Para esta descripción partimos solamente de aquellos trabajos que plantean de manera explícita la satisfacción del paciente como objeto central de indagación.

Según la literatura, el concepto se define de distintas maneras, según lo que se quiere profundizar, pero en general todos tienen el sentido de “modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria” (RAE 2005). Como objeto de estudio sociológico, la satisfacción del paciente contempla las dimensiones por las cuales se logra que un individuo la exprese como tal, es decir, las dimensiones y condicionantes sociales presentes en la expresión individual, o en palabras de Fitzpatrick (1990, 175), la “aceptabilidad social” de los servicios de salud. El mismo autor señala que una definición

común en un conjunto de estudios revisados se refiere a “una actitud o conjunto de actitudes del entrevistado en relación a cuestiones tales como el enfoque y el modo de los médicos, o la calidad de la atención de salud recibida” (Ibid., 177).

Por su parte, Sitzia y Wood (1997, 1830) señalan que mientras el término de satisfacción del paciente “es ampliamente usado, como concepto, es pobremente entendido”, al analizar un conjunto amplio de estudios sobre la temática, entre los cuales se encuentran resultados contradictorios sobre los mismos aspectos. Fitzpatrick (1990) y Fraser (1996) afirman que esto se debe en parte a problemas metodológicos en los instrumentos con los que se llevan a cabo las investigaciones, así como a las propias limitaciones de un objeto muchas veces inasible, ya que desde el propio concepto de calidad, la definición se vuelve compleja; Fitzpatrick afirma que debe clasificarse en tres modelos independientes.

Si calidad se define, según Van Maanen (en Sitzia y Wood 1997, 1831) como “una abstracción definida en el margen entre expectativas (o lo deseable) y la realidad”, usado en sociedades con altos estándares de vida, la satisfacción representa la estructura de las expectativas de los pacientes contra sus propias experiencias actuales, y como una expectativa es subjetiva, la calidad también lo es. Si bien se reconoce la falta de una definición clara y acotada del significado de satisfacción –defecto principal en la investigación sobre el tema–, el concepto ha sido definido en dos formas (Ware citado por Sitzia y Wood 1997): a) la satisfacción-reporte que se refiere a la atención y los proveedores (prácticas, resultados) y b) la satisfacción-valoración, “que intenta capturar la evaluación personal que no puede ser conocida directamente por observación”, y contiene tres variables: la preferencia personal del paciente, sus expectativas y la realidad de la atención recibida (Ibid., 1832).

Fitzpatrick señala otros objetivos de la investigación sobre la satisfacción de los pacientes –respecto a la atención recibida– como las cuestiones de adherencia o cooperación del paciente en los tratamientos. También es importante para mejorar el uso de los servicios de salud y es la atención. El autor plantea tres modelos teóricos independientes desde los que deben abordarse los estudios sobre el tema. Lo interesante

y el rasgo común de todos es su dimensión subjetiva. El siguiente cuadro resume y explica cada uno de ellos, y muestra lo que el autor llama determinantes de la satisfacción.

Cuadro 5

Modelos de investigación sobre la satisfacción del paciente

Determinantes	Enfoque
Necesidad de lo familiar	Subraya la importancia de las expectativas creadas socialmente y que varían de un grupo social a otro, y de una cultura a otra
Importancia de las necesidades emocionales. Percepción de la conducta afectiva del médico	Se relaciona con la incertidumbre y la angustia por el problema de salud, generada por la incapacidad del paciente para entender la información médica
Metas en la búsqueda de ayuda médica	Más allá de expectativas o satisfacciones, se busca conocer las metas o intereses de los pacientes, así como sus juicios ulteriores sobre los resultados de sus tratamientos

Fuente: Fitzpatrick (1990, 189-195).

Durante la última década, el concepto de satisfacción ha sido clave en la evaluación de la calidad de la atención en México (Frenk 1997), y ha sido el eje central del Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud (programa nacional del gobierno federal 2001-2006), aunque en éste, la operacionalización del concepto de calidad se acota y diferencia del de satisfacción.

La evaluación de la calidad de la atención

La calidad de la atención se ha estudiado a partir de metodologías y enfoques teóricos diversos. En este campo de investigación se ha profundizado sobre todo en los países desarrollados, y en los latinoamericanos la producción bibliográfica ha sido mucho más limitada.

Clearly y Edgman (1997, 1608) señalan que es tal la variedad de modelos y metodologías en el estudio de la calidad, que ningún sistema de salud podría implementarlos todos y menos aún utilizarlos. A pesar de esto, el tema de las preferencias de los consumidores no se ha estudiado lo suficiente y consideran que en el análisis de la calidad en términos generales, no está incluido como uno de sus puntos centrales. Se han producido muchos trabajos académicos que pueden ubicarse en distintas publicaciones internacionales desde diversos abordajes teórico-metodológicos,¹⁵ que han llamado la atención y han puesto sobre la mesa de discusión la generación de conocimiento sobre la materia.

En México, los parámetros y criterios de evaluación de la calidad de los servicios se han abordado a partir de la visión administrativa y organizacional en los sistemas de salud, con el objetivo principal de buscar la eficientización de los servicios, para conocer el costo-beneficio de las acciones y el uso de los servicios por los usuarios (Aguilar et al. 1993). La mayoría de los trabajos se han realizado desde y para las instituciones, donde la opinión de los pacientes sólo aparece como una fuente de información. Se han llevado a cabo varias encuestas nacionales que han arrojado datos importantes sobre la percepción y experiencias de los usuarios en los servicios de salud.

Algunos trabajos de la década de 1980 llamaron la atención sobre el problema de la calidad en los servicios de salud al analizar el tipo de demandas administrativas y penales interpuestas por violaciones a los derechos de los pacientes, pero no reconocieron las diferencias en la concepción del concepto de calidad de la atención entre demandantes y proveedores. Más bien se refieren a violaciones del derecho a un acceso real y atención oportuna, información adecuada y convincente y consentimiento informado, a la satisfacción de los usuarios/usuarioas de la atención recibida, al seguimiento de iatrogenias y negligencias médicas

¹⁵ Entre las publicaciones revisadas se encuentran: *Health Services Research*; *American Journal of Public Health*; *Sociology of Health and Illness*; *Health Care for Women International*; *Social Science Medicine*; *Women & Health* y *American Journal of Medical Quality*.

y demandas particulares, entre otros (Carrillo 2002, 39).¹⁶ En la siguiente década, se observa una mayor producción de este tipo de evaluaciones. En éstas, las demandas se refieren a violaciones de los DSR, en causas particulares como problemas en la atención del embarazo, parto y puerperio, uso y aplicación de métodos anticonceptivos, discriminación en la atención a infecciones de transmisión sexual, como el VIH y sida, entre otros (Valdés 1999). Varios estudios, basados en la encuesta nacional de 1994, encontraron que la percepción de la calidad en instituciones de salud se basa en el trato recibido de los médicos y los tiempos de espera de la atención (Ramírez, Nájera y Nigenda 1998). Con base en la misma encuesta y entrevistas a médicos, otros autores concluyeron que existe una distancia significativa entre éstos y los pacientes, que dificulta la comunicación y deteriora la calidad de la atención (Bronfman et al. 1997b).

Desde principios de los años noventa se han hecho estudios sobre mujeres usuarias de los servicios de salud, en especial en organizaciones no gubernamentales (ONG) (Ballesté y Hernández 1996; publicaciones del Population Council, varios años;¹⁷ Elú 1994, 1997; González 1999), que han documentado distintas experiencias respecto a la falta de calidad de la atención y violación de derechos, sobre todo las referidas a su lucha por los derechos de las mujeres. La producción académica¹⁸ ha sido

¹⁶ El trabajo de Carrillo hace una revisión de las denuncias penales contra médicos en la Dirección General de Coordinación de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República, realizados a petición de Ministerio Público de la Federación. Se señala que de 89 casos (entre 1976 y 1992) de demandas contra servicios y prestadores de salud que procedieron legalmente, casi 79 por ciento se dictaminó como negligencia médica, y 36 por ciento de ellos en el área de ginecobstetricia (Carrillo 2002). En otras instancias, como la Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Mujer, el Niño y la Familia de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), se señala que durante 1997 se recibieron 339 quejas, de las cuales 48 por ciento estaban relacionadas con violaciones en materia de salud (Alatorre 1998, 55).

¹⁷ El Population Council ha llevado a cabo múltiples investigaciones alrededor del mundo sobre este tema. Para mayores referencias consúltese: <http://www.popcouncil.org/esp/index.html>.

¹⁸ Para el caso de México, están las revistas: *Salud Pública de México, Mujer Salud, Problema Salud, La Ventana, Estudios de Género, Debate Feminista y Documentos de trabajo* de El Colegio de México.

menor, pero los trabajos han visibilizado diversos problemas en la atención a la salud y la mayor parte de ellos se basan en investigación empírica,¹⁹ de corte más descriptivo que teórico, y apenas son unos cuantos los que se ubican desde un abordaje sociológico.

En una revisión amplia sobre los instrumentos utilizados en las encuestas nacionales entre 1992 y 2000, se vio que, aun reconociendo el valor de la información recogida en muchas de ellas, existen varias limitaciones conceptuales que relativizan los resultados (Salas 2004). Salas señala que el análisis se enmarca en una serie de cambios sociopolíticos producidos en el panorama latinoamericano. Entre ellos se identifica la lucha de las mujeres por mejores servicios de salud, quienes cuestionaron el enfoque utilizado en evaluaciones que limitan sus alcances e interpretación de los datos. Algunas limitaciones se refieren a la orientación asistencial de los servicios de salud, parte de la seguridad de la capacidad de quien otorga el servicio y la dependencia de quien lo recibe y a la omisión de la perspectiva del usuario. Se parte de que éste es incapaz de emitir una opinión sobre los servicios y termina por prevalecer la visión del profesional; se carece de una perspectiva relacional que trascienda la consideración del paciente sólo como individuo de manera aislada; la relación entre ciudadanía y servicios de salud no es clara; y que la calidad de los servicios no reconoce el protagonismo de las mujeres en su cuidado como sujetos de la atención de salud y las ubica más como objetos.

Otra veta importante de trabajo ha sido enfocada a los derechos de las mujeres, como justicia social y desarrollo, y ha tratado el problema de la calidad de la atención de manera indirecta (Organización Panamericana para la Salud, OPS 2000; Comisión Económica para América Latina, CEPAL 2000), pues se ha limitado al análisis de las condiciones estructurales de la atención.

La sociedad civil ha señalado la falta de calidad en los servicios de salud, lo que ha influido para que hoy estén incorporados de forma explícita conceptos como género en el discurso y normatividad sobre el tema. En México, uno de los eventos que mostró esta carencia, y logró

¹⁹ Por mencionar sólo algunos: Elú (1998); González (1999); Salas (1998); Bronfman et al. (2003).

entablar una interlocución con las instancias de salud estatales, se llevó a cabo en 1995, a través de un foro nacional que discutió el problema, propuso estrategias de cambio y planteó una definición de calidad de la atención desde la perspectiva de género. Se definió que:

Servicios de salud de calidad con perspectiva de género, dirigidos a mujeres, son aquellos que responden a las necesidades de salud integral de las usuarias, con alternativas técnicas de alto nivel y respetuosas de su dignidad; que garantizan la resolución del motivo de consulta en el momento oportuno y a un costo accesible; que toman en cuenta el conocimiento que tienen las mujeres sobre sus procesos de salud; que propician su autoestima, autonomía, percepción y ejercicio del derecho a la salud y a decidir; y que promueven la participación consciente y equitativa de los hombres en los procesos de salud sexual y reproductiva (Ballesté y Hernández 1996, 33).

Sin embargo, en la actualidad el concepto de calidad, tomado desde el campo de la empresa y aplicado al de los servicios de la salud, y que se identifica en el programa nacional dirigido a mejorar su calidad, se encuentra en un nuevo contexto de relaciones políticas, económicas y sociales, que abre la posibilidad de nuevas interpretaciones, sin perder su enfoque original. Tal sentido lo adquiere en el discurso, matizando su contenido con la incorporación de otros conceptos, lo que da a la definición de calidad un enfoque político que lo enmarca en los derechos humanos y sociales y en la perspectiva de género, volviendo explícito el objetivo de empoderar a las mujeres. Es decir, vemos un discurso que se adapta a los nuevos aires y exigencias políticas, que hace que “tal objeto se elabore, sea metamorfoseado o importado, tal estrategia se modifique, sin dejar de pertenecer por ello a ese mismo discurso [...]” (Foucault 2001, 123) pues no puede, ni debe permanecer inmóvil porque no es ajeno al tiempo.

Nuestro interés parte de acotar el estudio de la calidad de atención en el campo de la salud reproductiva, y a partir de él, enfatizar el contenido del derecho social a la salud y a recibir una atención de calidad en térmi-

nos de atención e información oportuna, consentimiento informado y respeto por la cultura y la dignidad de las usuarias.

CIUDADANÍA Y DERECHOS

El presente apartado tiene el objetivo primordial de delimitar el derecho a una atención de calidad en el cuidado de la salud a partir del marco de la ciudadanía. Primero, se expone el marco normativo de dichos derechos, con la idea de sustentar su desarrollo a través de la historia de la lucha por los derechos humanos, en particular para las mujeres. También se definen y discuten los conceptos de ciudadanía y derechos, cuáles son los derechos humanos y sociales, cómo se define el derecho a la salud y cuáles son los DSR.

El concepto de *ciudadanía* se entiende como la capacidad de auto-determinación de los individuos, es decir, como actores sociales (aludiendo a su sentido de actividad y de participación), como sujeto de derechos²⁰ y con capacidad de ejercerlos, denota una construcción social, colectiva, jurídica e histórica; su ejercicio se observa en el ámbito colectivo e individual, el cual se realiza a través de derechos y obligaciones establecidas en las distintas normatividades que regulan el funcionamiento de la sociedad en su conjunto.

El concepto de derecho “representa la cristalización de un proceso con temporalidad y espacialidad específicas, de vínculos continuos y discontinuos de relaciones conflictivas o no entre el Estado y la sociedad civil” (Cervantes 2000, 384). Los derechos humanos se caracterizan por ser imprescriptibles, inalienables, irrenunciables, inviolables, universales, efec-

²⁰ El concepto de “sujeto de derecho” (SD), según la ciencia jurídica es “ser sujeto de derecho es ser sujeto de derechos y obligaciones, lo cual equivale según la propia dogmática a ser persona [...] considera SD a aquel que es sujeto de un deber jurídico o sujeto de un derecho subjetivo [...]Un análisis del concepto de SD nos permite observar que éste (como persona) son conceptos dogmáticos usados para describir, de forma simple o abreviada, situaciones jurídicas complejas.” Cuando se dice “x” es sujeto de una obligación o de un derecho jurídico, significa que una determinada conducta de “x” es obligación impuesta o que tal conducta es permitida por una norma

tivos e interdependientes (Organización de las Naciones Unidas, ONU 2007; Ortiz 1999b), y se refieren a “un conjunto de facultades e instituciones que en cada momento histórico concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas” (postulado establecido en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, durante la Revolución Francesa, 1789). Dichas características son principios básicos y universales, y su consecución se basa en las condiciones sociohistóricas en las que se llevan a cabo.

De esta forma hay que reconocer que los derechos humanos tienen un sentido evolutivo y dinámico al ubicarlos como una construcción histórica. Se distinguen tres generaciones de derechos: a) civiles y políticos: derecho a la igualdad, al voto y a la libertad; b) derechos económicos, sociales y culturales: a la educación, salud, vivienda y a los derechos de la familia y c) nuevos derechos: al desarrollo, la protección, paz y a la protección del medio ambiente. En éstos se retoman algunos de las primeras generaciones y se enfatizan nuevos contenidos.

Conferencias y pactos internacionales posteriores fueron incorporando otros derechos que dieron sustento a lo que se llamó DSR. Por ejemplo, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y en la Conferencia de Población de Bucarest (1974) se explicita que corresponde al Estado asegurar el derecho a decidir el número de hijos y cuándo tenerlos, así como ofrecer información y acceso a métodos de control de la natalidad. En la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer en México (1975) se reconoció el derecho a la integridad física y a la decisión sobre el propio cuerpo, a la opción sexual y los derechos reproductivos, incluyendo la maternidad voluntaria.

jurídica... “De esto se infiere que las normas jurídicas tienen que ver no con individuos, sino con las acciones o abstenciones previstas en las normas jurídicas”. Debemos tener presente que el sujeto de derecho (es decir, la persona) no es el ser humano. “Sujeto de derecho es el concepto que designa la conducta o conductas jurídicamente prescritas de ciertos individuos. Así, el SD como persona es una expresión que unifica una pluralidad de acciones u omisiones reguladas por las normas jurídicas; constituye un punto de referencia que permite considerar unitariamente un conjunto de derechos subjetivos, obligaciones y responsabilidades jurídicas” (Instituto de Investigaciones Jurídicas 2002, 590) y Hans Kelsen (1982).

A partir de la Conferencia de Derechos Humanos en Viena (1993), la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995) se puso en las agendas internacionales el concepto de salud reproductiva, lo cual significó un logro relevante para un desarrollo amplio de los DSR. La definición de salud reproductiva establecida en estas conferencias señala que:

es un estado general de bienestar físico, mental y social y no sólo de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos y que, en consecuencia, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la libertad de decidir procrear o no, cuándo y con qué frecuencia, y la garantía de gozar de las máximas posibilidades de tener hijos sanos (ONU-Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA 1994).

En la Conferencia de Beijing (1995), la definición de salud reproductiva hace explícitos la mención de los DSR, al señalar que la salud reproductiva es:

estado de bienestar físico, mental y social completo y de salud sexual cuyo propósito es el enriquecimiento de la vida y de las relaciones personales. Las relaciones iguales entre los hombres y las mujeres requieren de respeto mutuo, consentimiento y responsabilidades compartidas. La Plataforma afirma que los derechos sexuales y reproductivos se basan en el reconocimiento de los derechos humanos básicos de todas las parejas y de todos los individuos de decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos que deseen tener y cuándo tenerlos. También tienen el derecho de obtener información y de tomar decisiones acerca de la reproducción sin discriminación, coerción ni violencia (ONU 1995, 13)

Su importancia reside en reconocer el derecho de hombres y mujeres a definir el rol procreativo, el acceso a información confiable y a los servicios de salud reproductiva de calidad.

La teoría política clásica definió la ciudadanía separando su ámbito de ejercicio en público y privado, y con esto dio paso a dos tipos de leyes, las públicas y las familiares, sin embargo el concepto se limita al constituirse de manera binaria y estática, pues no incorpora el dinamismo del entorno histórico. Por su parte, Marshall (1950, citado en Wiener 1997, 18) sugirió que la definición y el estudio del desarrollo de la ciudadanía debía distinguirse en tres aspectos: civil, político y social; cada uno de estos espacios ha generado distintos derechos. Para el caso de nuestro análisis del derecho a la salud en tanto que es social, dicha conceptualización debe tomarse en cuenta muy en serio para analizar la forma en la que los principios universales se conjugan con las determinantes socio-históricas.

Asumir la segunda acepción evidencia la relación compleja entre la práctica política, el desarrollo económico y la sociedad. La ciudadanía no se define sólo a partir de ciertos principios, sino que se liga al tipo de prácticas que de ella emanan, este es el llamado enfoque histórico de la ciudadanía; por ello se reconocen diferentes definiciones que tratan de acotarse según el marco al que se refieren, por ejemplo ciudadanía social, política y segmentada.

Al partir de la distinción de las formas en las que las mujeres acceden y hacen uso del derecho a la salud, de sus condicionantes socioculturales y políticas, como el acceso a los servicios, las características universales de los derechos que sustentan la categoría de ciudadanía se diferenciarán en la cotidianidad de sus experiencias.

Los derechos de las mujeres en el cuidado a la salud se traducen y caracterizan por la posición de género, raza, sexo y clase, de allí la utilidad del enfoque, pues permite una mayor comprensión de la complejidad de las diferencias y las distintas experiencias sociopolíticas de los derechos como un ejercicio de la ciudadanía. Wiener (1997, 20) señala que el enfoque histórico en el análisis de la ciudadanía, aporta al entendimiento de los derechos de las mujeres, relacionando el género en la ciudadanía con la construcción de la identidad.

Otro beneficio de este enfoque, al definir la ciudadanía, es su capacidad para distinguir su vínculo con relaciones y expresiones de poder. Al

igual que las relaciones de poder, los derechos ciudadanos no son fijos, sino un objeto de lucha que debe ser defendido, reinterpretado y extendido.

La ciudadanía tiene que ver con la pertenencia a un grupo o comunidad y con los derechos y responsabilidades que esa membresía confiere, por tanto, puede ser una relación con el Estado o un grupo, sociedad o comunidad. Pero la ciudadanía también es “una condición –o una identidad– y una práctica o proceso de relacionarse con el mundo social mediante el ejercicio de derechos/protecciones y el cumplimiento de obligaciones” (Meer y Sever 2004, 6). En este sentido, las mujeres se posicionan con características particulares, por su rol de género, que las ubican como ciudadanas con algunas desventajas sociales.

Los derechos civiles y políticos en el pensamiento occidental permiten a los ciudadanos participar en la vida política y en la toma de decisiones en el ámbito público, y alrededor de esta premisa, el Estado, a través de la legislación y las instituciones, debe establecer los medios legales para exigirlos y también una vía por la cual buscar reparaciones en caso de que fueran violados (Lister 2003a). Sin embargo, la limitación ante tales planteamientos, se refiere a que la ciudadanía, conferida por igual a todas las personas que alcanzan membresía a la nación, se basa en una persona neutra y abstracta, sin género, raza, clase, etnicidad o cualquier otra relación social que indique que se trata de personas reales y determinadas sociohistóricamente. La igualdad, premisa fundamental de los derechos humanos, implica entonces que todos los ciudadanos y las ciudadanas son iguales y tienen las mismas necesidades, y la ley que los garantiza es en sí misma neutra; tales conceptos son conocidos como ciudadanía “universal”. Este sentido provee las bases para la búsqueda de la igualdad en sí misma, pero no para el logro de una mayor justicia social, en tanto los y las destinatarias poseen y viven condicionantes distintas. Desde un enfoque de género, Meer y Sever (2004, 16-21) resumen las críticas al concepto universal de ciudadanía, que invisibiliza las desigualdades y deterioran la ciudadanía de las mujeres en tanto no están ancladas en un contexto local, es decir, procesos históricos en contextos diferentes, dan lugar a formas distintas de ciudadanía:

- Las ideas universales aducen que somos iguales y ocultan desigualdades; se excluye a las personas que no encajan en la idea convencional acerca de quién es un ciudadano o una ciudadana.
- La división público/privado y los roles de género dificultan que los intereses de las mujeres puedan ser vistos como asuntos familiares y no como cuestiones públicas o comunitarias/nacionales, y obstaculizan el reconocimiento de las mujeres como actoras políticas.
- Las desigualdades en poder y recursos significan capacidades diferentes para exigir derechos, es decir, el estatus de ciudadanía no es suficiente sin las condiciones que permitan que ésta sea experimentada o practicada.
- La ciudadanía se basa en las personas individuales en vez de la comunidad.
- Partir de la definición de que los derechos son universales y fijos oculta procesos históricos que generan desigualdad y exclusión.

En 1979, la Asamblea General de la ONU aprobó la Convención de los Derechos Humanos de la Mujer, y los gobiernos signatarios se comprometieron a implementar acciones que garantizaran su desarrollo pleno; estos planteamientos iniciaron el reconocimiento de las diferencias entre los ciudadanos y las ciudadanas. Para Alda Facio, citada por Zurutuza (1998), la nueva conceptualización de “igualdad de derechos” permite conocer otra dimensión de los derechos humanos, partiendo de que *hombres y mujeres son igualmente diferentes*, por ello es necesario que el derecho formal se transforme en estrategias y medios por los cuales las mujeres ejerzan sus derechos. Si partimos de las características universales establecidas en la definición de los derechos humanos, la igualdad en el derecho queda sólo en términos formales; dicha definición debe tener una traducción en las condiciones necesarias para su ejercicio real por parte de las mujeres.

Sobre esto, hay que repensar cómo los roles sociales y las responsabilidades de las personas son centrales para su experiencia de la ciudadanía. Y justo en ese dinamismo es que las mujeres la viven de distintas maneras, pues también se construye de forma diferente en cada entorno social, dimensiones que contribuyen a la construcción de su identidad.

Para la comprensión de los procesos sociales de la atención de la salud, no podemos partir de una definición del concepto de ciudadanía en términos abstractos, generales y estáticos, sin reconocer que se hace necesario tomar en cuenta el contexto sociohistórico, político y cultural; Meer y Sever (2004, 9) señalan que las nociones tradicionales sobre la ciudadanía se reconceptualizan por importantes giros políticos globales, que confirman la necesidad de adecuar y aclarar las condiciones necesarias para el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres: a) las condiciones locales se ven influidas y determinadas en mayor o menor medida por las políticas internacionales como las del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), a las que las y los ciudadanos nacionales no tienen forma de exigir cuentas. En este contexto puede mencionarse la reforma del sector salud a escala mundial, sobre todo dirigida a los países en vías de desarrollo; b) lo anterior se lleva a cabo en el marco de una economía neoliberal, aceptada como enfoque único en la formulación de la política social de los países en la atención de la población con menos recursos, que para el caso de México, ha generado una mayor polarización de las desigualdades sociales y recrudecidas por las crisis recurrentes desde hace más de dos décadas. Las restricciones a la capacidad de las y los ciudadanos de exigir derechos en estas condiciones en la formulación de políticas, pueden a su vez incrementar la pobreza y la desigualdad y c) se vive una creciente de emigración interna e internacional que ha tensado las relaciones no sólo entre los/las ciudadanas, sino también entre las poblaciones y el Estado.

Las ideas universales aducen que todas las personas son iguales, pero partir de este planteamiento sin problematizarlo es ocultar las desigualdades. Al reconocer los cambios en los significados y definiciones de ciudadanía se descubren sus distintos niveles, en los cuales las personas son incluidas con base en algunas funciones y excluidas en otras. Lister (1997) define lo anterior como la “ciudadanía en hileras” y ayuda a explicar los diferentes posicionamientos dentro de los grupos y los efectos que tiene en los derechos. La manera en la que esto puede aportar a la explicación de las formas en las que se gestiona la atención a la salud, desde distintos posicionamientos sociales de las mujeres, podría contri-

buir a una mayor comprensión del problema de la calidad de la atención en las instituciones de salud. Hay mujeres usuarias y pacientes de los servicios de salud que son trabajadoras asalariadas, otras amas de casa, las que tienen una familia que las respalda y pertenecen a una red social y quienes no tienen más que su necesidad.

En otras palabras, las desigualdades en poder y recursos significan capacidades diferentes para exigir derechos (Meer y Sever 2004). La limitación principal en la definición general y abstracta de universalidad, no se refiere a sus preceptos de igualdad, respeto y justicia, sino a la manera de aplicar los conceptos de forma indistinta. Dicha definición no hace la división público/privado; no permite identificar la subordinación-dominación y violencia en el ámbito privado o doméstico, en la vivencia de la sexualidad, la reproducción, y en general la vida familiar, como asuntos estructurales que aluden a los derechos ciudadanos. Tampoco permite identificar los motivos ni los procesos de toma de decisiones en el cuidado de la salud. Así, ello “agrega” una gama de actividades e identidades que han quedado fuera de los derechos ciudadanos y expande la capacidad de las personas para moldear tanto las decisiones íntimas, como las más amplias, que afectan sus vidas.

Partir de estos conceptos sin problematizar su repercusión diferenciada entre hombres y mujeres, es pasar por alto una de las mayores demandas de distintos movimientos sociales, como la lucha feminista y el movimiento amplio de mujeres. Correa y Peñchesky (2001, 106) señalan tres aspectos que deben acotarse en la traducción de los derechos: que siempre están condicionados a las situaciones socioculturales; su discurso es indeterminado y el argumento permanente de que todos son iguales, invisibiliza las diferencias económicas de raza o de género.

Numerosos grupos de mujeres que no participan o no pueden hacerlo en estructuras formales, sí lo hacen en redes informales y en el grupo doméstico, donde desarrollan gran parte de los procesos de toma de decisiones. La gestión de la atención a sus problemas de salud y la búsqueda de acceso a los servicios de salud reproductiva, las involucra en las instituciones y las ubica en el espacio público, rebasando la posición de que la ciudadanía sólo significa votar en los procesos políticos de sus

representantes de gobierno, e incorporando sus acciones de gestión y toma de decisiones en el ámbito de los derechos que la ciudadanía confiere. Al respecto, Mouffe (1993) y Lister (1997) señalan que las personas pueden hacer uso del potencial emancipatorio de principios como la igualdad, al mismo tiempo que exigen equidad en sus diversidades.

Otra dimensión que se sostiene en el discurso de los derechos como igualdad universal, que limita los alcances de su efecto en la equidad entre hombres y mujeres, se refiere al discurso liberal clásico que señala la división entre lo público y lo privado, siendo que ambas dimensiones son vividas con discriminación y subordinación y son dominadas por los varones. Sostener esta posición invisibiliza las “prácticas cotidianas y rutinarias de la subordinación de género” (Correa y Petchesky 2001, 107). La lucha feminista ha logrado que esta división se incorpore a la normatividad y se reconozca que muchas de las violaciones de derechos humanos de las mujeres ocurren en los ámbitos domésticos, por lo que la demanda al Estado ha sido intervenir y normar este ámbito.

Autoras como Bunch, Hinojosa y Reilly, también señalan la necesidad de rebasar la comprensión estrecha de los derechos humanos, “que enfatiza la protección de los ciudadanos de ciertos tipos de coerción directa del estado, [pero] favorece la perpetuación de tradiciones culturales, familiares, religiosas masculinas, con frecuencia a costa de los derechos humanos de las mujeres” (2000, 27).

Los derechos humanos son universales, pero deben ser traducidos en acciones concretas en los contextos sociopolíticos que garanticen su ejercicio, apropiación y respeto. Facio, en el mismo sentido que las autoras señaladas, se refiere en particular al derecho (en sentido jurídico), en el cual se vuelve necesaria una perspectiva relacional de los derechos que permitan usarlos para empoderar a las mujeres. Dicha posición la sintetiza, citando a Obando, como:

la perspectiva relacional de los derechos está basada en un concepto plural de la ley, en las relaciones sociales, en la multiplicidad de las identidades de las mujeres y sus profundas diferencias, y especialmente en las dimensiones de opresión y empoderamiento que los

derechos tienen para las mujeres según ellas definen y redefinen quiénes son en cada momento y en cada circunstancia (Facio 1999, 35).

El concepto de ciudadanía trasciende el ejercicio de los derechos políticos, como el de votar, ya que involucra la toma de decisiones en forma autónoma, tanto en lo público como en lo privado, el acceso a la justicia, la participación política, social y comunitaria, y en general todo aquello que permite al ser humano ser sujeto pleno de derechos. Así, la construcción social de la ciudadanía se basa en la conformación de un sujeto político y social que tiene “el derecho a tener derecho”, representar y ser representado.

Ahora bien, la atención de la patología mamaria se inserta en el derecho a la salud, y el acceso a la atención de calidad es parte de ese ejercicio. Hay que decir que la patología mamaria se relaciona muy de cerca con la sexualidad femenina, y tiene una construcción sociocultural fuertemente ligada a la imagen de género y a la maternidad. Por ello la importancia de abordar esta investigación desde los DSR, enmarcados en los derechos humanos de las mujeres.

Derechos sexuales y reproductivos

Es a partir del concepto de salud reproductiva que los DSR han ido posicionándose en distintas normatividades en el escenario de los derechos humanos de las mujeres. Los DSR son definidos como los derechos básicos de las personas, que se vinculan al libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción, sin importar el género, edad, condición social, raza y religión. Se consideran parte de los derechos sociales y dependen de ciertas condiciones de posibilidad, es decir aquellas que permitan, fomenten, socialicen, a través de acciones afirmativas, de educación y de normatividades, su ejercicio.

En el marco nacional e internacional, los DSR parten, entre otros, de la Declaración de los Derechos Humanos (1948), de la Declaración Americana

de los Derechos y Deberes del Hombre (y de la Mujer) (1948) y de la Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán (1968). Correa y Petchesky señalan que tienen un origen reciente, pero sus raíces, “vinculadas a la idea de integridad corporal y autodeterminación sexual tienen una genealogía mucho más antigua y mucho más amplia desde el punto de vista cultural” (2001, 102). Desde su dimensión ética, hay que enfatizar cuatro principios: integridad personal, ejercer como persona, la igualdad y la diversidad (Ibid., 113), los cuales se traducen en una serie de derechos específicos en la atención a la salud.

El concepto de DSR, aunque puede reconocerse a través de leyes, normas y reglamentos en México, no posee una definición única y acabada. Se les identifica y legitima a través del planteamiento del artículo cuarto constitucional, que establece el derecho a la salud y se sustentan a partir del derecho a una paternidad y maternidad libres y responsables. Según Ortiz, los DSR son:

derechos humanos, que tienen sustento en la universalidad del ejercicio al derecho de cualquier individuo por su carácter humano, deriva en que la obligación del Estado es velar por estos derechos, de tal modo que su reconocimiento no es tanto muestra de modernidad sino de obligatoriedad del Estado. Por tanto, son los individuos y sus derechos quienes están en condiciones de guiar el Estado de derecho y velar por su cumplimiento y no a la inversa [...] (Ortiz 1999b, 35).

En la cotidianidad del espacio de la salud, aún es difícil la traducción de este tipo de derechos, a pesar de que su respeto representa un elemento central en la calidad de la atención; su relevancia es más visible en el discurso político-social.²¹ Ortiz (1999c, 238) señala que los DSR son una expresión nodal de la ciudadanía, y su demanda desde el movimiento

21 Figueroa señala que en las instituciones de salud, los derechos sexuales y reproductivos es un tema que va abriéndose camino, en especial en lo que respecta a la reproducción. A pesar de esto, reconoce que es en el ámbito de la atención a la salud reproductiva que dichos derechos se observan en un sentido más amplio (1996, 1999b).

amplio de mujeres ha logrado que se respalden por la legislación y normatividad nacional. Dentro de estas demandas, el asunto de la calidad de la atención en los servicios de salud fue ampliamente calificado de problema por la fuerte relación jerárquica entre médicos y pacientes y las limitaciones en el acceso oportuno.

Los avances en el reconocimiento de los DSR se observan en su adopción por organismos internacionales como la OPS; dentro de su normatividad y acuerdos ha retomado de la propuesta de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés), los planteamientos sobre los DSR y los asume como parte indivisible de la calidad en salud sexual y reproductiva (OPS 2000): derecho a la información, al acceso, a la elección, al uso de métodos anticonceptivos seguros, a la privacidad, a la confidencialidad, a la dignidad, a estar cómodas, a la continuidad y a la opinión

Las patologías mamarias, que incluyen al cáncer de mama, representan un serio problema para la población femenina; los pechos son una parte esencial de la vida reproductiva y erótica de las mujeres y son el vehículo de la lactancia materna y expresión de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres. Los problemas de mama de las mujeres representan una cuestión sensible que influye su desarrollo como personas y ciudadanas; sin embargo, en la atención de éstos, el ejercicio de derechos se convierte en un hecho distante en su vida como pacientes. En el siguiente apartado, nos interesa mostrar cómo se definen algunos derechos en particular, como el acceso a la información, al consentimiento informado y a la toma de decisiones en la atención de sus problemas.

DERECHOS: DE INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO Y TOMA DE DECISIONES

*Que no me engañen, que si tengo cáncer,
que me digan, que no me engañen.*

VERÓNICA (E4).

Los derechos de las mujeres a la información, al consentimiento informado y a la toma de decisiones no pueden separarse; idealmente las

mujeres no pueden ejercer su derecho de consentimiento informado sin recibir la información necesaria para ello, al mismo tiempo que no pueden ejercer el derecho a la toma de decisiones o a su autonomía, si no tienen la información y la capacidad de consentir. Sin embargo, se ha documentado ampliamente que estos derechos se relativizan en la práctica cotidiana de los servicios de salud.

El ejercicio de derechos es condición inherente a la ciudadanía, por ello hemos hablado de la importancia de los derechos que se objetivan en la consulta médica, sin separarla del marco institucional. Nos interesa vincular los derechos arriba señalados con otros como contar con el respeto a la intimidad, privacidad y creencias y valores. Nuestra investigación documenta la forma en la que este conjunto de derechos se expresa en la consulta médica y cómo se llevan a cabo en las prácticas de atención en la cotidianidad del servicio. En las instituciones de salud, los derechos a la información y al consentimiento informado, así como a la toma de decisiones, representan el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres, en tanto persona y cuerpo.

Como muchos otros, la inclusión del derecho a la información en los distintos acuerdos y convenciones internacionales ha sido un proceso gradual, y desde finales de los años setenta fue dispuesto explícitamente en acuerdos internacionales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ONU 2002), la cual señaló que debía eliminarse la discriminación en la esfera de la atención médica a fin de asegurar la igualdad de hombres y mujeres para disfrutar los servicios médicos en planificación familiar, embarazo y lactancia, así como obtener la información necesaria que contribuya a su salud y bienestar.

Uno de los instrumentos establecidos para que se ejerza el derecho a la toma de decisiones y a la información es el del consentimiento informado, por ello se le señala como un derecho humano y legal. En 1981, la Asociación Médica Americana (1998) planteó el consentimiento informado como imperativo y mínimo ético. Consiste en explicarle al paciente su enfermedad, así como proporcionarle el balance de las opciones terapéuticas y exponerle sus posibles resultados y consecuencias.

Como señala Cook “es el derecho a tomar decisiones con conocimiento de causa sobre el propio futuro” (1994, 31). Se basa en el concepto amplio de libertad individual para decidir sobre las medidas terapéuticas que afectan el cuerpo y la vida, y se relaciona con el reconocimiento de la autonomía de las personas para tomar esas decisiones y contribuir a la libertad de elección. El derecho de consentir implica el conocimiento de los posibles resultados de las opciones que puede tomar, cualquiera que sean, aceptar el procedimiento médico o no hacer nada.

El consentimiento informado tiene varias modalidades, según su objetivo. En este apartado nos referimos a dos de ellas, primordiales en la atención de los servicios de salud. La modalidad formal, que es requisito para las intervenciones quirúrgicas, se hace por escrito y contiene breves declaraciones sobre la responsabilidad de los médicos y el riesgo general de someterse a un procedimiento de este tipo; el otro es oral, es decir, la paciente consiente sobre algunas rutinas en la atención médica, sin que deba firmar una constancia cada vez (Brenes y Mesa 1998).

Como uno de los ejes centrales de los derechos, el consentimiento informado representa el instrumento para la toma de decisiones de los pacientes en la atención de su salud; Ballard-Reisch, citado por Gambone y Reiter (1997, 871), presenta un modelo de toma de decisiones en tres fases principales: a) diagnóstico; b) exploración de opciones y c) decisión de tratamiento, implementación y evaluación. Sin embargo, en una investigación sobre toma de decisiones para la realización de la histerectomía, el autor encontró que las pacientes tienen una baja percepción del poder propio (*self-efficacy*), que no les permite establecer una interacción más equilibrada con los prestadores de salud. En esta situación están involucrados otros determinantes como la falta de acceso a una información comprensible y oportuna, lo que propicia la incompreensión de las mujeres sin capacitación médica. Esto refuerza un papel pasivo y dependiente de la paciente, que no contribuye a fomentar una mayor colaboración en la toma de decisiones.

Por su parte, Pittman (1999, 90), en una investigación sobre el control de la enfermedad de la diabetes y la hipertensión entre hombres y mujeres, encontró que aunque ambos tenían un bajo control sobre sus

decisiones en los servicios, las mujeres presentaron uno menor aun frente a los médicos que los hombres, por su identidad genérica de subordinación.

El derecho a la libertad y al consentimiento informado se refiere a que las mujeres deben recibir la información necesaria para tomar una decisión con conocimiento de causa sobre su problema de salud, tratamiento y procedimientos médicos que se le indican. El consentimiento informado se basa en la participación activa del paciente en el proceso de toma de decisiones en todos los aspectos, que implica aceptar o rechazar una acción terapéutica o diagnóstica. Como veremos en su momento, una de las preguntas centrales en la investigación fue desentrañar cómo se toman las decisiones en la atención médica.

El consentimiento informado se define como:

[el] acto de decisión libre y voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto a los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar. El consentimiento informado se sustenta en la autonomía del paciente, considerando para su existencia tres requisitos básicos y necesarios: libertad de decisión, explicación suficiente y competencia para decidir (CONAMED 2004, 23).

Por su parte, los profesionales de la salud tienen la obligación ética y legal de dar la información de manera accesible y oportuna sobre el problema y las distintas opciones terapéuticas; para que el consentimiento sea válido, debe obtenerse sin presión ni coacción sobre la toma de decisiones, aunque los profesionales consideren que sea la mejor opción. Los prestadores operativizan el derecho a la información y a la toma de decisiones, ya que son ellos los que indican, proponen, rechazan o aceptan las decisiones de las pacientes. Se ha señalado que los derechos deben tener condiciones de posibilidad (Cervantes 1996; Ortiz 1999b), lo cual indica que los prestadores médicos, en este caso concreto, tienen un marco normativo institucional según el cual se rigen, pero al mismo tiempo, son

profesionales con una cultura médica caracterizada por una jerarquía en las relaciones que establecen con las pacientes, quienes aparecen más en una condición pasiva y no como sujetos activos en la atención.

Diversos autores han señalado que el consentimiento es una importación desde el derecho a la práctica médica, que no se ha generado dentro de la ética médica, “que lo ha desconocido a lo largo de su historia, si bien en la actualidad constituye un elemento de la atención médica y la relación médico-paciente, lo que redundará en una significativa mejora de la calidad asistencial” (CONAMED 2004, 15; Tena et al. 2002). Trabajos sobre el consentimiento informado desde la mirada de los médicos consideran que la relación médico-paciente ha cambiado, en parte debido a la incorporación de una mayor normatividad que regula la práctica y que ha permitido al paciente tomar una posición más activa en la atención, junto a los prestadores.

En las publicaciones de la CONAMED se señala que la relación médico-paciente ha cambiado, “era de tipo vertical, pues hay que recordar que la palabra enfermo se deriva del latín *infirmus*, que quiere decir débil, sin fuerza, no solamente física sino también moral, de ahí que histórica y tradicionalmente se haya prescindido de su parecer y consentimiento” (CONAMED 2004, 16). Se afirma que con el consentimiento, la medicina paternalista ha dejado paso a una participación activa del paciente. Sin embargo, más allá del acto jurídico que representa, el acto médico se basa en una ética, que señala que un consentimiento informado sin un contenido ético del acto médico, no es completo.²²

²² Es interesante ver cómo el discurso médico se ampara fundamentalmente en la ética médica para minimizar su característica tradicional de autoritarismo en la relación médico-paciente. Este acercamiento a la visión de la profesión médica sobre lo que le ha implicado la regulación y normatización de los derechos de información y toma de decisiones independientes de los pacientes, puede verse en trabajos publicados en la revista de la CONAMED, la *Revista Médica del IMSS* y en *Salud Pública de México*. En muchos de ellos se aprecia un discurso que lamenta que la medicina defensiva se ha forzado a adoptar “una marea imparable de movimientos destinados a promover y subrayar el individualismo (derechos del consumidor, autonomía, derechos de los pacientes [...])” (palabras del doctor Gabriel M. Lee, en el 8vo. Simposio de la Comunicación Humana y el Derecho Sanitario).

En México, el consentimiento informado es un procedimiento legal que las pacientes deben firmar en el caso de las intervenciones quirúrgicas. A dicho formato se le llama carta de consentimiento bajo información, que según la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico (SSA 1999, 27) se define como los “documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios”.

De acuerdo con estas disposiciones de respeto a la autonomía y a los derechos de los pacientes, en el año 2001, la CONAMED publicó la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes,²³ documento circulado por la legislación y normatividad nacional (sobre todo por la Ley General de Salud, 1984), y los acuerdos internacionales signados por el gobierno mexicano. Dicho documento ha sido parte de los objetivos de la Cruzada Nacional por la Calidad.

Se ha comprobado en diversos estudios que una información accesible y oportuna puede influir de manera positiva en los procesos de cuidado, además de contribuir a la apropiación de derechos y a la toma de decisiones. La relación médico-paciente es una interacción en la que confluyen dos puntos de vista diferentes sobre el problema de salud, motivo de consulta.

El derecho a tomar decisiones sobre el cuerpo es básico, establecido desde la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin embargo, existe una amplia documentación sobre la falta de autonomía en la toma de decisiones de las mujeres, en la atención de su salud reproductiva (Sherwin 1998b; Gambone y Reiter 1997). El derecho a la toma de decisiones pasa por otros como el derecho a información clara, accesible y

23 Los diez derechos establecidos son: recibir atención médica adecuada, recibir trato digno y respetuoso, recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, decidir libremente su atención, otorgar o no su consentimiento válidamente informado, ser tratado con confidencialidad, contar con facilidades para obtener una segunda opinión, recibir atención médica en caso de urgencia, contar con un expediente clínico y ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

oportuna sobre los procesos de atención, riesgos y beneficios de las opciones y el reconocimiento de que la paciente es un sujeto activo en los procesos de recuperación.

Sherwin (1998c) discute desde la teoría feminista que la autonomía,²⁴ como concepto abstracto y universal, esconde serias limitaciones en cómo se traduce en la toma de decisiones de las mujeres. La autora propone el concepto de autonomía relacional, como una forma de explicar y traducir el derecho a un contexto sociopolítico en particular, aunque se base en los preceptos universales de los derechos humanos.

Al respecto, Christman define la autonomía relacional como “la etiqueta que ha sido dada como una concepción alternativa de lo que significa ser un agente libre, autogobernado, quien es socialmente constituido y quien posiblemente define su compromiso como valor básico en términos de relaciones interpersonales y mutuas dependencias” (2004, 143).²⁵ Y Cervantes (2001, 59) señala que tal contextualización encierra el riesgo de caer en un relativismo cultural que permita justificar la violación de derechos humanos.

Se ha discutido que los derechos humanos dependen de una serie de condicionantes sociopolíticas que determinan su ejercicio (condiciones de posibilidad), sin embargo, coincidimos con estos autores en el sentido de acotar los conceptos en su traducción práctica, sin perder de vista el sentido de humanidad y justicia que les dio origen.

²⁴ La teoría de la ética discute ampliamente el cuidado ético, criticado en la literatura como desesperanzador, vago y ambiguo, sin embargo, Verkerk (2001) señala que el concepto moral de autonomía no ha sido abandonado, sino que sus particularidades están dadas en la interpretación.

²⁵ El concepto de autonomía relacional ha generado un debate interesante en cuanto a sus alcances y nuevas aportaciones en materia de derechos humanos (ver por ejemplo el trabajo de Christman (2004), sobre la discusión de autonomía relacional, el liberalismo individualista y la constitución social de sí mismos). Se ha trabajado fundamentalmente en el discurso de los derechos humanos desde el enfoque de la filosofía y la ética, pero el feminismo lo ha retomado para mostrar la importancia del contexto en la determinación de los derechos humanos. Sherwin (1998c) lo circunscribe al ejercicio de los derechos de las mujeres en el campo la salud desde la teoría feminista.

III

IR MÁS ALLÁ DE LOS DATOS

La investigación es trabajo duro, siempre está ligada a cierta dosis de sufrimiento. De ahí que por otro lado, deba ser entretenida, divertida.

ANSELM STRAUSS²⁶

La forma de conocer la realidad, a través de un estudio sistemático y riguroso, dependerá del abordaje teórico-metodológico con el que se reconstruyan los hechos y los problemas sociales que se estudien, primero mediante la descripción, luego la comprensión y por último la interpretación. Weber (1983) señala que hay que comprender la realidad de la vida que nos circunda, en la cual estamos inmersos, *en su especificidad* y las razones por las que un hecho o situación ha llegado históricamente a ser como es y no de otra forma. La sociología comprensiva de Weber plantea que el abordaje de los problemas sociales debe ser un estudio contextual, con un análisis relacional que reconozca su pertenencia a una situación histórico-social determinada.

El estudio de la salud, desde una perspectiva sociológica, no está exento de esta complejidad, en tanto que intervienen distintos actores/actores, contextos socioculturales, condiciones de vida, percepciones y significados, prácticas, instituciones y mecanismos estructurales, entre otros, que aportan a la conformación de cada sujeto y problema social. En los problemas de salud y en específico de la salud reproductiva, intervienen elementos socioculturales y políticos que van desde la construcción social de género, condiciones de vida, educación (en el término amplio y no sólo por nivel de escolaridad), acceso a información sobre

²⁶ En conversación con Heiner Legewie y Barbara Schervier-Legewie (2004).

salud en general, formación social y familiar (aspectos biográficos y subjetivos por su historia de vida), así como acceso y experiencias en los servicios de salud y la percepción de su calidad, y en general las vivencias de las políticas públicas en salud en México en la vida cotidiana, por mencionar sólo algunos.

En la investigación partimos de la premisa de acotar para profundizar, plantear un análisis relacional en un nivel microsocioal. La metodología cualitativa nos da la oportunidad de realizar dicha profundización.

El objetivo del presente capítulo es hacer una breve descripción del marco metodológico que contempla algunos de sus preceptos teóricos, la justificación de la elección de las técnicas para la obtención de información, la explicación de las decisiones metodológicas tomadas en campo, las grandes etapas de la investigación en cuanto a metodología se refiere—en especial el análisis de los datos— y finalmente, la exposición de algunas consideraciones éticas en este proceso y la construcción de relaciones sociales con los informantes. Se presentan además los y las sujetos/as de estudio y se señala la acotación espaciotemporal de la investigación.

METODOLOGÍA. UN ABORDAJE CUALITATIVO

A medida que las corrientes teóricas del constructivismo y los enfoques interpretativos han tomado mayor fuerza en el estudio de los acontecimientos sociales y de las personas en sociedad, la metodología cualitativa ha demostrado su pertinencia al cuestionar, deconstruir y reconstruir los procesos sociales y los mecanismos mediante los cuales los individuos intervienen en los distintos estratos de la estructura social.

Las diferencias de la metodología cuantitativa y cualitativa van más allá de la simple aplicación de las técnicas en la recopilación de datos. Mientras la primera busca la “objetividad” y la generalización de los hallazgos, mediante la inferencia a la población, la segunda busca la comprensión y profundización del problema de estudio. Sin embargo, hay que enfatizar que ningún enfoque, método o técnica es neutral teórica-

mente al recopilar los datos. Castro y Bronfman señalan que “cada teoría supone una estructura social y un tipo de actor específicos. La manera de estudiarlos —esto es, el método— debe estar en concordancia lógica y teórica con estos supuestos previos” (1995, 57).

El debate sobre la pertinencia de los enfoques cuantitativos y cualitativos en el estudio de la realidad social poco a poco se ha ido superando, y se ha diluido ante el reconocimiento y legitimación de la metodología cualitativa. Dicha discusión entre teóricos, metodólogos y comunidad científica de las ciencias sociales, fue planteada desde distintos ámbitos y posiciones pero las diferencias fueron quedando reducidas cada vez más a los fundamentos epistemológicos de la ciencia que cuestionó la manera de estudiar la realidad, y la construcción del conocimiento científico. En la actualidad, existe un consenso en el que la utilización de cualquier abordaje debe ubicarse en su marco teórico de trasfondo.

Al respecto, los mismos autores sostienen que “a partir del constructivismo social la comparación entre los métodos cuantitativos y los cualitativos no puede plantearse sólo en términos de una disputa en torno al objeto de la ciencia social —patrones colectivos medibles numéricamente de conducta *versus* los significados subjetivos que elaboran los actores—, sino que necesariamente deben recuperar el problema de la generación de conocimientos como práctica socialmente determinada y mediada por el lenguaje” (Castro y Bronfman 1999, 4).

Como bien señala Schutz al referirse a la construcción del sentido común y al pensamiento científico:

Todo nuestro conocimiento del mundo, tanto en el sentido común como en el pensamiento científico, supone construcciones, es decir, conjuntos de abstracciones, generalizaciones, formalizaciones e idealizaciones propias del nivel respectivo de organización de pensamiento. En términos estrictos, *los hechos puros y simples* no existen [...] se trata siempre de hechos interpretados [...] (1995, 36-37).

Sobre todo con esta última frase, Schutz enfatizó lo que muchos autores señalan como el uso acrítico de las metodologías. Bourdieu se

refiere a *la ilusión de la transparencia* en los estudios sociológicos, y considera que la observación de los hechos sociales por sí sola no puede alcanzar la abstracción sociológica. El investigador que se aferra al sentido de una sociología espontánea, sostiene, no rebasa el sentido común científico y elabora un aparente discurso científico. Por ello debe tener una ruptura epistemológica que le permita construir el objeto y las explicaciones más allá de lo evidente en términos empíricos. En palabras del autor:

No basta con que el sociólogo escuche a los sujetos, registre fielmente sus palabras y razones para explicar su conducta y aun las justificaciones que proponen: al hacer esto, corro el riesgo de sustituir lisa y llanamente sus propias preconociones por las preconociones de quienes estudia o por una mezcla falsamente científica y falsamente objetiva de la sociología espontánea del ‘científico’ y de la sociología espontánea de su objeto (Bourdieu, Chamboredon y Passeron 2004, 57).

Durante la investigación se intentó rebasar la posición de la sociología espontánea, construyendo el objeto de estudio desde una perspectiva sociológica rigurosa, entrenando la mirada y realizando un planteamiento continuo de preguntas tipo “por qué” (¿por qué las mujeres son pasivas en la consulta médica?, ¿por qué no preguntan al médico sobre su problema, a pesar de su interés?), cuestionando la información recabada y enlazándola a conceptos teóricos formales (¿existe una violencia simbólica en la relación médico-paciente?, ¿existe una dominación médica?), y descubriendo otros interrogantes que la propia información aportaba (¿qué significa que los médicos no accedan a discutir posibles errores de diagnóstico de otros médicos, a pesar de la queja de las pacientes? ¿existe un encubrimiento solidario como parte de su cultura gremial?).

Así que, como afirma Silverman,

sólo llegamos a mirar las cosas de ciertas maneras porque hemos adoptado, de manera tácita o explícita, algunas maneras de ver.

Esto significa que, en la investigación basada en la observación, la recopilación de datos y la construcción de hipótesis y teorías no son asuntos independientes sino que están entrelazados unos con otros (1994, 43).

Características principales de la metodología cualitativa

Taylor y Bogdan definen como metodología cualitativa la forma de hacer investigación que recoge y produce datos descriptivos; parte de las palabras de las personas, habladas o escritas y registra la conducta observable, es “más que un conjunto de técnicas, es una forma de encarar el mundo” (1992, 20). Por su parte, Silverman (1994, 24-29) hace un breve recuento de distintas caracterizaciones de lo que es la metodología cualitativa, con base en autores como Bryman, Hammersley, Hammersley y Atkinson. Todos coinciden en señalar que la investigación cualitativa se lleva a cabo en los lugares naturales de los sujetos de estudio, tiene un diseño flexible, echa mano de distintas y creativas técnicas en la recopilación de la información, busca los significados que los informantes asignan a sus experiencias y se privilegia un análisis inductivo.

Nuestra investigación busca entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva de los actores, comprender el modo en que ellos/as experimentan el mundo, indagar en su subjetividad; busca la comprensión, según planteó Weber, que investiga el sentido de la acción social, en lo personal de los motivos y creencias que están detrás de las prácticas de la gente. Se trata de conocer y comprender cómo las mujeres que llegan al hospital implementan una serie de estrategias de gestión de recursos, las formas de acercamiento a las instituciones y sus vivencias en ellas, en particular lo que se refiere a problemas de mama y su atención en la consulta médica.

Hay que enfatizar que en tanto existen perspectivas teóricas distintas, también hay abordajes metodológicos diferentes; cada una de las perspectivas estudia problemas diversos y en niveles distintos, en este sentido, Guba y Lincoln (2000) afirman que la investigación cualitativa es un campo muy amplio que de manera trasversal se basa y aporta a dis-

tintas disciplinas, problemas de investigación, métodos y perspectivas epistemológicas; son un conjunto de prácticas interpretativas que no se debe a una determinada teoría o paradigma en particular de manera exclusiva. Pero sus fundamentos se basan en las corrientes interpretativas en el estudio de la sociedad, y es allí donde deben ubicarse sus preceptos básicos; en este sentido, la metodología cualitativa es más que una serie de recetas de cómo recolectar información empírica, es una manera de entender el mundo.

El enfoque metodológico es un constante “ir y venir” de la teoría a los datos empíricos. Podríamos decir que la metodología es un puente que nos permite vincular conceptos y categorías del marco teórico, y los contruidos con base en los datos encontrados, y así transitar de uno al otro y de regreso. La operacionalización es una de las formas de vinculación, es decir, deconstruir-reconstruir las dimensiones que conforman dichos términos. Por ejemplo, ¿cómo el concepto de calidad de la atención se desagrega en varias dimensiones acotadas, según el énfasis de interés de la investigación?

INVESTIGACIÓN EN CAMPO: POBLACIÓN, TIEMPO Y LUGAR DE ESTUDIO

*Población de estudio:*²⁷

Los criterios de inclusión de mujeres para las entrevistas en profundidad fueron, en el primer grupo conformado por siete mujeres: la edad, mayores de 25 años; ser usuarias y pacientes de la consulta externa en ginecología y oncología del hospital en Hermosillo, Sonora y que la autora haya realizado la observación de su consulta; tener un diagnóstico de alguna patología mamaria y estar en condiciones de salud que le permitiera realizar la entrevista y que aceptara participar. El segundo grupo (cuatro) se diferenció del primero por los siguientes criterios: se buscó

²⁷ La descripción de estos grupos se presenta en el capítulo donde se analiza la información de cada uno.

que fueran mujeres pacientes del hospital oncológico, canalizadas de la consulta externa del hospital donde se hizo la observación, que tuvieran un diagnóstico de cáncer de mama y no se haya realizado la observación de su consulta necesariamente.

Los médicos elegidos para las entrevistas semiestructuradas (cuatro) fueron aquéllos que durante el periodo de observación estaban en la consulta externa en ginecología y oncología, y aceptaron participar. Sólo uno de los cinco que ofrecían este tipo de consulta no aceptó realizar la entrevista, aunque al principio lo había hecho. Hay que decir que todos son varones, y esto no fue un criterio de inclusión.

Las enfermeras asistentes (dos) entrevistadas, fueron quienes en el periodo de observación apoyaban a los médicos en la consulta externa de ginecología general y oncología. Además, se entrevistó a la enfermera que realizaba la prueba del Papanicolaou y asistía a los médicos responsables tanto de la consulta como de la clínica de displasias del hospital.

Los médicos directivos medios (cinco) del hospital tenían el nombramiento de coordinadores de programas o subdirectores médicos. Su selección para las entrevistas obedeció a un criterio de conveniencia por el cargo que desempeñaban en el área de ginecología, es decir, fungieron como informantes clave sobre la organización del servicio, su apreciación respecto a la calidad de la atención y el problema del cáncer de mama. Los funcionarios estatales (dos) que participaron eran coordinadores del Programa de Salud Reproductiva y de la Cruzada Nacional por la Calidad de la Atención. Su inclusión se debió a su conocimiento del programa y el impulso sistemático del Estado al mejoramiento de la calidad de la atención y por comprender cómo se relacionaban estos programas con la atención del cáncer de mama en Sonora.

Ya avanzado el trabajo de campo, se decidió incluir a dos coordinadoras del Grupo Reto, A. C. (Rehabilitación Total), para conocer mejor su trabajo. Reto es uno de los apoyos en el estado, destinados a la atención del cáncer de mama. Además, algunas pacientes entrevistadas habían acudido a sus reuniones en el hospital oncológico o recibido algún apoyo en particular.

Tiempo en campo

El trabajo de campo se dividió en tres grandes etapas, algunas más intensas que otras, que transcurrieron de marzo de 2003 a octubre de 2004. De marzo a mayo de 2003 me presenté con el director del hospital e hice la solicitud para trabajar en la institución. Entregué una copia del protocolo de investigación a desarrollar, y una vez aceptada me redirigió con el subdirector médico, quien a su vez recibió una copia. En alrededor de dos semanas se hicieron muchos de los contactos con el personal que sería entrevistado después. También durante este periodo se realizó la observación en las salas de espera y se consiguió el permiso para hacerla en la consulta médica.

Desde principios de junio hasta septiembre del mismo año, se hizo la observación en la consulta externa en los consultorios de ginecología y oncología. Pero hay que aclarar que de forma paralela se iniciaron las entrevistas en profundidad con algunas de las mujeres pacientes contactadas en consulta, estas entrevistas transcurrieron de julio de 2003 hasta finales de septiembre de 2004.

En los últimos tres meses de 2003 se terminó la transcripción de las notas de la observación, se sistematizó en algunos ejercicios de análisis y se continuaron las entrevistas y su transcripción.

Durante el primer trimestre de 2004 se entrevistó a los médicos de la consulta externa en ginecología y oncología, directivos del hospital y funcionarios de los dos programas estatales. Después, se asistió a reuniones del Grupo Reto en el hospital de oncología y se contactó a las mujeres que participaban en él, para realizar las entrevistas y profundizar en cuatro temas; de igual forma, se entrevistó a dos de las coordinadoras del Grupo Reto.

De manera paralela, se revisaron las hojas de consulta de los años 2000 a 2003 en el archivo del hospital, con el objetivo último de compilar datos contextuales sobre el volumen de la consulta en ginecología, los diagnósticos y en particular sobre patología mamaria. Sin embargo, la búsqueda se suspendió porque la tarea consumía demasiado tiempo y lo que se alcanzó a revisar no ofrecía la claridad suficiente. También se buscaron los apoyos otorgados por el hospital a mujeres con cáncer, sobre

lo cual el departamento de trabajo social nos entregó una copia del archivo de 2000 a 2003.

*Descripción del Hospital Infantil del Estado (HIES),
en Hermosillo, Sonora*

El HIES fue construido en 1977 y pertenece al sistema de hospitales de la Secretaría de Salud, dirigido sobre todo a la atención de la población abierta;²⁸ se le clasifica como de segundo y tercer nivel y es un *hospital-escuela*, en convenio con la UNAM, para las especialidades médicas de pediatría y ginecología.

El hospital aún conserva su nombre original, pues desde su fundación hasta 1995 sólo atendía especialidades pediátricas. Pero a partir de este año se reorganizaron los servicios hospitalarios en el estado y el área de ginecobstetricia, que estaban en otros dos, se integraron a los servicios del HIES.²⁹ Su objetivo entonces fue atender niños, adolescentes y mujeres; fue certificado como Hospital Amigo del Niño y la Madre en 1995 y en 1999 como Hospital de Especialidades por la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales del Consejo General de Salubridad. Aunque es un hospital de alta especialidad, se llevan a cabo programas de atención de primer nivel, es decir, consulta general y detección oportuna de cáncer (DOC) y otras enfermedades en la mujer y el Programa del Niño Sano y otros registrados, como Evaluación de la Calidad Médica, Evaluación del Expediente Clínico y el de Auditoría Médica. Hay otros asistenciales, como Padres Participantes (cuidado de niños hospitalizados), Educación y Capacitación a Usuarios y Educación y Capacitación a Embarazadas.

28 La que no cuenta con algún servicio de salud de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora, ISSSTESON, Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR).

29 Cuando se realizó esta investigación no existían todavía las nuevas instalaciones del área de ginecobstetricia del HIES, sólo eran un plan. A finales de septiembre de 2005 se inauguró el Hospital Integral de la Mujer (HIMES), a un lado del HIES y se reorganizaron por completo las áreas.

Los servicios de atención ginecosbtrtica son los de ginecología, obstetricia, urología ginecológica, esterilidad, medicina interna, cirugía general y oncológica. Los servicios del HIES cuentan con clínicas de displasias, detección oportuna de cáncer (de cérvix y de mama), planificación familiar, lactancia materna, biología de la reproducción, embarazo de alto riesgo, diabetes en la embarazada, urología ginecológica y VIH-sida y embarazo. En estos servicios atienden 42 médicos (37 de base), pero sólo alrededor de diez están en la consulta externa; 20 residentes y 116 enfermeras (105 de base). Cuenta con 174 camas censables, 42 en ginecobstetricia (16 no censables en la misma área), donde se atienden a las mujeres parturientas y con otros problemas ginecológicos.

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Schatzman y Strauss, en un estudio sobre las diferentes formas de organización de la experiencia, expresadas a través de la entrevista entre un grupo popular y otro de la clase media, reconocieron que éste mantiene un mayor control de la comunicación debido a su posición social y educativa, así como a su capacidad de expresar las ideas con más herramientas lingüísticas (citado en Bourdieu, Chamboredon y Passeron 2004, 243). No entender la especificidad de estas características dejaría pasar información relevante para las investigaciones donde el instrumento principal es la entrevista, en cualquiera de sus modalidades; los autores, retomando las explicaciones de Schatzman y Strauss, señalan los alcances de la ilusión de la neutralidad de las técnicas y enfatizan la necesidad de explicitar desde dónde se esta mirando, preguntando, entendiendo e interpretando la acción social.

Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2004, 61) se refieren a que la falsa neutralidad de las técnicas lleva a la ilusión de considerar que las operaciones “axiológicamente neutras” son también “epistemológicamente neutras”, lo cual limita la crítica del trabajo sociológico, casi siempre fácil y estéril y lo aísla de sus supuestos ideológicos y valores últimos. A partir de estos preceptos, las técnicas elegidas obedecieron al

tipo de problema de investigación y a su objetivo de recuperar en viva voz de los actores involucrados, las descripciones de experiencias, percepciones y significados que de otra manera hubiera sido más difícil abordarlas. Con estas notas quiero enfatizar que la tarea de construcción sociológica del objeto de estudio se convirtió en una de las principales tareas en la investigación. La acotación del tema comenzó con preguntas generales de investigación y un amplio conjunto de otras específicas que llegaron a convertirse en teóricas más elaboradas; retomo palabras de Bourdieu, al referirse a la construcción del objeto de estudio en la sociología y antropología, y que expresa de manera cercana mi apreciación del proceso:

no es algo que se lleva a cabo de una vez por todas, mediante una suerte de acto teórico inaugural, y el programa de análisis u observaciones a través del cual se efectúa dicha construcción, no es un plan elaborado de antemano... se trata de un trabajo de larga duración, que se realiza poco a poco, mediante retoques sucesivos y toda una serie de correcciones y rectificaciones dictadas por lo que llamamos la experiencia [...] este conjunto de principios prácticos que orientan las elecciones mínimas, y sin embargo, decisivas (Bourdieu y Wacquant 1995, 169).

Enseguida se describen los alcances en la recopilación de las técnicas empleadas y posteriormente se da una breve explicación de cada una de ellas:

- La *observación no participante en salas de espera* permitió conocer las trayectorias de gestión de la atención, además ver de cerca las dinámicas en los espacios institucionales, observar los caminos y gestiones de atención de las mujeres al acudir a los servicios. Una pregunta que surgió en estas semanas fue por qué entre las mujeres usuarias y pacientes se realizaban distintas trayectorias y actividades, siendo las mismas reglas institucionales y procedimientos administrativos para todas.

- *Observación no participante en la consulta médica ginecológica* (estudio de sombra). Esto permitió conocer de primera mano la interacción que se establece entre el médico y la paciente, los comportamientos de ambos, la estructura de la consulta médica y sus dinámicas, las prácticas de atención y quiénes intervienen. Pero también se conoció de primera mano la función docente que representa el espacio de la consulta, al estar siempre el médico titular y el residente de la especialidad de ginecología.
- *Entrevista en profundidad* se realizó a mujeres pacientes, lo que nos permitió conocer con detalle su experiencia en el proceso de atención y la percepción sobre la atención recibida y en general sobre el uso de los servicios; también permitió conocer sus condiciones de vida, su familia y otros aspectos biográficos, como experiencias pasadas en los propios servicios de salud.
- *Entrevista semiestructurada* a prestadores del hospital y funcionarios estatales. Permitted conocer cómo se lleva a cabo la atención desde su experiencia como médicos, enfermeras o directivos medios del área de ginecología, así como su percepción de la calidad de la atención en el servicio; aunque se aplicó generalmente la guía de entrevista, ésta contuvo preguntas abiertas que permitieron profundizar en temas de interés y que fueron enfatizados por los informantes.
- Revisión y análisis de la *documentación normativa, planes y programas*.
- Revisión y análisis de la *bibliografía relativa al tema*.

La observación

La observación es una de las técnicas por excelencia de la investigación cualitativa, sin embargo, son pocas las obras de metodología de la investigación social que definen de manera formal y explícita la modalidad

de la *observación no participante*; lo contrario es que muchas se refieren detalladamente a la observación participante. Esto tiene que ver con la posición teórica de que el/la investigador/a, con el solo hecho de estar presente en la escena, situación o espacio, ya tiene un papel participativo que “introduce cierta perturbación en la escena” (Schatzman y Strauss 1973, 58). Para estos autores la observación no participante sería sólo el momento inicial en la entrada a campo, cuando el observador apenas se va involucrando en la situación, a lo que llaman “observación pasiva”, la cual no puede mantenerse de manera indefinida y en cualquier situación, “si el observador está tomando nota, los anfitriones se preguntarán lo que realmente estará anotando, qué se estará diciendo de su persona” (Ibid., 59). Para estos autores, la observación es una cuestión de grados de participación, menos activa, más activa.

La relativa pasividad de este tipo de observación “no quita que ella sea consciente, dirigida y ordenada hacia la finalidad propuesta” (Ander-Egg 1995, 203). Sin embargo, nuestro afán de calificar la observación llevada a cabo en la consulta médica y en las salas de espera del hospital, como no participante, enfatiza que nuestro papel minimizó al máximo una participación activa en el escenario.

Observación en salas de espera (OSE)

Realicé la observación no participante en salas de espera en la fase inicial de mi entrada a campo. Durante las horas de observación hice contacto y entablé charlas informales con mujeres usuarias y pacientes de los servicios sobre cómo llegar a la consulta con el médico especialista u otro servicio, empezando desde la obtención de una ficha, por qué decidió acudir a ese hospital, el lugar de donde provenía y sobre su problema de salud (si es que había alguno, pues las usuarias que acudían a hacerse la prueba del Papanicolaou no necesariamente llevaban un diagnóstico de enfermedad). La charla giró también en mayor o menor medida sobre asuntos generales como el clima, su familia e hijos.

Las preguntas estuvieron orientadas para conocer las distintas maneras de conseguir la consulta con el especialista. A algunas de ellas sí

les expliqué de forma breve qué estaba haciendo (un estudio sobre el cuidado de las mujeres y el servicio de salud), sólo algunas preguntaron más de lo que yo estaba informando; en general, las mujeres no lo hicieron y me tomaron como una mujer más de las que llegaban al servicio.

Este acercamiento fue importante más allá del inicio sistemático de indagación, pues contribuyó a reconocer al personal, sus miradas, su trato y apoyo, así como los espacios físicos donde continuaría trabajando. También fue la oportunidad de presentarme con una parte del personal, como con la recepcionista de la sala 1; después de hablar con ella sobre lo que yo hacía allí, ella me dijo que me señalaría a las mujeres con alguna patología mamaria que estaban solicitando una cita para consulta, así tuve la oportunidad de hablar de este tema con algunas mujeres de manera informal.

Para la observación en las salas de espera (SE) fui elaborando una guía con temas, que a medida que iba conociendo mejor las rutinas de atención, me permitieron dirigir la mirada a aspectos no incorporados al principio. Enseguida hago una breve descripción sobre objetivos y actividades en cada una de las tres salas:

SE1: es la puerta de entrada al hospital y hay una ventanilla única para los diferentes servicios; las mujeres de nuestro interés allí inician su gestión, solicitan una cita con un médico especialista o la prueba del Papanicolaou. Para el primer caso, en esta sala se cuenta con dos consultorios generalmente atendidos por residentes de primer y segundo año (R1 y R2); constituye lo que llaman preconsulta. Ésta representa el primer contacto médico de las mujeres en la institución y es el principio del proceso de atención para muchas de ellas. En este encuentro, las mujeres son autorizadas a continuar dicho proceso hasta llegar con el especialista; el residente le indicará a qué área de las especialidades en ginecología debe pasar a hacer cita, según su problema (ginecología general, obstetricia, urología o medicina interna), aunque muchas veces ellas deben acudir antes a la consulta de primera vez, que también es atendida por residentes de la especialidad, aunque de grados más avanzados.

Para el segundo caso, allí se solicitan también las fichas para pasar al consultorio de toma del Papanicolaou y exploración mamaria. En el caso de estas mujeres no es necesario que pasen a la preconsulta y ellas se van directo al consultorio. También es el espacio donde familiares esperan noticias de las mujeres hospitalizadas por distintos motivos.

Si uno permanece un tiempo frente a ventanilla, apenas atrás de las mujeres que solicitan algún servicio, se entera cuál es la solicitud o el problema de salud por el que están pidiendo la atención, pues la recepcionista siempre pregunta por qué está ahí, a lo que ellas casi siempre contestan con el mismo volumen de voz, aunque muchas de manera cortante. Durante este tiempo me pregunté si a las mujeres les daba pena contestar y si la secretaria no caía en cuenta de que podía estar avergonzando a las pacientes.

SE2: el motivo por el que las mujeres llegan a esta sala puede ser la prueba del Papanicolaou, atención de displasias o consulta en planificación familiar, pues es un consultorio que se comparte por turnos durante la mañana para estos tres tipos de atención. Todos tienen un médico adscrito diferente, aunque apoyados por la misma enfermera. Abarqué los tres horarios, así que tuve oportunidad de conocer mejor la organización y escuchar a las mujeres sobre sus motivos de consulta, aunque mi interés se refería al primer servicio.

SE3: área de consulta externa de la especialidad en ginecología. La mayoría de las mujeres que esperaban tenían algún diagnóstico de enfermedad o acudían a control prenatal. Ellas tenían cita en cualquiera de los cuatro consultorios, con los médicos de cada día, ya fuera ginecólogo general o en obstetricia, internista, oncólogo o urólogo.

La información de la observación en campo se registró cada día en dos diarios:

- Diario de campo 1:
Registro diario de actividades: las charlas informales; el proceso de entrada a campo y de la observación en salas de espera

- Diario de campo 2:
Registro de la observación en consulta médica

Ambos fueron transcritos en la computadora, en el programa Word, que junto con las entrevistas, sumaron un aproximado de mil trescientas cuartillas. Leer estos materiales de atrás hacia adelante y viceversa, permitió aclarar dudas e identificar consistencias e inconsistencias en las narraciones y prácticas de las mujeres y los prestadores.

*Observación no participante (estudio de sombra)
en la consulta médica*

La observación en la consulta médica externa fue una decisión que no se tomó desde el principio de la entrada a campo, sin embargo, conforme se fueron escuchando las narrativas de las mujeres contactadas en las salas de espera, se concluyó que era central para la investigación escuchar el diálogo y observar la interacción entre médico y paciente, sobre todo para conocer de primera mano cómo se establecía, la manera en que mujeres y médicos se relacionaban, cómo ellos daban la información, cómo organizaban la consulta, cómo era el espacio, si había interrupciones o no, de quiénes y por qué, sobre la participación de la enfermera asistente, el desenvolvimiento de la paciente, si hacía o no preguntas y si éstas eran contestadas y cómo y en general cómo era el desempeño de los médicos y los/las residentes.

Dicha estrategia significó hacer la observación de las jornadas completas de los médicos, por motivos de consulta en ginecología y oncología ginecológica general y no sólo estar presente en las consultas que tuvieran por motivo de algún problema mamario. Esto enriqueció el registro y el análisis sobre la relación médico-paciente y las prácticas en la atención de las mujeres, así como la importante función docente que representa la consulta médica en la formación de nuevos especialistas. Hay que recordar que se trata de un hospital-escuela.

Durante la investigación se hizo observación en consultas de primera vez (atendidas por los R2), de algunas de obstetricia (control prenatal)

atendidas por R3 y R4, pero la mayor parte del tiempo estuve en la consulta externa especializada en ginecología general que preside el médico titular y un R2 o R3, así como en la de oncología, encabezada por el titular y un R4, pues son los espacios donde se da la consulta para la atención de problemas mamarios.

Mi entrada al hospital fue autorizada en un primer momento por su director, sin embargo el permiso para realizar la observación en consulta se autorizó por el comité académico de los médicos, mediante solicitud por escrito, a través de uno de los subdirectores, pero además, en lo particular hice la solicitud a cada uno de los médicos, aclarando, por un lado, su facultad de decir que no y por otro, la autorización institucional que ya se tenía, y explicando en qué consistía el estudio en términos generales y cuál sería mi papel exacto dentro de la consulta. Cabe decir que todos aceptaron, aunque los primeros días se observó que tanto ellos (titular y residente) como yo, pasamos un breve tiempo de adaptación mutua. Salas, al comentar sobre la técnica, llama a esto la “actuación inicial, hasta que terminan por relajarse al ver una presencia no amenazante para ellos”, lo que implica estar atentas como investigadoras, matizar lo registrado y dedicar más tiempo a reconocer rutinas y prácticas.³⁰

Estuve presente en dos de los consultorios, donde se ofrecía consulta ginecológica general, pues a éstos son canalizadas las pacientes con problemas mamarios; cabe mencionar que no hice la observación en atención prenatal, medicina interna o urología, sino en la consulta de primera vez, pero ésta se mantuvo sólo algunos días y sirvió para terminar de entender la organización y la conveniencia de quedarme en la consulta externa de ginecología general y oncología, presidida por el médico titular y el residente.

Mi presencia en consulta fue estrictamente de observadora (también llamado estudio de sombra), pues no entablé ninguna conversación con los médicos, ni con las pacientes, no intervine o apoyé alguna actividad en particular, ni me dirigí en ningún momento a las enfermeras asistentes durante las horas de consulta. Sólo entraba junto con el médico al iniciar

³⁰ Comunicación personal con Monserrat Salas V., antropóloga médica (2004).

su turno, y me quedaba sentada en un ángulo que me permitía ver de perfil y un poco desde atrás a los médicos, y tres cuartos de frente a las pacientes, con la libreta de registro, para tomar notas con discreción.

La estructura de la consulta médica es la forma en la que se organizan las prácticas de atención que se llevan a cabo en la interacción médico-paciente y donde se pueden observar los papeles de cada uno de los actores, así que de una guía general de observación, se pasó a una mucho más detallada a los pocos días.

La entrevista cualitativa: en profundidad y semiestructurada

La entrevista, al igual que la observación, es una de las técnicas por excelencia de la metodología cualitativa y responde a gran parte de los preceptos teóricos del enfoque cualitativista. Se define como un evento de intercambio de información verbal entre el entrevistador(a) y el entrevistado(a), donde los/las primeros(as) tiene-hacen las preguntas y el/la segundo(a) tiene-hace las respuestas.

La metodología cualitativa se ha usado desde hace siglos, en especial por la antropología. Sin embargo, adoptó su nombre a partir de este siglo con los trabajos de la Escuela de Chicago, que popularizó sus estudios con técnicas como la observación, las entrevistas cualitativas, las historias de vida y el análisis de documentos personales.

El reconocimiento del lenguaje como vía de expresión de la experiencia de vida, información de la subjetividad y aspectos íntimos, así como de su relación dialéctica en la construcción de la realidad social es enfatizada y teorizada por la corriente del constructivismo social (Berger y Luckmann 2001). El discurso, verbalizado en la interacción de la entrevista, es una relación (entrevistada y quien entrevista) distinta a la que se llega a establecer en la aplicación de un cuestionario cerrado como parte de la encuesta, que permite tener acceso a datos que no se puede obtener mediante otras técnicas o métodos cuantitativos. Por ello, la información recabada de viva voz de las mujeres pacientes sobre sus experiencias, percepción y elementos de su subjetividad, expresan además de las palabras, sus posiciones determinadas por su biografía, según Schutz (1995, 44).

El término de entrevista en profundidad se utiliza para designar una serie bastante heterogénea de clases de entrevistas que se diferencian entre sí, al menos, en tres características: la entrevista en profundidad personal a un *solo individuo*, que se distingue de las entrevistas en profundidad a grupos enteros, qué tan *dirigida* es, que va desde que el actor toma la iniciativa de la conversación hasta aquella en la que el entrevistador sigue un esquema fijo de preguntas en cuanto a orden, contenido y formulación de las mismas: “[...] la entrevista concibe [...] al actor social como una persona que construye sentidos y significados de la realidad ambiental. Con ellos, entiende, interpreta y maneja la realidad a través de un marco complejo de creencias y valores, desarrollado por él, para categorizar, explicar y predecir los sucesos del mundo” (Ruíz O. 1989, 128). La entrevista en profundidad puede plantearse en forma holística, pero también puede ceñirse a *un solo acto*, experiencia o significado social.

Por su parte, Taylor y Bogdan definen la entrevista en profundidad como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias y situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (1992, 101). Los autores resumen que hay tres tipos de entrevistas en profundidad: la de historia de vida o autobiográfica, la que se dirige a la recopilación y al aprendizaje de acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente y las que tienen la finalidad de proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas. Sobre todo las dos últimas modalidades se llevaron a cabo en el estudio.

La entrevista en profundidad es un proceso específico del trabajo de campo, que permite generar narraciones enfocadas en ciertas preguntas de investigación, se caracteriza por ser holística, personal e íntima por la relación que se establece entre el/la entrevistador/a, enfatiza el detalle, la profundidad, los matices de la narración, al igual que la confirmación de los datos. Se caracteriza por usar preguntas verbales abiertas que generan narraciones orientadas en torno a casos o historias.

Se realizaron 11 entrevistas en profundidad a mujeres pacientes, que constaron de una a cuatro sesiones. Siete de ellas fueron seleccionadas

en la consulta externa del HIES, durante la observación de su interacción con el médico. Cuatro más fueron contactadas a través del Grupo Reto, que ofrece apoyo a mujeres con cáncer de mama y realiza sus reuniones en un hospital de tercer nivel, especializado en atención oncológica (también perteneciente al sistema de hospitales de la Secretaría de Salud). Sobre todo, fue con estas últimas entrevistadas que se focalizó y profundizó en algunos temas, ya identificados en el resto, pero de éstas no hubo observación de su consulta.

Para las entrevistas en profundidad, se elaboró una guía temática; herramienta que además de aportar seguridad al investigador/a, al tener presentes los temas que debían plantearse a la informante; es una guía en permanente adecuación ante las habilidades de expresión de quien responde. Sobre esto hay que decir que el diseño flexible de la guía es una de las características principales de la entrevista en profundidad, que asegura reconocer e incorporar en la conversación la expresión cultural del informante.

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con prestadores y funcionarios que fueron cualitativas en términos de seguir pistas durante la conversación, y que permitieron incluir preguntas abiertas según el énfasis del informante, pero no en profundidad, pues la indagación fue mucho más acotada a la guía elaborada para ellos y, a excepción de una, todas fueron de una sola sesión, con duración de una y media a dos horas; de las 25 entrevistas, sólo cinco no fueron grabadas y transcritas literalmente.

Enseguida se hace un recuento del trabajo de campo y las diferentes técnicas de investigación utilizadas, a manera de resumen:

Observación no participante en salas de espera

SE1: área de urgencia, admisión para hospitalización y entrega de fichas para reconsulta y prueba del Papanicolaou.

SE2: consultorio donde se realiza la prueba del Papanicolaou y la exploración mamaria. En el mismo consultorio se ubican la clínica de displasias y el servicio de planificación familiar.

SE3: área de espera de consulta externa en ginecología general y oncología.

Observación no participante en la consulta médica	
Turnos (de dos horas cada uno)	35
Consultas en Ginecología	135
Consultas en Oncología	87
Total consultas	223

Entrevistas	
• En profundidad a mujeres pacientes	11
• Semiestructuradas a médicos	4
enfermeras	3
directivos del hospital	4
funcionarios estatales	2
representantes de grupo de apoyo	2
Total entrevistas semiestructuradas	15

ANÁLISIS DEDUCTIVO-INDUCTIVO: EL COMPLEJO CAMINO DE LA INTERPRETACIÓN

El objetivo de describir de manera sistemática cómo se llevó a cabo el análisis refleja mi posicionamiento teórico, enlazado al método de análisis aplicado. Por lo general, la llamada cocina del análisis cualitativo queda tras bastidores en la mayoría de los estudios, quizás bajo el argumento de hacer uso de la flexibilidad que ofrece la metodología cualitativa; por otro lado, la premisa de explicitar las decisiones metodológicas se limita a indicar las técnicas, quiénes fueron los sujetos, el lugar de estudio y los resultados, pero no las decisiones particulares y la adaptación de éstas para atender las necesidades en busca de cumplir los objetivos, lo cual finalmente aporta al rigor.

Estamos separando distintas actividades o tareas del análisis con el objetivo de que la exposición sea más ilustrativa, pero me interesa enfatizar que no se presentan en esta secuencia. Muchas de las veces fue un “ir y venir” entre campo-datos-campo-datos, entre teoría y metodología, así como entre teoría y empiria.

Tanto la observación como las entrevistas arrojaron un cúmulo de información muy amplio, y como suele suceder, se hace énfasis en la relevante, es decir, se recorta la producción. Schatzman y Strauss (1973, 54) señalan que siempre se reunirá mucho más de lo que puede analizarse en un primer momento, debido a que no se puede pasar por alto cualquier cosa, según el precepto de que dicha información puede estar indicando alguna futura respuesta a los porqués de la investigación. Por otro lado, desde el inicio de la entrada a campo, la mirada se va “entrenando”, se va focalizando sobre las pistas y expresiones de lo que quiere conocerse. En lo particular, este proceso se vivió yendo de menos a más, de lo superficial a lo profundo y de la descripción a una mayor interpretación.

El análisis cualitativo apoya el reconocimiento de las prácticas microsociales, que permite construir las explicaciones identificando las dimensiones que influyen y generan las situaciones y efectos. Miles y Huberman (1994) señalan que el análisis de corte cualitativo es capaz de identificar mecanismos que van más allá de la mera asociación y permite pasar de una etapa a otra, ya sea hacia atrás o adelante, entre variables y procesos, para reconocer la complejidad de lo que se estudia y profundizar en los procesos sociales.

El objetivo final de los estudios cualitativos es describir y explicar un patrón de relaciones (en un espectro de niveles de abstracción), cosa que puede hacerse sólo con una serie de categorías analíticas especificadas conceptualmente, es decir, en forma deductiva o nos aproximemos a ellas de una manera gradual, inductiva; ambos caminos son legítimos y eficaces (Huberman y Miles, 2000). Una de las estrategias útiles es reconocer los *conceptos sensibilizadores* que ofrecen los datos empíricos al investigador, según señala Blumer:

un sentido general de referencia y orientación en el enfoque de casos empíricos [...] indican simplemente la dirección en la que hay que concentrar la atención [...] proporcionan indicios y sugerencias. Si el mundo empírico se presenta en forma de acontecimientos y situaciones especiales y distintivos, y si se pretende determinar, a través

del estudio directo de ese mundo [...] se está obligado a trabajar con conceptos sensibilizadores (1982, 113-114).

Es decir, a diferencia de los conceptos definitivos elegidos a priori como herramientas de búsqueda, y que proporcionan prescripciones de lo que ha de examinarse.

Durante la investigación se trabajó con conceptos que fueron apareciendo, por ejemplo la acotación de la violación de derechos en la atención a la salud. Este fue desagregado, recompuesto y delimitado a la violación del derecho a la información, del respeto a la privacidad, a la dignidad y a la intimidad de las pacientes en la consulta médica. Dichos conceptos llevaron a otro planteado formalmente: el de violencia simbólica.

“Ir más allá de los datos” significa que el análisis de la información empírica rebasa la mera descripción sistemática de los hechos, situaciones o historias escuchadas; significa que hay un proceso de interpretación desde un marco teórico-metodológico, donde, con base en los propios datos, se hacen asociaciones entre los conceptos y éstos, o bien, se acuñan otros que se expresan en la información y se reconstruyen relaciones entre las dimensiones y los datos y su contexto.

Se aplicaron estrategias de análisis deductivo e inductivo; se reconocieron los grandes temas y su relación con algunos conceptos, hasta escudriñar desde los propios datos específicos y particulares, y empezar a indagar qué estaría pasando detrás de las situaciones descritas. Con base en éstas, se formularon supuestos de trabajo que guiaron la pesquisa, que en un sentido amplio hipotetizaron algunas respuestas. Se trataba de dar sentido a lo que se estaba conociendo, y se analizaron según las distintas miradas de los actores y según varias direcciones posibles.

El análisis “en fino”, tiene el objetivo de generar y contrastar conceptos y teoría con base en el estudio de casos particulares, y no solamente aplicar conceptos elegidos a priori; Znaniecki (citado por Taylor y Bogdan 1992, 156) se refirió a esta estrategia de análisis como la inducción analítica. El autor planteó que esta era la forma de construir desde lo particular, elaborar hipótesis y planteamientos generales, incluyendo al aná-

lisis de casos negativos que reforzaran las propuestas. Se retoma de dicha estrategia, partir de lo particular a lo general, no en términos de una generalización, sino de una abstracción que permite confrontar proposiciones teóricas sobre la naturaleza de la vida social. En una perspectiva inductiva, el análisis no se realiza sobre la base de la estructuración de conceptos y proposiciones generales, sino desde la formulación repetida, constante y paralela de preguntas a partir del sentido dado a una situación concreta. En la investigación se plantearon algunas hipótesis o supuestos de trabajo, entendidos como respuestas preliminares que guiaron la pesquisa en profundidad y dirigieron la mirada a nudos temáticos o la priorización de asuntos y mantuvieron la apertura hacia el descubrimiento y seguimiento de pistas, que se resumen a continuación: a) la percepción y definición de la calidad de la atención es diferente entre los actores de la atención a la salud, mismas que son permeadas por las relaciones de poder entre prestador-usuaria, entre prestador-institución y entre institución-usuarias; b) los prestadores consideran que no tienen capacidad de cambio o resolución de limitantes institucionales, para mejorar la calidad de la atención; c) los médicos se consideran ajenos a prácticas de violación de derechos en la atención a las mujeres; d) el reconocimiento social y estatal de los lineamientos para el mejoramiento de la calidad no ha sido un proceso amplio y homogéneo en los servicios y en la cotidianidad de la atención y e) las mujeres pacientes no reconocen en la atención médica prácticas y rutinas violatorias de sus derechos, a pesar de señalar algunas inconformidades.

Por ello, el análisis fue una tarea permanente en todo el proceso investigativo, en etapas más o menos intensas. Desde la entrada a campo hasta la terminación de la observación y las entrevistas, las preguntas de investigación fueron revisadas; se elaboraron una serie de descripciones detalladas, se organizaron casos (por prestador médico, por paciente), matrices temáticas de datos, rastreo de expresiones sobre asuntos específicos, todo lo cual permitió la organización de grandes y particulares ejes de análisis, que después estructuraron la presentación. El análisis fue realizado de manera artesanal, es decir, no se usó ninguno de los programas computacionales existentes para apoyar la organización del

material de campo. El estilo se basa en el uso permanente de los testimonios de los entrevistados y de la observación; su contenido aporta frases y descripciones ilustrativas, que en pocas ocasiones se utilizaron para abordar dos asuntos distintos.

La elaboración de hipótesis, la recopilación y el análisis inductivo de la información se realiza como un proceso de abstracción gradual, recurriendo a textos científicos pertinentes, en particular los que utilizan una propuesta inductiva similar para proveer conceptos útiles y ayudar en la comprensión del problema.

El esfuerzo de dar sentido a los datos, en palabras de Coffey y Atkinson (2003), permite al investigador reconocer los alcances y las limitaciones de la información, así como las ausencias, consistencias e inconsistencias, que facilitan redirigir la mirada y focalizar las preguntas. El análisis de lo dicho, los discursos en las narrativas de los informantes y las prácticas observadas se hizo al mismo tiempo, partiendo de la premisa de que ambos pertenecen al plano de la producción de significados y que se influyen el uno al otro, como un reflejo de su subjetividad y pertenencia a un contexto sociocultural y profesional. Por ejemplo, cuando se identificó una circularidad en el discurso de los prestadores.

Diario analítico

Este recurso fue un apoyo importante para la reflexión cotidiana en el proceso de investigación, fuera de las descripciones en campo. Sistemáticamente se registraron dudas, preguntas y cuestionamientos teóricos, diagramas, esquemas, mapas conceptuales y tareas a realizar relacionadas, por ejemplo la búsqueda de algún concepto; se fueron registrando una serie de *insights* que guiaron búsquedas específicas. En el diario analítico se anotó la observación del proceso de construcción de las relaciones de la investigadora con los/las informantes, preocupaciones y algunas notas de interpretación. La utilidad de este registro redundó en el establecimiento de algunos ejes de análisis y apoyó el análisis relacional, así como también el planteamiento de hipótesis que guiaron la pesquisa inmediata.

EXPERIENCIA DE CAMPO: RELACIÓN INVESTIGADORA-INFORMANTES

Las relaciones sociales establecidas a través de una situación metodológica implican a la persona como una obligación de humanidad que contrarresta cualquier exigencia de asepsia metodológica.

VELASCO Y DÍAZ DE RADA (1997, 23).

Dentro de la tradición cualitativa, existe la premisa de cuidar las relaciones establecidas con los informantes, procurar un alto sentido ético no intrusivo y no forzar la participación, sino al contrario, ofrecer un margen de libertad amplio a los informantes para desistir de su aceptación de participar en la investigación en cualquier momento y sin ningún condicionamiento.

En el uso de las técnicas cualitativas, se está consciente de la dimensión ética que debe observarse en la relación entrevistador/a-entrevistado/a. A pesar de que existen temas que por su peligrosidad han permitido estudios con investigadores de incógnito, éstos representan apenas una parte mínima, pero para la gran mayoría deben observarse preceptos éticos en la explicación del consentimiento informado, la confidencialidad y protección de los informantes a las que se compromete el/la investigador/a (Crabtree, Miller y Addison 1994).

Consentimiento de los informantes

A todas/os las/los informantes que fueron entrevistados para la investigación se les hizo explícita la confidencialidad de los datos, así como la aclaración de que ellos podían decidir en qué momento detener la entrevista, qué preguntas contestar o cuándo parar la grabación. Sin embargo, tal acuerdo se llevó de manera distinta entre los dos grupos de informantes. Al de los prestadores (incluidos médicos, enfermeras, directivos del hospital y funcionarios) se les explicó de manera verbal las condiciones y la responsabilidad de la investigadora, sin embargo no

se les entregó constancia en papel, pero tampoco ninguno la pidió. Todos se guiaron por el hecho de que el hospital contaba ya con la carta de solicitud formal y había sido autorizada mi entrada a la institución y a los consultorios, y la entrevista formaba parte de este permiso. A excepción de uno de los médicos observados en consulta, todos aceptaron realizar la entrevista de buen agrado, aunque uno mostró prisa por terminarla.

Al grupo de mujeres pacientes sí se le entregó una carta de consentimiento de entrevista, ellas firmaron una copia y se quedaron con la original con mi firma. El objetivo de este proceder fue darle mayor peso al compromiso de la investigadora, responsable de respetar la confidencialidad y su disposición de tiempo, y como una manera de hacerles sentir que podían parar en cualquier momento. Además, dicha carta contenía un agradecimiento, todos los datos de respaldo institucional de la investigación y los particulares de la responsable. Sin embargo, hay que aclarar que todas ya habían aceptado hacer la entrevista en su domicilio después de ser contactadas. A quienes se abordó a la salida de la consulta, se les explicó por qué no se les había pedido permiso para estar de observadora ahí, asunto que en todos los casos fue reiterado al inicio de la entrevista en su domicilio. Llama la atención que ninguna preguntó dentro de la consulta quién era o qué hacía yo allí; asumí que las pacientes están de cierta forma acostumbradas a que haya otro personal en el consultorio, además del médico que la atiende, el residente o la enfermera. Durante la entrevista una de ellas comentó “me imaginé que no eras doctora porque ni bata traes”.

Esta situación se vincula con lo que algunos autores han calificado como una relación de poder entre el investigador y los sujetos de estudio (Velasco y Díaz de Rada 1997; Figueroa 1996; Bourdieu 2001, 2004; Foucault 1997a, 2001), cuando a estos últimos se les identifica en una desventaja social, económica o de cualquier otra índole, y que es reconocida en esta relación. A diferencia de los médicos y profesionales que colaboraron con la investigadora, en términos más igualitarios por el nivel educativo y por contar con el aval de su propia institución, las mujeres no indagaron sobre los objetivos del trabajo, ni la cobertura institucional. Quizás la forma en que me conocieron en el espacio de la

institución haya sido una carta de presentación importante para ellas, aunque considero una ventaja que las mujeres, al dárseles voz y prestarles escucha, no tuvieron demasiadas resistencias para dialogar sobre el problema de salud que en ese momento vivían.

Mi presencia en el consultorio fue autorizada por la institución y los médicos, pero no por las pacientes, a ellas no se les solicitó dicho permiso suponiendo de antemano que no se opondrían; a pesar de justificarse en términos logísticos, en algún momento se reflexionó hasta dónde suponía una falta de respeto. Por último, se tomó la decisión de aclarar a la paciente, ya fuera del consultorio y en el contacto inicial para la posible entrevista, por qué se había hecho así, como una manera de resarcir esa falta. El argumento para esto fue que ya iniciada la consulta, las pacientes entran y salen continuamente, y no era posible, en términos prácticos y pertinentes, solicitar el permiso cada vez, pues se obstaculizaba el flujo y la organización de la consulta. Tampoco se les podía haber pedido el permiso en las salas de espera, pues desde allí no se sabía quién entraría al consultorio donde se haría la observación. Hay que recordar que es una sala de espera para los cuatro consultorios del área y el banco de sangre vecino.

Ninguna de las mujeres se quejó de la intromisión y tampoco tomó muy en cuenta el gesto de entregar un papel firmado para aceptar la participación, y a excepción de una de ellas, las demás no pusieron reparos para que la investigadora regresara a una nueva sesión de entrevista.

Uno de los “tropiezos” en la construcción de la relación fue aparecer como una investigadora despistada al preguntar cosas en apariencia obvias. Muchas veces ocurrió que las entrevistadas suponían que yo estaba entendiendo todo conforme ellas trataban de expresar sus ideas en sus narrativas; o bien suponían que con expresiones como: “usted sabe”, “ya ve como son los doctores”, (¿cómo considera la atención?) ”bien, normal”, yo compartía con ellas sus códigos de definición, o bien suponían que conocía el servicio e incluso, si había estado en sus consultas, entonces debía entender lo que ellas querían expresar.

Algunas veces observé en sus expresiones que no entendían por qué preguntaba cosas “obvias”. Aunque no fue una situación recurrente,

hubo varios momentos en los que me sentí un tanto incómoda de preguntar, conociendo casi de antemano la respuesta. La disyuntiva aparecía ante la decisión de seguir un temario a explorar o profundizar, tratando de ser “rigurosa” y científica o dejar que la entrevistada siguiera sus intereses.

No profundicé en las diferencias existentes entre las entrevistadas respecto a sus posiciones socioeconómicas o educativas, características presentes en sus narrativas, pero puedo asegurar que, guardando la distancia entre ellas, fueron emergiendo datos comunes, rasgos que reflejaban su pertenencia al mismo grupo de mujeres pacientes con un problema de salud similar, que acudían a un hospital público. Entre ellos, por ejemplo: recibir una atención similar en la misma institución, haber adoptado estrategias comunes de gestión, tener condiciones familiares afines, además de compartir la experiencia de vida de sufrir un problema de salud similar y en el mismo órgano.

Hubo otro momento un tanto incómodo durante la observación en consulta, pues algunas pacientes me sonreían al tiempo que expresaban al médico algo sobre sus cuidados o sus molestias. Se dirigían a mí dando la impresión de querer compartir su sentimiento de pena, miedo, malestar o buscando apoyo a sus comentarios, en una situación en la que pretendía pasar inadvertida (sentada en una esquina, sin hablar y apenas mirando con discreción), me mostraba fuera por completo de la interacción entre los médicos y ella. En esas ocasiones esboqué una sonrisa por un segundo y desvié la mirada.

Respecto a los médicos, las entrevistas transcurrieron de manera fluida, quizá por el hecho de seguir un guión estructurado y porque las preguntas no aludían a aspectos personales, más allá de su experiencia en la institución. Mi relación con otros prestadores (directivos y funcionarios) fue profesional, respetuosa y cordial, pero sin rebasar esta frontera. Es difícil asegurar que hubo una influencia mutua significativa en esta relación, es decir, cada quien mantuvo clara su posición frente al otro.

Como investigadora, con una historia de vida, una formación profesional e intereses en la incursión al campo de estudio, debía mantenerme alerta para respetar una serie de premisas que aseguraran cierta objetivi-

dad en la mirada, las preguntas, las intervenciones y al mismo tiempo tratar de ser cálida, respetuosa de la historia del otro/a, de sus deficiencias e inconsistencias entre el decir y el hacer, entre los *deber ser* que afloraban constantemente entre ambos/as, investigadora e informantes. Sin embargo, las experiencias personales debían quedar subsumidas en la búsqueda, con el afán científico de construir el objeto de estudio y lograr un análisis sociológico, para ello, el distanciamiento de la investigadora debía ser una de las premisas.

Es complicado explicar cómo el investigador termina interviniendo de alguna manera en la vida de sus sujetos/as de estudio, así como el efecto que dicha interacción provoca en la vida de los/las investigadores/as, a pesar de todos los controles metodológicos que pudieran aplicarse para que esto no ocurra. Si bien lo anterior podría generar una falta de objetividad y rigor en la producción de conocimiento, al partir de un abordaje cualitativo, deben reconocerse las influencias, sesgos y posiciones epistemológicas que contribuyen al fortalecimiento del rigor de la investigación, sin devaluarla. Estoy segura de que uno de los sesgos con los que llegué a campo, y quizás con el que me retiré, influyó en las diferentes formas en las que establecí las relaciones con los informantes. Como describo líneas arriba, el grupo de mujeres que conocí en las distintas etapas de la investigación, mereció la atención especial de sus expresiones, miedos, preocupaciones de diferente índole, inclusive su afrontamiento a la muerte. Siempre procuré no generar expectativas que no podría cumplir y manifesté reiteradamente el objetivo de conocer sus historias para este estudio.

Otra “incomodidad” durante la consulta fue observar situaciones de violación de derechos de manera sutil, a veces imperceptible, pero en otras ocasiones evidente, y después en las entrevistas, tanto con las mujeres como con los médicos y directivos, no hice alusión alguna. Es posible que mencionar la violación de derechos en una situación donde no son reconocidos, ni percibidos, posiblemente generaría mayores problemas que omitir el señalamiento. Sin embargo, mi insistencia con las mujeres pacientes, al escuchar sus preguntas y dudas, se refirió a que ellas debían cuestionar al médico aspectos básicos sobre cuidados y pedirle

orientación, por ejemplo, sobre los espacios en los que podían conseguir otras ayudas; mi papel se restringió al de oyente y a acompañarlas en sus desahogos frente a problemas tan graves como el cáncer de mama. Aunque mi disposición fue invisible en muchas entrevistas, con algunas de ellas hubo una comunicación cercana.

No podría negar mi involucramiento emocional en algunos casos de desesperanza y dificultades contextuales, lo que hizo que en algunos momentos cuestionara mi posición de indagadora de estos asuntos. Sin embargo, siempre cuidé no generar una contratrasferencia (en palabras de Devereux, 1998), y aunque es un término de aplicación psicoterapéutica y del psicoanálisis, no deja de generar una útil reflexión para el caso de la investigación cualitativa desde una perspectiva sociológica en asuntos tan sensibles como la experiencia de vivir una enfermedad grave.

Devereux señala como parte de la ansiedad del método la transferencia y contratrasferencia que puede generarse en la relación investigador/a-informante. El autor considera que la contratrasferencia es la parte más importante del dato, más que la transferencia. Es decir, de qué manera el investigador influye en las respuestas del informante, cuáles sentimientos, dudas, miedos y ansiedades se reflejan en la producción del discurso y narrativas de las entrevistadas, es decir, provocar la respuesta esperada de antemano o poner palabras en la boca de la entrevistada. La ansiedad en la búsqueda de información estratégica y objetiva hace que pongamos un filtro tras otro, con el afán de asegurarla. Sin embargo, al respetar esos filtros no reconocemos nuestra incapacidad para generar dicha información: “el científico del comportamiento no puede ignorar la acción recíproca de sujeto y objeto con la esperanza de que, si durante bastante tiempo hace como que no existe, acabará por desaparecer bonitamente” (Devereux 1998, 21). La ansiedad que provoca el método, como sostiene el autor, interfiere con las tácticas diseñadas a priori para obtener los datos. La ansiedad de encontrar y generar la información estratégica debe registrarse como parte de la contratrasferencia y transferencia en la relación investigadora-investigada.

Describir el proceso de la investigación y aclarar cómo se tomaron las decisiones en campo, por ejemplo, permite reconocer los alcances y

limitaciones de los resultados, pues muchas veces generaron cambios importantes Por ello, considero que su explicación forma parte sustancial de la construcción del objeto de estudio.

EL CÁNCER DE MAMA Y SUS IMPLICACIONES
SOCIOPOLÍTICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

Lo sagrado y lo sexual, representan dos exigencias distintas respecto al pecho femenino. La obligación de amamantar y la de excitar son exigencias rivales que siguen configurando el destino de las mujeres.

YALOM (1997).

POLÍTICA SOCIAL Y POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD EN MÉXICO

Las políticas sociales aparecen como un instrumento deliberado del poder estatal para dar contenido y realidad a los derechos sociales jurídicamente establecidos. Existe un reconocimiento explícito y la aceptación de la obligatoriedad inherente a tales derechos, de manera que con frecuencia se establece una relación directa entre el cumplimiento de estas responsabilidades y la legitimidad de quienes ejercen el poder (León 1996, 237).

La definición de la política social en México ha pasado por diversos momentos históricos; se trata de formas a través de las cuales el Estado ha asumido su responsabilidad de responder a las necesidades sociales. Este apartado describe en forma breve cómo ha sido la política social en el país durante las últimas décadas, con énfasis en el momento histórico en el que ocurre un giro de un Estado de bienestar, caracterizado por el paternalismo, hacia un modelo neoliberal en la atención y cuidado de la salud, que busca y fomenta la responsabilidad individual.

Desde su papel tutelar de las políticas sociales, el Estado provee servicios con el objetivo de redistribución a los grupos menos beneficiados por el mercado. A mediados del siglo xx, México se caracterizó

por una política social popular que dio paso a nuevas condiciones determinadas por el modelo neoliberal, calificado como liberalismo social en el sexenio de Salinas de Gortari, que impulsó una política social “a partir de trasladar una versión modificada del principio del menor derecho de la antigua ley de los pobres, a un marco de asistencia social para los que se comprueba que no tienen medios” (Incháustegui y Martínez 1996, 67).

Según algunos estudiosos de la política social y la política pública, tales conceptos no cuentan con definiciones únicas y exactas (Hughes y Mijesky 1984; Fleury 1990; Gerschman 1990). Gerschman retoma la propuesta integradora de Clauss Offe, que incorpora, por un lado, el *plano estructural*, “en el cual las políticas sociales están ligadas al Estado capitalista y a sus determinaciones estructurales. Por otro, el *plano de la singularidad* de las políticas sociales: las políticas son vistas por sus peculiaridades que las distinguen de otro tipo de políticas” (1990, 163). La autora explica que la propuesta se basa en el marco teórico de la sociología comprensiva de M. Weber y el enfoque estructural-funcionalista, y agrega que su definición se refiere a “la política social entendida en un plano estructural como un instrumento de regulación o de creación de condiciones socioestructurales para que el trabajo asalariado funcione efectivamente como tal” (Ibid.). En el plano singular, alude a la identificación de las innovaciones en la política social, tanto las “exigencias”, es decir, las demandas que son admitidas, como las necesidades previsibles durante el proceso de acumulación.

En otra posición, Cabrero señala que la política adquiere su apellido de pública más allá de lo implementado por el Estado:

Lo público de las políticas está muy lejos de significar exclusividad estatal; significa, sobre todo, el encuentro de la racionalidad estatal con la voluntad social. Hace referencia al gobierno en y desde un contexto de pluralidad amplia; es lo público como intersección [...] lo público es un espacio de todos, del Estado como ente abstracto, del gobierno como redes de organizaciones [el Ejecutivo, el Congreso] y de la sociedad como tejido orgánico y ciudadano (2000, 193).

A partir de estas definiciones, los supuestos de la política pública apuntan hacia una participación ciudadana que confluye en el interés social de la demanda, y lo público se constituye así en un asunto de interés para los distintos actores sociales; este supuesto se da en el marco de una democracia estable, que permea la hechura de las políticas públicas. Sin embargo, esta definición queda matizada cuando se atienden las particularidades del contexto económico y sociocultural. En Latinoamérica, con regímenes de tradición autoritaria, las políticas públicas se basan en relaciones sociales verticales y una débil tradición participativa, y la acción colectiva se caracteriza por su centralismo y clientelismo. Esto es claro en el caso de México. Los participantes sociales en la arena de la toma de decisiones para la política pública son todavía pocos. Su participación es aún limitada y se mantiene en un ambiente de subordinación a la autoridad pública (Ibid., 202).

El proceso para reconocer una demanda y formularla en una política pública implica para el Estado el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos, “o sea, la constitución y reformulación permanente del estatuto de la ciudadanía” (Fleury 1997, 171). La política pública no se formula sólo como respuesta a presiones políticas de los sujetos políticos ya constituidos, ni como una decisión unilateral del Estado, más bien se comparte una dinámica interactiva y constructivista con distintos niveles de institucionalidad.

La política social dependerá del tipo de Estado en el que se define, del momento histórico y su dimensión espacio-temporal. La priorización de la atención de distintos problemas de salud obedece a esta dinámica relacional del poder, entre quienes los reconocen e identifican la necesidad de atenderlos. La emergencia de una cuestión indica la alteración en la correlación de fuerzas organizadas en torno de esta problemática, es decir, un movimiento en la lucha por la hegemonía, según señala Fleury (Ibid., 172).

En las instituciones de salud que atienden a población abierta, el Estado, como mentor de la atención de los grupos más desprotegidos, traduce sus acciones para hacer realidad su compromiso. A diferencia de los trabajadores con seguridad social, la población abierta no cotiza a

través del empleo el pago de su atención, así que el Estado cubre una parte del costo y los propios usuarios deben pagar otra parte importante.

La política pública de salud representa una mediación entre las estructuras de poder de decisión en la distribución y organización de la respuesta de los servicios de salud, la priorización de los problemas de atención y la asignación de los recursos a las necesidades sociales. En este contexto, el planteamiento de los derechos humanos respecto al de la salud se relativiza; la categoría de ciudadanía con derechos universales se acota a la capacidad de gestión y al tipo de relación con el Estado (un trabajador que cotice para el pago de su atención a la salud, o una persona fuera de dicho sistema). Los distintos grupos sociales que conforman un Estado se ven diferenciados por privilegios y limitaciones, determinadas por el tipo de inserción en el mercado de trabajo y reglamentadas por el Estado. Como señala Fleury, “el desarrollo de ese modelo de ciudadanía se realiza por expansiones horizontales y verticales de los privilegios y no por la universalización de los derechos” (1990, 25).

Por su parte, Lerner (1996) explica los cambios en la conceptualización de las políticas sociales en el modelo neoliberal, mediante la identificación de beneficios y desventajas posibles. Considera que las directrices que guían a la política social deben tomarse siempre de manera contextual. Desde principios de los años ochenta, México dio un giro en la definición de la política social, en el marco de una seria crisis económica que acrecentó la desigualdad social e incrementó el desempleo. Los ejes centrales de esta redefinición del modelo socioeconómico del Estado se tradujeron en un recorte presupuestal significativo, que perjudicó los derechos sociales. El objetivo del modelo neoliberal es eficientar los recursos, focalizando el apoyo de la política a los grupos más necesitados como una de sus características principales, pero a la vez traslada el cuidado de los enfermos al ámbito personal y familiar, dando paso a uno de sus planteamientos centrales: disminuir la participación del Estado en la resolución o disminución de la desigualdad social mediante la política redistributiva, y asumir el papel regulador de acuerdo con las fuerzas del mercado. López señala que se presenta:

el tránsito de una política social del bienestar hacia una política social de neo-beneficencia, [que] redefine las características de los sistemas de protección social. En esta redefinición se recrudecen las formas autoritarias y clientelistas de prestación de servicios, se favorece la exclusión de grandes grupos sociales y se profundiza la inequidad ya existente (1993, 166).

Desde la década de 1980, el sistema de salud, así como la política social inició el proceso de descentralización que busca dar mayor contenido al modelo de eficientización y reforma del Estado.³¹ La política en salud debía adecuarse no sólo al recorte presupuestal en el sector, sino además a las nuevas relaciones entre Estado-sociedad. En 1984 se estableció el artículo cuarto en la Constitución mexicana, el cual confiere el rango constitucional del derecho a la salud, cuya política social se enfrentó a la explicitación del derecho a la salud de los mexicanos, y a un recorte presupuestal drástico y al impulso del modelo neoliberal, que matiza la responsabilidad del Estado para garantizar una cobertura universal, e instala condiciones que dejan la búsqueda y pago de la atención en el ámbito personal y familiar.

Como parte de esta redefinición, se identifican varias contradicciones en la reforma del Estado. El Programa Nacional de Salud de 1984 a 1988 y de 1990 a 1994 planteó como uno de los ejes de la política en salud “homogenizar y elevar la calidad de la atención de los servicios de salud”, además de “impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativos y humanitarios [...]”, pero por otro lado, se observó una restricción presupuestal en la década, que disminuyó su participación en el producto interno bruto, de 2.5 a 1.3 por ciento, de 1980 a 1988 (López 1993, 171).

³¹ López Arellano y Blanco Gil aseguran que en la década de 1980 y la primera mitad de la siguiente, “en forma paralela a un discurso oficial que proclama la universalidad, la equidad y la solidaridad en la atención a la salud, los servicios y los programas transitan de propuestas integrales, incluyentes e intersectoriales a planteamientos de acción selectiva y focalizada a través de medidas epidemiológicas puntuales dirigidas a la población pobre” (2001, 48).

En la década de 1980 hubo una fuerte limitación presupuestaria en el sector salud, que repercutió de manera significativa en la conclusión de sus objetivos; la calidad de la atención no mejoró y profundizó la desigualdad en los demás ámbitos sociales. El acceso de la población a los servicios de salud se relativizó y los programas prioritarios según causas de morbilidad y mortalidad no alcanzaron sus metas. El giro hacia el modelo neoliberal echó a andar el programa de reforma del sector salud y se dio entrada a los seguros privados de atención a la salud, que al tiempo que se encarecían fueron desvalorizando los servicios públicos del sector.³²

En este breve recuento, llama la atención la forma en la que el Estado pone en el discurso programático el problema de la calidad de los servicios y el planteamiento explícito de mejorar la calidad, a pesar de todas las restricciones económicas al sector, el proceso de descentralización y la visión neoliberal en el discurso de corresponsabilidad, presente en el modelo de los gobiernos de las décadas de los años ochenta y noventa.

En este escenario cabe preguntarse cómo se definen las prioridades en la política pública de salud. Es indudable que se conjugan sobre todo dos asuntos relevantes, por un lado, la racionalidad política basada en las conveniencias de interés político, y por otro, la racionalidad económica, relativa a la distribución de los recursos en la atención de la salud, considerando a la primera como objetivo primordial. Aunque la distribución equitativa es un fin presente en los distintos momentos históricos de la política social y pública del Estado, se ve confrontada por racionalidades diversas.

Algunos estudios reconocen la presencia de estos factores en la toma de decisiones, aunque a final no se sabe con certeza cómo se llevan a cabo dichos procesos (Bobadilla 1997, 255); cuando menos se requieren tres criterios técnicos en la definición de prioridades: “deben servir para reducir considerablemente la carga de morbilidad, ser razonablemente eficaces en función del costo y atender las preferencias de la población” (Ibid., 261), lo cual depende de sus posibilidades de viabilidad. En su

³² Autores como Olivia López y José Blanco, Asa Laurell y Sonia Fleury, entre muchos más, dan cuenta de este proceso (véase bibliografía general).

traducción a la formulación de política pública, al final estas posibilidades son las que dirigen la hechura.

El análisis de la conformación de las políticas públicas parte del marco de la política social en términos más amplios. Las demandas que se traducen en políticas públicas requieren ser reconocidas primero como una demanda política, calificada como tal al posicionarse en la arena de discusión, midiendo y estableciendo sus intereses, identificando estrategias de negociación e imposición y reconociendo las relaciones de poder entre los diferentes actores; es decir, lo que Fleury (1997, 170) llama la dinámica relacional del poder en el proceso de desarrollo de la política pública. Como se verá en el siguiente apartado, la participación de grupos de la sociedad civil ha logrado posicionar algunas demandas específicas al Estado, respecto a la atención de problemas de salud de las mujeres, a pesar de la restricción presupuestal. Viene al caso retomar lo que Ortiz señala sobre el hecho de que son los “individuos y sus derechos quienes están en condiciones de guiar el Estado de derechos y velar por su cumplimiento y no a la inversa, como tradicionalmente plantea la ciencia política” (1999b, 35).

LA SALUD DE LAS MUJERES Y EL CÁNCER DE MAMA

Los problemas de salud reproductiva de las mujeres han sido un escenario central en la lucha del movimiento amplio de mujeres. Desde la perspectiva de género, que reconoce las diferencias en el enfermar y morir de hombres y mujeres, hay que ubicar los problemas relacionados con la función reproductora de las segundas. A ello se han destinado los esfuerzos para visibilizar dichas diferencias y empujar procesos de demandas al Estado por una atención más equitativa, focalizada según necesidades.

A continuación se retoman dos dimensiones presentes en el cáncer de mama:³³ una política, referida a la política de atención, la normatividad

³³ La literatura médica reporta como factores de riesgo los antecedentes genéticos de la enfermedad (aunque es posible encontrar casos sin ellos), edad temprana de la primera menstruación, edad tardía de la última regla (menopausia), edad avanzada

y la organización institucional, aspectos que expresan la política social y pública del Estado y una sociocultural, enfocada en descubrir cómo este tipo de problemas alteran las vidas de las mujeres.

Salud reproductiva en el contexto social

El concepto de salud reproductiva, asumido en las plataformas de las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing, rebasa el alcance tradicional de los conceptos de salud materno-infantil y planificación familiar; por sus contenidos, es considerado un concepto parteaguas que enfatiza la relación entre la reproducción y la sexualidad, dimensión que se omitía en la atención materno-infantil y que la reducía a su aspecto biológico (Barzelatto 1998, 46; Salles y Tuirán 2001, 101). La relevancia del concepto en la formulación de la política pública de atención a la salud alude al encuentro de una demanda social con instancias estatales. Salles y Tuirán (2001) señalan cinco ejes temáticos contenidos en el concepto, que se vinculan en la formulación de las políticas públicas de salud y población, así como la normatividad y documentos programáticos que se expresan en los avances de la institucionalización del enfoque de la salud reproductiva, desde una perspectiva de género: a) desigualdad social y desigualdad de género y pobreza; b) transición demográfica y epidemiológica; c) instituciones, agentes, actores y derechos; d) cultura, reproducción, sexualidad y salud y e) sistemas de interacción y redes sociales.

Salles y Tuirán (2001, 110) enfatizan la necesidad de considerar los problemas de salud reproductiva como sociales, los cuales requieren el reconocimiento de los grupos con influencia social, para incluirlos en las políticas públicas e institucionalizarlos en la atención. La cuestión es que al hacerlo se busca atender una demanda social, y formulada desde una

en el primer hijo (mayor de 30 años), uso de terapia hormonal por más de tres años y no haber lactado; causas ambientales como la exposición a químicos o contaminantes (por ejemplo los agroquímicos); falta de una dieta balanceada, que incluye alimentos ricos en grasas animales y saturadas, baja ingestión de frutas y verduras, así como el exceso de consumo de alcohol.

posición de poder, se corre el riesgo de convertirse en un discurso vacío e impuesto y erigirse como un dogma nuevo.

Los contenidos originales, impulsados por grupos activistas como el movimiento feminista y las organizaciones internacionales, se han matizado y cambiado cuando son adoptados por los discursos estatales, los cuales tienden a expresar el enfoque hegemónico del modelo biomédico en la atención de la salud de las mujeres (Salles y Tuirán 2001; González 1999; Correa y Petchesky 2001; Lamas 2001).

El proceso de adopción del concepto de salud reproductiva ha hecho avances claros en la institucionalización, a pesar de las limitaciones prácticas que se observan en su traducción en las acciones en la atención de la salud. De cualquier forma, ningún proceso de cambio puede lograrse sin altibajos o sólo por imposición. La adopción de conceptos como salud reproductiva desde la política pública, además del reconocimiento de los problemas que representa, implica conocer la interrelación entre las dimensiones de la sexualidad, la reproducción y la salud de los individuos y de éstas con la de derechos humanos y los sexuales y reproductivos, que supera el enfoque biomédico que había prevalecido (Salles y Tuirán 2001, 95). Con la incorporación de estos conceptos en las políticas públicas, el Estado busca lograr una mayor equidad social y de género en la salud de la población en desventaja, que reconozca las diferencias en las problemáticas de salud de la población femenina y masculina.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que la equidad de género en el acceso a la atención de la salud:

no significa que hombres y mujeres reciban cuotas iguales de recursos y servicios. Significa, por el contrario, que los recursos se asignen y los servicios se reciban diferencialmente de acuerdo a necesidades particulares de cada sexo, etapa de la vida y contexto sociocultural y económico, e independientemente de la capacidad de pago de las personas (2004, 17).³⁴

³⁴ “La noción de necesidad en la base del concepto de equidad distributiva apunta hacia la asignación diferencial de recursos de acuerdo con los requerimientos particulares de grupos e individuos” (Ibid.).

La patología mamaria femenina incluye una en particular grave: el cáncer de mama, que desde hace algunos años representa la segunda causa de muerte de mujeres mexicanas. En el caso de Sonora actualmente es la primera; ha desplazado al cáncer cérvicouterino al segundo lugar, pero apenas hace poco se ha incorporado como línea prioritaria de atención en los servicios públicos de salud.

La Secretaría de Salud tiene contemplado el programa de Detección Oportuna de Cáncer Mamario en la línea de acción de atención a neoplasias malignas, observada en el Programa Nacional de Salud 2001-2006. Aparece como prioritario, cuando el Programa de Reforma del Sector Salud había establecido una serie de cambios organizacionales y económicos que plantearon, entre otras cosas, la redefinición de las líneas prioritarias de atención a la población mediante los servicios públicos de salud, incluidas en el paquete básico de servicios, con doce acciones. Al principio, la atención del cáncer cervical y de mama había quedado fuera, sin embargo, distintos grupos de la sociedad civil demandaron la atención del cáncer cervical, que en ese momento era la primera causa de muerte de mujeres en el país, y lograron que se incorporara como una línea prioritaria; pero el cáncer de mama siguió estando fuera (López y Blanco 2001, 49).³⁵

Los logros del movimiento amplio de mujeres se han reflejado en el campo de la salud. Tuñón lo define como:

un movimiento social que, por un lado, lucha contra la condición de exclusión dispersa y que impregna todos los poros de lo social, pero por el otro, pugna también por ocupar nuevos espacios y el logro de las demandas concretas de los distintos sectores que lo conforman y que operan, de hecho, en sus respectivos campos de acción, como grupos de interés (1997, 17).

³⁵ La línea de detección oportuna del cáncer de mama también se incluye en el paquete de servicios de salud esenciales (PASE), que “constituye un instrumento a través del cual se busca proporcionar atención a la salud, a la población, mediante acciones de alto impacto y bajo costo y técnicamente factibles” (SSA 2004, 2), dirigido a población de muy bajos recursos, tanto rural como urbana. Todos los programas prioritarios tienen un componente preventivo, más que curativo.

Hace apenas pocos años que el cáncer de mama se ha visibilizado como un problema de salud, a diferencia de la lucha contra el cáncer de cérvix; en la normatividad y líneas programáticas estatales, ha aparecido en el último lustro. De igual forma, en el escenario social, la percepción y manejo del tema como un problema serio entre las mujeres no se aprecia en las narrativas de usuarias del hospital donde se llevó a cabo la investigación, como se verá en el análisis de la información empírica.

Uno de los productos importantes en el campo de la atención ha sido la elaboración de la norma oficial para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, 2003 (SSA 2003).³⁶ A raíz de la modificación de la norma oficial para el cáncer cérvicouterino, donde aparecía también el de mama, se hizo necesaria la formulación de la norma exclusiva para este último. Las normas oficiales tienen entre sus objetivos regular los criterios en la atención de los distintos problemas médicos; todas las instituciones y profesionales de la salud están obligados a seguir sus lineamientos; también de explicitar una serie de protocolos de seguimiento y criterios de referencia médica de las pacientes entre los niveles de atención.

El cáncer de mama representa un problema de salud serio en países desarrollados, y su incidencia va en aumento en los que están en vías de serlo. A pesar de que en México el movimiento amplio de mujeres ha ido consolidándose en las últimas dos décadas como interlocutor del Estado, el cáncer de mama apenas está apareciendo en la escena política como un tema particular de demanda, a diferencia de países como Estados Unidos y Canadá, donde se ha ido conformando desde la década de los años setenta un amplio movimiento social de lucha contra el cáncer de mama, en el que la demanda principal al Estado es el incremento de los recursos para su atención e investigación. Dicho movimiento ha logrado poner en la escena política el problema de salud de las mujeres bajo distintas dimensiones: económica, social y cultural, pues ha servido como una tribuna en la que las enfermas y sus familias se han resistido a un manejo vertical del sistema de salud y a una relación autoritaria con los médicos

³⁶ A pesar de estar planteada su discusión desde abril de 2001 (SSA 2001h).

que las atienden. Esta resistencia, que primero es individual, se va conjugando con la experiencia de otras mujeres enfermas, de esta manera se pasa de una protesta individual a redes de resistencia, y se transita del ámbito privado e institucional al público, que visibiliza problemas en el manejo de la información médica, el acceso a la salud y la relación médico-paciente, cuestiones que atentan contra la autonomía de las mujeres enfermas y su derecho a la información. Además, el movimiento ha buscado minimizar la carga simbólica que estigmatiza o discrimina a las enfermas de cáncer (Kaufert 1998).

La mayor parte del movimiento está conformado por grupos de autoayuda,³⁷ líderes feministas y mujeres que a pesar de no tener experiencia en la lucha social, entraron a ella a raíz de su enfermedad. Kaufert señala que el movimiento contra el cáncer, así como el discurso feminista, se basó en el acercamiento de la información no médica a las mujeres enfermas y a la población general, que buscaba cambiar la imagen de sí mismas, en el caso de las mujeres mastectomizadas, y apoyarlas para lograr una vida plena. La autora categoriza a estos grupos y redes como un movimiento social que ha llevado a cabo acciones políticas de cabildo intenso para lograr cambios en la legislación y asignación de recursos públicos, lo cual ha incidido en el cambio de la imagen social y el manejo político del cáncer de mama. Se le categoriza como movimiento social en tanto ha logrado alianzas compartiendo actividades políticas con otros grupos y movimientos en distintas coyunturas políticas y de reformas sociales.

Para el caso de México, los grupos de autoayuda de cáncer de mama son todavía una modalidad de organización social incipiente y no han

³⁷ Canals los define como “[para] *uno mismo o sí mismo*. Auto-ayuda entendida como ‘ayuda a sí mismo’ sería una traducción adecuada, pero a primera vista se ajustaría mejor al hecho individual que al grupal. Considerando esta restricción, el grupo de autoayuda lo sería en la medida en que es un instrumento para que sus miembros se ayuden a sí mismos”. El autor hace la distinción entre los grupos de autoayuda y los de ayuda mutua, considera que estos producen ayuda, “subrayando que ésta se da y se recibe en el interior del grupo autónomamente de otros agentes exteriores [...] los

formado un movimiento social por sí solos. Los grupos pertenecen a los de asistencia privada y en tanto llevan a cabo una tarea meramente asistencial, no se les considera un movimiento social, aunque forman parte de las opciones de ayuda a mujeres con problemas de cáncer de mama en México, pues como señala Tuñón, “no toda demanda social insatisfecha genera movimientos sociales, ni todo movimiento social se ubica necesariamente como fuerza de oposición al Estado o al sistema político [en este caso médico]” (1997, 19).

En México existen dos asociaciones principales dirigidas a la ayuda de mujeres con cáncer de mama: el Grupo Reto y la Fundación Cima. El objetivo principal del primero, fundado por una mujer mastectomizada, es apoyar la recuperación física y emocional de las mujeres afectadas por el cáncer de mama, como las que han sido mastectomizadas, al inicio fungió como un grupo de autoayuda. Dentro de sus actividades, el Grupo Reto imparte cursos de educación, orientación y difusión en los medios de comunicación para prevenir y detectar oportunamente el cáncer de mama; algunos de ellos, ofrecen asistencia médica.

En 1985 se constituyó como asociación civil y consiguió la autorización de la Secretaría de Hacienda para expedir recibos deducibles de impuestos a los donadores privados, lo que representó una de sus fuentes de ingresos principales; ha recibido fondos públicos de la Lotería Nacional, la SSA y la UNAM; sus servicios incluyen distintos apoyos, económicos y psicológicos a mujeres enfermas; también facilitan la fabricación de prótesis y accesorios (corsetería, turbantes y pelucas). Su crecimiento ha sido gradual pero sostenido, en la actualidad cada estado del país tiene cuando menos un grupo local organizado en las ciudades principales. El

grupos de ayuda mutua se *autoayuda* en tanto que sujeto colectivo portador de un *self* aplicable al grupo como conjunto y a sus miembros individualmente. Al mismo tiempo, la interacción entre los componentes del grupo sigue las pautas de reciprocidad características de la ayuda mutua propiamente dicha. Por extensión, el término autoayuda podría aplicarse a otras estructuras asociativas en las cuales se produjeran relaciones de ayuda de manera autónoma, aunque éstas no pudieran calificarse de ayuda mutua” (2002, 36-37).

original, ubicado en la Ciudad de México, es el que más ha crecido en términos de infraestructura y servicios, y ha establecido convenios con el Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital General.³⁸

Otra organización de este tipo es la Fundación Cima, creada en 2002 con el respaldo del Grupo Televisa. También cuenta con patrocinadores privados y públicos y ha establecido convenios con hospitales privados y públicos, como el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Nutrición. Las actividades que realizan son similares a las del Grupo Reto, funciona con base en el trabajo voluntario y cuenta con varios grupos en 16 estados del país. Aunque la asociación es joven, reporta avances importantes sobre todo en difusión y en la canalización de mujeres enfermas.³⁹

Se incluyó esta breve descripción para señalar los dos grupos de ayuda en el escenario social de atención al cáncer de mama, y porque en el ámbito local la mayoría de las entrevistadas acudieron al Grupo Reto en algún momento de sus procesos de atención. En sus narrativas, han reconocido este espacio como el lugar en que se informaron de aspectos centrales para su cuidado como mujeres mastectomizadas; para las menos, el grupo representó un apoyo para lograr un acceso más oportuno en su atención del cáncer.

La dimensión sociocultural del cáncer

El cáncer es conocido como una enfermedad temible, siempre asociada a la muerte. La palabra se deriva del griego *karkínus* y del latín *cancer*, que significa cangrejo. El desconocimiento de sus factores de origen y el sufrimiento que provoca ha generado una serie de significados en la población a través de la historia. El cáncer de mama en lo particular no

³⁸ Para una revisión detallada, consúltese su página en: <http://www.gruporeto.org>. Ahí se señala que en 1996 lograron establecer la consulta médica con apoyo de oncólogos del Instituto Nacional de Cancerología; en 2000 inauguró un centro de diagnóstico y en 2003 recibieron un mastógrafo. Se registra también que de 1996 a 2003 atendieron a 10 512 mujeres.

³⁹ Para mayor información, puede consultarse el sitio electrónico: <http://www.fundacioncima.org/bFundacionCima/01acerca.html>.

está exento de estos significados; es vivido con pudor y vergüenza por las mujeres, sobre todo por la posibilidad de sufrir una mutilación en sus órganos de feminidad principales, lo cual complica una detección oportuna del problema.

Este apartado presenta concepciones culturales que han persistido alrededor del cáncer de mama, y señala elementos socioculturales presentes en su percepción y vivencia. En un capítulo posterior se verá que las mujeres enfermas expresaron algunos de estos elementos.

Turner señala que “muchas descripciones actuales sobre enfermedades y padecimientos llevan implicaciones morales. Por ejemplo, las nociones de enfermedades crónicas y malignidad son derivados del latín ‘malus’ (*evil*)” (B. Turner 1995, 20). Por su parte, Sontag señala que la sociedad “maquina fantasías punitivas o sentimentales” sobre la enfermedad, por intratable y caprichosa; las fantasías de la tuberculosis del siglo XIX son ahora las del cáncer en el siglo XX (2003, 16). La autora señala que la noción de cáncer es moralizadora, ya que se cataloga como un castigo que las personas pueden recibir por pecados cometidos. El cáncer en las mujeres era producto de “pecados y vicios”, en especial, prácticas sexuales insanas. Tavares y Bomfim (2005, 428), al igual que Sontag y Turner, indican que el cáncer representa una oportunidad para que el enfermo viva la redención a través del sufrimiento. A lo largo de la historia ha sido asociado al pecado, al dolor, a la muerte, al miedo y sobre todo a la estigmatización social. El cáncer como enfermedad tiene un contenido simbólico especial, y con los cambios culturales y científicos sus significados han cambiado, se han empalmado y se combinan, otorgando un cierto grado de hibridación, desde el siglo XIX al XX (Ibid., 430).

A mediados del siglo pasado, el cáncer de mama era vivido con vergüenza y en silencio, por la relación que se solía hacer de la persona con una conducta moral. Pero a medida que la ciencia avanzó, la noción moral fue dando paso a la clasificación psicológica y se atribuyó a los rasgos de personalidad una responsabilidad mayor para su desarrollo.

Las personas pasivas, de poca emotividad, baja agresividad, depresión y dificultades para la formación de vínculos afectivos eran las más propensas a desarrollar la enfermedad (Sontag 2003; Tavares y Bomfim

2005). Un estudio planteó rastrear las asociaciones posibles entre los rasgos de personalidad y el desarrollo del cáncer de mama, y concluyó que dichas asociaciones no pudieron comprobarse (Cano 1997), aunque se sigue sosteniendo en una concepción amplia, que el cáncer es producto de la modernidad y guarda relación con estilos de vida poco saludables. Estos cambios influyeron en la generación de nuevos significados y formas de enfrentamiento del cáncer para el desarrollo de teorías innovadoras y tratamientos más eficientes. Tavares y Bomfim (2005, 428) señalan que responsabilizar a las mujeres de su propia salud, también representa una noción tan punitiva como considerar al cáncer un castigo.

En el contexto sociopolítico de los años setenta, y con los avances científicos y tecnológicos, los movimientos de defensa de los derechos de las mujeres les dieron la posibilidad de acceder a métodos de diagnóstico más oportunos, para mejorar las expectativas de solución y sobrevivencia de las enfermas de cáncer de mama. Pero en la cultura latinoamericana, de fuerte ascendencia judeo-cristiana, la falta de una cultura del cuerpo representa una seria limitante para buscar ayuda e información para la autoexploración de mamas, así como otras opciones que contribuyan al acceso de una detección oportuna.

La normatividad sobre la atención del cáncer de mama señala que las técnicas usadas para la detección oportuna consisten en el examen de autoexploración (realizado por las mujeres), el examen clínico (practicado por los prestadores de salud), la mamografía y el ultrasonido (con el apoyo de técnicos expertos, y que requieren una lectura e interpretación de un especialista médico). Todas las mujeres tienen un acceso mayor a la autoexploración, en tanto hayan recibido enseñanza o información para ello, y su cultura permita la práctica; la mujer es responsable de llevar a cabo esta medida en el ámbito particular y privado. La normatividad indica que una parte de la atención médica debe enfocarse en acciones de enseñanza para el examen de autoexploración. Un estudio sobre cáncer de cérvix documentó que entre las mujeres encuestadas la principal fuente de información sobre este tipo de cáncer y la prueba del Papanicolaou eran las instituciones de salud (Castro y Salazar 2001), más que la familia y las redes sociales.

El examen clínico de mama es el que hacen los prestadores médicos en las instituciones. La ruta más común es acudir a realizarse la prueba del Papanicolaou, por lo general en los servicios de primer nivel de atención o bien en la consulta especializada de ginecología. El acceso a estas dos técnicas es relativamente fácil.

Sin embargo, la realización de la mamografía y el ultrasonido se dificulta para las mujeres de escasos recursos, pues representan un desembolso económico considerable tanto en las instituciones de salud de población abierta, como en las privadas. Sólo en instituciones de seguridad social se ofrecen sin costo; no son pruebas diagnósticas baratas y las mujeres que sospechan la presencia de algún problema, a veces no pueden cumplir los requerimientos de un diagnóstico oportuno.

Las cuatro técnicas llevan implícitas dimensiones socioculturales distintas que guardan relación con una apropiación del cuerpo que permita tocar órganos sexuales como los senos; asimismo, tiene que ver con un acceso a servicios de salud y recibir la información de manera accesible y oportuna de los prestadores de salud, también con condiciones socioeconómicas para pagar otros exámenes de laboratorio.

Estas razones, conjugadas con los factores de riesgo, complican el abatimiento de las tasas de morbilidad y mortalidad, aunque esto sería posible a través de la implementación de una serie de medidas de educación para la salud, el mejoramiento de la calidad de la atención y el reconocimiento del problema, en términos de recursos para la atención y capacitación de los prestadores.

Un estudio cualitativo con mujeres de mediana edad sobre condicionantes, tanto institucionales como de género, en la práctica del examen clínico de mama, concluyó que las usuarias señalaron actitudes autoritarias entre los prestadores de salud y la organización, mala calidad del servicio y su preferencia de que sea una prestadora quien les practique el examen. Respecto a los prestadores, se reconoció que aunque expresaron la necesidad de vencer las barreras sociales y psicológicas de las usuarias, también manifestaron un desinterés en la relación médico-paciente y un desconocimiento de la norma oficial sobre cáncer de mama (Poblano, Figueroa y López 2003, 297).

Un factor sociocultural presente en la atención del cáncer de mama se refiere al manejo de la información frente a las enfermas. Durante la primera mitad del siglo xx se consideraba una crueldad informar a los pacientes el diagnóstico de cáncer o los efectos de los tratamientos como la quimioterapia o la radioterapia. Había una especie de “conspiración silenciosa” entre la familia del paciente y el equipo médico. De esta forma las mujeres con cáncer de mama tenían poca o nula información sobre su problema, pasaban a ser sujetas pasivas en el proceso. Esto generaba frecuentes complicaciones posquirúrgicas como el linfedema del brazo, depresión, ansiedad, disminución de la autoestima o de sus funciones sociales y sexuales (Tavares y Bomfim 2005, 428).

Una de las mayores demandas del movimiento social por el cáncer de mama en Estados Unidos y Canadá ha sido el manejo de la información por parte de los prestadores de salud. Se ha registrado en numerosos estudios que los médicos retienen, manipulan u ofrecen de manera escueta y tecnicada información relevante para las mujeres en sus procesos de atención; dicho manejo se ha demandado como una clara violación a los derechos de las mujeres, como ciudadanas y personas con autonomía (Kaufert 1998, 2000; Tavares y Bomfim 2005; Sherwin 1998c; West 1984; Matamala et al. 1995).

En el mismo sentido, la intervención feminista en el campo de la salud ha mantenido un enfrentamiento y una crítica sistemática de la práctica médica intervencionista y moralizante sobre el cuerpo femenino, denunciándola como una relación de poder asimétrica en lo que concierne a la localización y uso del poder, que representa una condición más de la subordinación de las mujeres.

Si bien se ha avanzado en la atención del cáncer de mama, en términos científicos y tecnológicos, la dimensión sociocultural y política de su manejo no deja de ser menos importante. Se puede asegurar, en palabras de Tavares y Bomfim, que los significados que existen sobre este cáncer se han entretendido con diversos cambios culturales y es posible encontrar una hibridación en las creencias, valores y percepciones, que marcan otras prácticas sociales en el trato a las enfermas.

EL ESCENARIO EPIDEMIOLOGICO DEL CÁNCER DE MAMA
EN SONORA Y MÉXICO

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte de mujeres mayores de 25 años en el país, y ha mantenido una tendencia ascendente desde hace casi dos décadas. En Sonora, la tasa de mortalidad por esta causa ocupa el primer lugar. En 1979, los tumores malignos estaban en el sexto de la lista general de causas de mortalidad; para 2000, ascendieron al segundo.

A pesar de la complejidad de la enfermedad y el alto costo de la atención, es posible evitar muchas de estas muertes. Como la mayoría de los problemas de salud, el cáncer de mama es multidimensional y multifactorial, que lo hace un problema complejo tanto en su prevención y detección oportuna como en su curación. Este apartado presenta algunos datos sociodemográficos y epidemiológicos sobre el cáncer de mama, a escala nacional y estatal, que muestran su importancia en la salud de las mujeres.

Su complejidad se basa en factores de riesgo biológico y ambiental, agravados en muchos casos por las condiciones socioeconómicas y culturales en las que viven las mujeres enfermas. Algunos estudios han señalado que la enfermedad se asocia con estilos de vida de las poblaciones con mejores condiciones de vida y se señala al grupo mayor de 45 años como el más perjudicado. En México se cumplen tales conclusiones, pues son los estados del norte y los más industrializados los que mantienen tasas mayores de morbilidad y mortalidad, pero en las poblaciones locales, hay un gran número de mujeres de escasos recursos.

Los datos de mortalidad son un indicador contundente de pérdida, pero no es el único que refleja la repercusión de la enfermedad en los distintos ámbitos de la vida de las mujeres y sus familias, así como en los servicios de salud. El indicador de morbilidad⁴⁰ complementa la información epidemiológica, sin embargo, existen serias limitaciones en

⁴⁰ Señala el número de personas diagnosticadas, el tipo de enfermedad, el tratamiento y algunos datos de seguimiento.

las fuentes de información estadística que den cuenta sistemática de esta situación; aunque en ambos indicadores hay una falta clara de aspectos sociodemográficos particulares de la población involucrada.

Las estadísticas nacionales del sector salud tampoco registran de manera sistemática y con detalle aspectos de la dimensión sociocultural de las pacientes y el seguimiento de las mujeres durante el proceso de la enfermedad-atención. De la misma forma, falta información sobre el aspecto económico de la atención en las familias de escasos recursos, la complejidad de la atención que se origina en las dinámicas familiares, y el efecto emocional en las propias mujeres y sus familias. Estos son asuntos poco explorados a pesar de representar aspectos centrales en los procesos de vida de las mujeres, y reconocerse que entre los determinantes para la gestión de una atención oportuna se encuentran la educación, las condiciones de vida y la calidad de la atención en los servicios de salud.

Cuadro 6

Cobertura de la población en Sonora, 1990-1999

Indicador	1990	1995	1999
Cobertura nominal (%)	99.00	98.76	99.55
IMSS	56.00	38.94	59.05
Secretaría de Salud Pública (SSP)	32.80	45.35	26.40
ISSSTE	6.60	8.29	7.80
ISSSTESON	3.60	3.85	6.00
Otras (SEDENA, SEMAR)	---	2.33	0.30
Sin acceso	1.00	1.24	0.45
Porcentaje de población con seguridad social	66.20	53.40	70.18
Porcentaje de población sin seguridad social	33.20	46.60	29.82

* Proyecciones de población de CONAPO; Anuario estadístico, 1999.

Fuente: tomado de instituciones de seguridad social; Estudio de Regionalización Operativa, 1998.

En 2000, todos los estados fronterizos fueron clasificados con un índice de marginación muy bajo y bajo; Sonora entra en los de baja y ocupa el lugar 24, de mayor a menor tasa de marginación (Consejo Nacional de Población, CONAPO 2000). Se registra una amplia cobertura de los servicios de salud (véase cuadro 6), en 1999 alcanzó un registro de 99.5 por ciento de la población, de la cual 70.18 contaba con seguridad social y el resto era población abierta, por lo que podría pensarse en un acceso fácil y oportuno a los servicios de salud en el estado. Sin embargo, al definirse la cobertura con base en la infraestructura de primer nivel de atención, la población abierta no tiene necesariamente las mismas facilidades para acceder al segundo y tercer nivel de más complejidad, donde se lleva a cabo la atención de patologías mamarias en especial el cáncer de mama.

Uno de los factores señalados que explican la tendencia en aumento del cáncer de mama es el incremento de la esperanza de vida; en Sonora, para las mujeres es de 77 años y para los hombres de 72; la pirámide poblacional ha cambiado y los grupos por edad se están redistribuyendo. El de 15 a 64 años pasó de representar 52 por ciento en 1960 a 54.3 en 1980 y a 60 para 2000 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI 2000). Es decir, el número de mujeres en edad reproductiva ha aumentado considerablemente, así como el grupo de mayor edad.

Cuadro 7

Indicadores demográficos, Sonora 1990-2000

Indicador	1990	1995	2000
EV* en mujeres (años)	74.25	76.72	77.07
EV en hombres (años)	70.85	72.22	72.35
Porcentaje de población analfabeta	5.6	4.9	4.4
Porcentaje de población urbana**	67.23	71.4	73.00
Porcentaje de población rural	32.77	28.6	27.00

* Esperanza de vida.

** Poblaciones mayores de 15 mil habitantes se consideran urbanas.

Fuente: Consejo Estatal de Población; anuarios estadísticos de la Secretaría de Salud y Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED)-SSP; Consejo Estatal de Población, COESPO Sonora, Sonora demográfico, 2000.

En cuanto al analfabetismo, no se considera un problema serio en el estado, representó apenas 4.4 por ciento de la población en 2000, y se registra que el promedio de años de escolaridad es de 7.3 (INEGI 2000).

Según la literatura y los datos epidemiológicos, el grupo de edad de mujeres más perjudicado por el cáncer de mama es el de 45 años y mayores, sin embargo, las estadísticas de salud indican un número significativo de mujeres menores de esta edad diagnosticadas con este cáncer. Cisneros (2004) señala que para 1991 se habían perdido 35 652 años de vida de mujeres entre 30 y 59 años, por el cáncer de mama; esta cifra aumentó mucho para 2000, donde se estimó en 60 783 años perdidos de mujeres entre los 15 a 59 años (31 821 años de mujeres entre 15 a 44 y 28 962 años de mujeres entre 45 a 59). Estos datos reflejan la pérdida social y económica que genera la enfermedad en la población y en las familias, también un impacto económico importante en los servicios de salud.

En la década de los años noventa se mantuvo la tendencia ascendente, tanto a escala nacional como estatal: la tasa de mortalidad por cáncer mamario en México se incrementó de 13.06 en 1990 a 14.49 en 2000, por cada 100 mil mujeres de 25 años y más. A pesar de que la tasa puede considerarse baja en comparación con las de otros países, el incremento real en el número de defunciones fue de 56.1 por ciento en el periodo: de 2 214 muertes en 1990 a 3 455 en 2000 (SSA 20021).

En 1994, en un estudio en hospitales de la Ciudad de México, nueve de cada diez mujeres detectaron por sí mismas un abultamiento en el seno y sólo 10 por ciento fue diagnosticada en estadio I (fase inicial), así que la mayoría estaba en estadio avanzado (López, et al. 2001), cuando ya no es posible mejorar la salud.

En 1999, el grupo de edad que presentó la cifra más elevada de defunciones fue el de 45 a 49 años, seguido por el de 40 a 44; sin embargo, llama la atención que el de 35 a 39 es casi equivalente al de 55 a 59, y es superior a los grupos de 60 a 64 y 65 a 69 años. Es decir, el cáncer de mama es un problema de salud importante desde los 35 años, donde se aprecia un aumento significativo del número de casos de esta neoplasia maligna; 41.3 por ciento del total de los casos nuevos ocurrieron en mujeres menores de 50 años.

Según los registros de la SSA, en 2000 sólo se diagnosticaron entre 5 y 10 por ciento de los casos en estadios tempranos 0 y I,⁴¹ a diferencia de lo que sucede en países desarrollados, donde alrededor de 50 por ciento de los casos de cáncer de mama se diagnostican en etapa temprana, la cual ofrece mayores posibilidades de curación. En México, de 40 a 50 por ciento de los casos diagnosticados corresponden a etapas muy avanzadas (estadio III) o diseminadas (IV), que además de generar mayores costos en su atención, su baja probabilidad de sobrevivencia trae aparejado el consecuente perjuicio familiar y social de las muertes.

Cuadro 8

Muertes por cáncer de mama en México
según escolaridad, 2000

Escolaridad	Defunciones	%
Sin escolaridad	402	64.3
Menos de 3 años	456	
De 3 a 5 años de primaria	430	
Primaria completa	936	
Secundaria o equivalente	486	14.29
Preparatoria o equivalente	326	9.59
Profesional	365	10.73
Total	3 401	98.29

Fuente: INEGI/SSA, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección de Prevención y Control del Cáncer en la Mujer, "Situación actual del programa de acción".

Nota: se excluyeron 59 defunciones por escolaridad no especificada.

41 En las etapas tempranas aparece el tumor, pero no hay nódulo ni metástasis, como en la 0 (carcinoma in situ); en la I el cáncer no se ha salido de la mama. Ambas etapas tienen un porcentaje de curación alto, pero cuando se sale, las probabilidades de vida empiezan a disminuir. Esto no quiere decir que las etapas II A y B no sean tratables y hasta cierto punto curables, pero en los estadios III y IV su resolución es más difícil y la sobrevida menor.

Cuadro 9

Distribución de defunciones por cáncer de mama en estados fronterizos, según escolaridad, 2001

Estados fronterizos	Escolaridad							Total
	Ninguna	< 3° de primaria	3 a 5 de primaria	Primaria completa	Secundaria o equivalente	Preparatoria o equivalente	Profesional	
B. C.	7	11	9	38	19	6	11	102
B. C. S.	3	2	2	3	2	2	5	19
Coahuila	6	12	9	43	26	7	13	120
Chihuahua	11	12	21	41	19	11	16	140
Nuevo León	6	17	25	52	29	25	28	187
Sonora	10	9	20	33	16	11	4	103
Tamaulipas	13	10	22	31	22	16	22	141
Nacional	411	462	443	946	510	342	422	3 603

Fuente: SSA Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Reproductiva (2003). Mortalidad por Cáncer de Mama según Entidad Federativa y Municipio, 2001.

La literatura revisada señala que los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama son múltiples y complejos. Ortega (2003) indica que la modificación de algunos de ellos se ubica fuera del alcance de las mujeres y los más susceptibles de cambio son los de índole socio-cultural; aunque cuestiones como una buena nutrición y acceso oportuno a los servicios de salud, para todo el proceso de atención (primer nivel y especializados), también son difíciles de resolver.

Por tanto, las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que no cuentan con seguridad social enfrentan serios obstáculos para recibir una atención oportuna y mejorar su calidad de vida. Según ha insistido la OPS (2000, 2004), la relación cercana entre pobreza, salud y género resulta incuestionable. La población que asiste a los hospitales públicos de la Secretaría de Salud generalmente es de escasos recursos y baja escolaridad. Uno de los pocos indicadores que ofrece un perfil más amplio sobre mujeres que han muerto por cáncer de mama es el de escolaridad. Enseguida se puede apreciar que para 2000, 65 por ciento de las mujeres que murieron en México tenían primaria completa o menos (véase cuadro 8 y 9).

En Sonora, 67 por ciento de las mujeres fallecidas tenían primaria incompleta y secundaria, a diferencia del estado de Nuevo León, donde los casos también se distribuyen entre los niveles de escolaridad más altos.

De 2000 a 2005 han muerto 690 mujeres en el estado; de éstas, 31 por ciento eran menores de 50 años y 37 tenían entre 50 y 64 años, por lo tanto, en el grupo de 50 a 54 ocurrió el mayor número de defunciones.

La tendencia ascendente se ha mantenido en el estado y el país, pero en Sonora se registran tasas de mortalidad mayores, como se muestra en la gráfica 1 y en el cuadro 10.

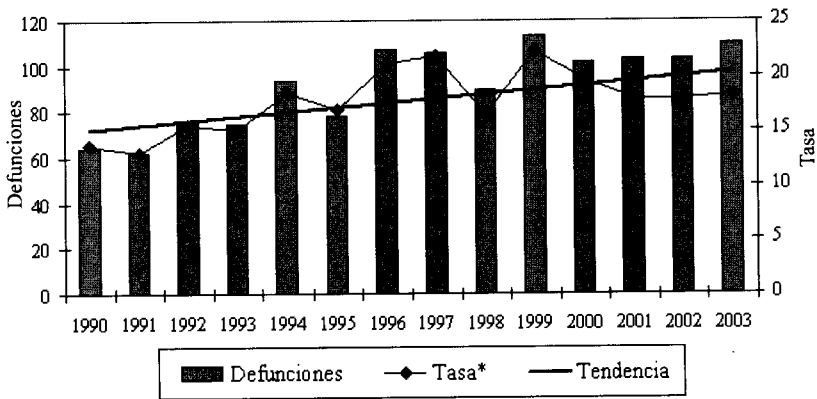
El cáncer ataca sobre todo a los grupos en edad reproductiva; tanto en México como en el estado, la incidencia del cáncer de mama en el de mujeres menores de 50 años alerta sobre la gravedad y complejidad del problema.

El Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama es prioritario dentro del sector salud en México. La prioridad manejada en algunas instituciones para población abierta consiste en destinar cierta

cantidad de recursos para apoyos específicos de las mujeres pobres, enfermas de este tipo de cáncer. En el caso particular del hospital público, donde se llevó a cabo la investigación, el apoyo especial a mujeres con cáncer se traduce en descuentos para hospitalización, exámenes de laboratorio y consultas médicas; la institución marca que será el Departamento de Trabajo Social el que determinará quién recibirá los apoyos, con base en un estudio socioeconómico.⁴²

Gráfica 1

Tendencia de la mortalidad por cáncer de mama en Sonora, 1990-2003



*Tasa por 100 mil mujeres mayores de 25 años.

Fuente: Secretaría de Salud, Subdirección de Vigilancia Epidemiológica, SEEDM/DGS, 2003.

42 De 2000 a 2003 se registraron 1 107 acciones de apoyo, de las cuales 63 por ciento se ofreció a mujeres de Hermosillo, y el resto a otras de varias partes del estado. Los apoyos cubren el pago parcial o completo en los servicios de consulta, las pruebas de laboratorio, las cirugías y la hospitalización; estos pueden abarcar desde el costo de una consulta (40 pesos), hasta los de una cirugía que pueden ser miles). Incluye cáncer de cérvix y cáncer de mama (Departamento de Trabajo Social del HIES).

Cuadro 10

Mortalidad de mujeres por cáncer de mama en Sonora,
por grupo de edad, 2000-2005

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Grupo de edad							Totales
20 -24	-	-	2	-	-	-	2
25-29	2	-	1	2	-	1	6
30-34	5	1	-	6	4	1	17
35-39	2	9	5	6	8	6	36
40-44	8	12	6	14	10	15	65
45-49	14	10	13	14	14	23	88
50-54	14	9	15	13	32	24	107
55-59	20	11	15	14	17	8	85
60-64	6	15	11	11	11	9	63
65-69	12	8	10	5	13	14	62
70-74	6	6	7	9	2	10	40
75-79	9	13	7	6	9	6	50
80-84	6	3	7	5	6	6	33
85 y más	5	6	6	5	8	6	36
Totales	109	103	105	110	134	129	690

Fuente: Sistema Dinámico de Información Estadística en Salud /INEGI/Secretaría de Salud-SEED/DGE/DGSSC.

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DESDE EL ESTADO
Y LA INSTITUCIÓN DE SALUD

En México, la calidad de la atención parte de un enfoque administrativo y gerencial; la evaluación de la calidad en las instituciones de salud se basa en el modelo de A. Donabedian, cimentado a su vez en el análisis de los componentes de estructura, proceso y resultado. Si bien señala la importancia y complejidad de la relación médico-paciente, las premisas fundamentales que se operacionalizan en las prácticas de evaluación y mejoramiento han privilegiado la focalización en la organización de las instituciones y la eficientización de recursos, situación que se ha complicado en un escenario en el que se lleva a cabo, de forma paralela, la reforma del sector salud, y en el que se han sentido los estragos de las crisis económicas ocurridas en el país desde principios de los años ochenta.

Aunque este enfoque aún prevalece en las instituciones, se ha incorporado al discurso uno nuevo desde los derechos, primero para reconocer que la calidad en los servicios representa un problema que atenta contra la atención a la salud, y segundo implementando un programa nacional que busca modificar y mejorar la calidad de la atención.

El Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud⁴³ se puso en marcha a principios del sexenio 2000-2006, y se adoptó en la mayoría de los estados del país casi desde su inicio; en Sonora se echó a andar a principios de 2001. Cuando se realizaron las

⁴³ En adelante se usará “el Programa de la Cruzada” o “la Cruzada”.

entrevistas a prestadores, directivos y funcionarios, el programa llevaba casi dos años operando, por lo cual se pudo incluir preguntas sobre su funcionamiento y conocer algunas acciones implementadas en el hospital donde se llevó a cabo el trabajo de campo.

El objetivo del presente capítulo es analizar el manejo de la calidad de la atención desde el Estado, a través del Programa de la Cruzada, su práctica institucional en Sonora y la forma en la que participan los distintos prestadores (prestadores médicos, directivos y funcionarios), que representan al personal operativo de la calidad; asimismo, interesa mostrar cómo los médicos participan en la toma de decisiones institucionales. Se verá que las definiciones y percepciones de la calidad varían de acuerdo con la posición de los participantes.

EL MANEJO DE LA CALIDAD EN EL MARCO ESTATAL:

LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud, implementado por el sector salud de México, en el sexenio 2001-2006, es coordinado por la Secretaría de Salud y fue establecido como prioridad en las distintas instituciones del sector. Su objetivo general es “elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población”. “Elevar la calidad” es uno de los ejes principales del Plan Nacional de Salud (PNS) 2001-2006. La Cruzada se estructuró en varias etapas: a) realización de un diagnóstico-evaluación; b) implementación de cambios organizativos; c) capacitación de los trabajadores de los servicios de salud y d) monitoría y evaluación de seguimiento.

El presente análisis reconoce que el discurso de la Cruzada define de manera explícita conceptos como calidad, trato digno, respeto a los derechos, ciudadanía, atención a la salud reproductiva, empoderamiento y género. Se identifican otros que de manera implícita se refieren al poder, la legitimación, el modelo biomédico, la autoevaluación y la autocomplacencia y la jerarquía médica. El marco teórico de M. Foucault

proporciona las herramientas conceptuales para identificar la manera en que el Estado, a través de la construcción y uso del discurso, así como el poder en las instituciones de salud, busca legitimidad y muestra su intencionalidad llevando a cabo una serie de dispositivos de intervención que buscan la implementación, el consenso de las acciones y la adaptación y transformación de las prácticas en las que interviene. Aunque los alcances de este apartado se limitan a mostrar los contenidos del discurso, problematizando sus componentes, se muestran algunas acciones instituidas por la Cruzada, que ayudan a entender mejor el uso del discurso y el poder en un plano general.

Se asume que a partir del discurso oficial se van “nombrando” los asuntos prioritarios (de acuerdo con intereses diversos), porque el discurso es un pilar en el ordenamiento y control de las acciones y la participación de los distintos actores; porque a través de él las instituciones y el Estado contribuyen a su propia legitimación ante la sociedad nacional e internacional, y porque a través de él se ejerce el poder institucional y estatal que va generando la “verdad” de las cosas, como afirma Foucault, “la producción de discursos que se autoconstituyen en verdades incuestionables. El discurso, por ello, pasa a ser en realidad una forma específica de poder”. De tal forma que analizar las premisas contenidas en él da pie a encontrar el trasfondo, sin olvidar lo explícito: “el discurso manifiesto no sería a fin de cuentas más que la presencia represiva de lo que no dice, y ese ‘no dicho’ sería un vaciado que mina desde el interior todo lo que se dice” (Foucault 2001, 40).

Tradicionalmente, la calidad de la atención en los servicios de salud se ha traducido en objetivos que buscan monitorear y controlar más los recursos, acciones y resultados, con base en un enfoque gerencial y eficientista. Sin embargo, en las últimas décadas, se distinguen dos momentos históricos: a) en 1970 y 1980 el diseño de planes y programas, y la evaluación de los servicios de salud se llevó a cabo a partir de un enfoque gerencial y administrativo, para eficientar recursos y lograr metas. La búsqueda y evaluación de la calidad era un objetivo implícito en las demás acciones de la atención a la salud de las mujeres, y los conceptos manejados en su discurso fueron los de salud materno-infantil y planificación

familiar⁴⁴ y b) a partir de los años noventa, se incorporan conceptos como el de derechos, en un contexto en el que se llevaba a cabo el debate sobre los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Aunque no se abandona el enfoque anterior, dicha década se caracteriza por el reconocimiento explícito de una calidad deficiente en los servicios y la necesidad de redirigir y focalizar la atención de la salud a los grupos sociales más vulnerables, como el de las mujeres. El cambio de discurso se observa en el reconocimiento de demandas sobre inequidades y violaciones de sus derechos, señalados desde décadas anteriores por grupos de activistas y académicas, y por los acuerdos signados en conferencias internacionales que incorporaron conceptos como salud reproductiva, derechos y perspectiva de género. El Programa de la Cruzada forma parte de este segundo momento.

El poder del discurso del Estado, en relación con la calidad de los servicios de salud, es una manera de obtener legitimidad⁴⁵ social mediante estrategias de obtención de consensos (o aparentes consensos) entre los actores de la Cruzada. Como se señaló en el capítulo 1, Foucault plantea la relación discurso-poder, pues a través del discurso se influye en las prácticas.

El discurso del Programa de la Cruzada tiene como objeto la calidad de la atención en los servicios de salud, y siguiendo a Foucault, abre la

44 El IMSS ha sido una de las instituciones del sector que ha establecido programas de mejoramiento de la calidad de la atención desde hace algunos lustros; se distinguen varios programas basados en este enfoque. De 1974 a 1978, se implementó un modelo de desarrollo organizacional, luego fueron los círculos de calidad (1988), capacitación en la alta dirección (1989), un programa sobre la modernización en la empresa pública (1990) y por último el Plan Integral de Calidad (1999) (Borrego 2001).

45 Weber distingue la dominación legítima de carácter racional, tradicional y carismático; nuestra definición de legitimidad caería en la primera clasificación. El autor la define como: “[aquella] que descansa en la creencia de legalidad de ordenaciones estatuidas y de los derechos de mando de los llamados por estas ordenaciones a ejercer la autoridad [autoridad legal]...[todo derecho tiene] la pretensión de ser respetado [...] representa un cosmos de reglas abstractas” (Weber 1983, 172). Por su parte, Bobbio y Matteucci (1982, 892) definen la legitimidad como el atributo del Estado para lograr cierto grado de consenso en la población, de tal forma que asegure la obediencia sin que sea necesario recurrir a la fuerza.

posibilidad de identificar no sólo lo visible, lo que está en la superficie de los enunciados y sus interrelaciones, sino el momento histórico y ese “haz complejo de relaciones” que se establecen “entre instituciones, procesos económicos y sociales, formas de comportamiento, sistema de normas, técnicas [...]” (Foucault 2001, 74).

Antecedentes

Algunos documentos oficiales del sexenio presidencial de 1994-2000, ya apuntaban a la revitalización del discurso en el marco de acuerdos internacionales, con la incorporación de conceptos “nuevos” sobre la atención a la salud de las mujeres, tales como salud reproductiva, perspectiva de género y derechos sexuales y reproductivos. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, de El Cairo (1994) y la contraparte no gubernamental, la Conferencia Internacional de Beijing (1995), así como las presiones de algunos organismos internacionales y organizaciones civiles del país, tuvieron un papel importante en la adopción de este discurso. Sin embargo, la rapidez con la que se incorporó esta serie de conceptos no fue acompañada de estrategias que lograran cambios sustanciales y visibles en la atención de la población usuaria, además de que el sector salud recibió una significativa restricción presupuestal, que se reflejó luego en la atención a la población (Espinosa 2000), y que impactó el objetivo del plan 1995-2000 de “elevar la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva [que] requiere promover el ejercicio de derechos, dignidad, autonomía y asegurar la adquisición de poder [empoderamiento] de las mujeres en la toma de decisiones” (Poder Ejecutivo Federal 1995b).

En 1997, el CONAPO (2000),⁴⁶ junto con el IMSS y el ISSSTE, llevó a cabo un diagnóstico sobre la calidad de la atención en los servicios de

⁴⁶ El estudio propone un sistema de seguimiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, con el objetivo de “establecer un sistema de información periódico y confiable”, y partió de las definiciones operativas de calidad de la atención como “la satisfacción de las necesidades de salud reproductiva de usuarios y usuarias respecto a la educación, los servicios, el costo y el acceso a los mismos a

salud de planificación familiar, que representó otro de los insumos de la Cruzada. Dicho estudio fue parte del Plan de Acción para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios y el Fortalecimiento de las Acciones de Información, Educación y Comunicación en Planificación Familiar. Una de sus aportaciones fue la incorporación de los planteamientos teóricos de Judith Bruce (1998), lo que dio un giro a la conceptualización del término de calidad, enmarcándolo en los derechos de las mujeres, y que tradicionalmente se había implementado en planes, programas y estudios de monitoreo en el sector salud a partir del modelo de A. Donabedian. Este fue uno de los primeros esfuerzos realizados como una investigación sistemática para conocer la calidad de los servicios, aunque sólo en planificación familiar, y donde participaron en mayor o menor medida los programas estatales.

En la década de los años noventa, la Secretaría de Salud puso en práctica algunas acciones para el mejoramiento de la calidad y realizó diagnósticos en las instituciones de su área, sin embargo dichas iniciativas se han efectuado de manera aislada y no han tenido el seguimiento pertinente, como el caso del IMSS. En 1997 se llevó a cabo la investigación Vinculación de los servicios de Salud Reproductiva, que planteó entre sus objetivos conocer el grado de difusión y aplicación de las normas oficiales relativas a la salud reproductiva, así como de los conceptos de salud reproductiva, perspectiva de género y derechos reproductivos, incluidos en el Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva 1995-2000. Sus resultados muestran que entre los prestadores había poca información, que desconocían y sabían poco sobre las normas oficiales relativas a la salud reproductiva.⁴⁷

través de la mejor utilización de los medios disponibles”; aseguramiento de la calidad como “un proceso continuo, sistemático y objetivo para monitorear, supervisar y evaluar la calidad de los servicios de salud reproductiva, con el propósito de identificar, pronosticar y resolver problemas operativos y situaciones favorables relacionadas con la calidad de los servicios” (Ibid., 21).

⁴⁷ Los resultados señalaron que 60 por ciento de los prestadores desconocía la definición del término “perspectiva de género”; 72 tenía alguna idea sobre él y 16 definió “salud reproductiva” con cuestiones no relacionadas a ella.

Otros insumos retomados en el Programa de la Cruzada fueron algunas encuestas nacionales sobre población y salud realizadas en los años noventa, la mayoría a partir de la segunda mitad, que recabaron información relevante sobre las percepciones de la población acerca de la calidad de la atención, su acceso, costos e información sobre el uso de servicios.⁴⁸

Documentos rectores de la Cruzada Nacional por la Calidad

El PNS 2001-2006 plantea como uno de sus ejes principales mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud; en este contexto se elaboró el programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Dos de los cinco objetivos generales planteados en el PNS se refieren a “mejorar las condiciones de salud de los mexicanos” y “garantizar un trato adecuado”, los cuales representan el punto de partida para elaborar los documentos normativos y programáticos, así como la asignación presupuestal para su realización. El concepto trato adecuado queda establecido desde aquí como noción clave en el Programa de la Cruzada, que después aparecerá como trato digno.

Uno de los documentos rectores en materia de salud es el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES 2002), mediante el cual el gobierno federal obtuvo un crédito en la banca internacional

⁴⁸ Muchas de estas encuestas no exploraron directamente el tema de la calidad de los servicios de salud, pero sí dan cuenta de aspectos muy relacionados, como el acceso, el costo y la resolución de problemas. Entre éstas se encuentran: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), INEGI 1992; Encuesta Nacional de la Salud Materno Infantil (ENSAMI)-SSA 1994a; la encuesta de satisfacción con los servicios de salud de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) 1994; Encuesta Nacional de la Planificación Familiar (ENAPLAF)-CONAPO 1995; Encuesta Nacional de la Comunicación en Planificación Familiar (ENCOPLAF)-CONAPO 1996; ENOPLAF-CONAPO 1996; ENADID-INEGI 1997; Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSARE)-IMSS 1998; Encuesta de Salud Reproductiva del IMSS-SOLIDARIDAD 1999; Encuesta Nacional sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF)-INEGI 1999; Encuesta Nacional sobre la Juventud (ENAJUV)-INEGI-Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) 2000; Evaluación de Hogares SEDSOL-PROGRESA 1998; Seguimiento operativo del PROGRESA 2000 y ENSA-SSSA de 2000. El trabajo de Salas (en prensa), ofrece un análisis amplio de estas encuestas y explora la definición del concepto de calidad en los cuestionarios.

de desarrollo (Banco Mundial). Dichos recursos estarían destinados a mejorar la salud de grupos y regiones marginadas del país de 2002 a 2006. El PROCEDES plantea “la equidad en el acceso a estándares mínimos de calidad en los servicios de salud”, y formula financiera y políticamente la búsqueda del mejoramiento de la calidad de la atención (SSA 2001f, 9).

Otra de las fuentes principales para la Cruzada es la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000, realizada por FUNSAUD. En ésta se obtuvo que de cada diez mexicanos pobres, cuatro se quejan del escaso apoyo ofrecido en las unidades de salud.

El concepto trato adecuado es muy importante, pues representa variables que son monitoreadas en las primeras acciones de la Cruzada, y abre la evaluación de la calidad en las instituciones a una dimensión poco visible en los servicios (SSA 2001g, 54);⁴⁹ sin embargo, a medida que se avanza la documentación del programa, el término trato adecuado cambia a trato digno.

Otro concepto definitorio para el Programa de la Cruzada, es el de *ciudadanía*, que supone el “ejercicio de derechos y obligaciones que se definen en el marco de una constitución”. El sentido de esta definición enfatiza la connotación de derechos sociales (DS), además de libertad, igualdad ante la ley y el ejercicio de los derechos políticos. Los DS se hacen “realidad a través de las actividades de instituciones tales como el sistema educativo y los servicios de salud”. En este marco, la *ciudadanía social* se define como “el ejercicio pleno de los derechos sociales [...] tras la maduración de la ciudadanía política” (Ibid., 73).

Algunos conceptos del PNS que forman esta construcción discursiva son los de justicia, autonomía, corresponsabilidad social y solidaridad; el de calidad de los servicios de salud se define como:

⁴⁹ El PNS (Ibid., 54-73) presenta como justificación para la Cruzada las quejas más frecuentes: “El hostigamiento y el maltrato son dos de los motivos de queja más frecuentes ante las comisiones de derechos humanos. Cuatro de cada diez mexicanos pobres también se quejan de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud”. Enfatiza las diferencias entre regiones e instituciones de salud y menciona a los grupos indígenas, a las mujeres y a los pobres como los que reciben un trato de “poco respeto”.

el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes. La calidad tiene la dimensión técnica, que busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos [...] y la dimensión interpersonal, que se le ha dado en llamar ‘calidez’ de la atención, y supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su satisfacción plena (Ibid., 110).

*Programa de la Cruzada Nacional
por la Calidad de los Servicios de Salud*

El Programa de la Cruzada⁵⁰ se echó a andar a principios de 2001. Sus planteamientos se definen en ocho líneas de acción, que se desagregan en una serie de documentos programático-normativos. El programa se apoya en la estructura formada por los comités estatales de calidad, así como en otras instancias en materia de salud; por ejemplo el Consejo Nacional de Salud y de Salubridad, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Secretaría de Educación y la de Desarrollo Social. Esta organización programática en la esfera institucional muestra el papel relevante que adquiere la Cruzada, y el discurso que se conjunta bajo esta tónica aparece como parte del consenso y reconocimiento de los titulares de los programas institucionales del Estado, en materia de atención a la salud, que a su vez son los encargados de ejecutar sus planteamientos operativos.

Se reconocen cuatro problemas principales en los servicios de salud, que a la vez se convierten en los cuatro retos principales de la Cruzada en el plano general: a) bajo nivel de la calidad de los servicios de salud públicos y privados; b) heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas, instituciones y en el interior de éstas; c) percepción de una mala calidad de los servicios por parte de la población y d) información pobre y poco confiable sobre el desempeño de los servicios de

⁵⁰ La definición de “cruzada” del diccionario de María Moliner (1992), además del conocido “campana en pro de algún fin”, también es “lucha o serie de esfuerzos hechos con un fin elevado”.

salud (SSA 2001e, 9). Estos resultados se habían señalado décadas atrás por organizaciones civiles y académicas.⁵¹

El concepto central de la Cruzada lo representa la definición de *calidad*, de manera desagregada en dos categorías: a) *trato digno*, que se traduce en respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona; a la entrega de información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o quien es responsable de él o ella; un interés manifiesto en la persona, en sus mensajes y sensaciones, así como amabilidad y b) *atención médica efectiva*, es decir, lograr el resultado (efecto) posible; que sea eficiente con la cantidad de recursos y adecuada al resultado obtenido; *ética*, pues debe estar de acuerdo con los valores socialmente aceptados y *segura*, al buscar los menores riesgos posibles (SSA 2002m, 18).

En la primera etapa se realizó un diagnóstico nacional para obtener información basal para la Cruzada, sin embargo, los indicadores seleccionados han quedado limitados frente a la definición de trato digno y atención médica efectiva, eficiente y ética (SSA 2001e):

- Tiempo de espera para consulta externa y urgencias
- Satisfacción por el tiempo de espera
- Surtido de recetas
- Satisfacción por el surtido completo de recetas
- Información del médico al usuario
- Satisfacción por la información del médico

⁵¹ La Cruzada retoma los resultados de la Encuesta Nacional por la Satisfacción con los Servicios de Salud 2000, que llevó a cabo FUNSAUD, para señalar algunas características del sistema de salud, que justifican la realización de la cruzada nacional: los servicios de salud habían empeorado en comparación con los de 1994; la población entrevistada calificó el nivel de calidad de los servicios por debajo de “escuelas públicas”, “agua y drenaje”, “teléfonos y transporte público” y sólo por encima de “policía”. Uno de los motivos de queja más frecuente ante la CONAMED es la falta de información del médico hacia el paciente.

Como se observa, el indicador clave en el conjunto se refiere a la *satisfacción* de los y las usuarias,⁵² término que se define como “la percepción favorable que produce en el usuario la recepción de una atención de calidad. Para algunos autores, es un resultado del proceso de atención médica, pero dada su importancia, se determinó como una dimensión a medir” (SSA 2001g, 110). Las dimensiones y categorías de dicho concepto son: amenidades y relaciones interpersonales; atención en la consulta externa; atención en hospitalización y quirófano; atención en auxiliares de diagnóstico y tratamiento; atención en farmacias y precio de los servicios (SSA 2002j). Con estos elementos se van construyendo cuestionarios dirigidos a los usuarios en los servicios, y que son recopilados por el personal de éstos.

Respecto al sentido de la generación de información en la primera etapa de evaluación, uno de los objetivos del programa de la Cruzada es “[...] mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios de salud con *datos verídicos*, y así desarrollar la confianza de la población en su sistema de salud” (SSA 2002m, 21). Si bien es cierto que en la formulación del programa son retomados datos de distintas fuentes, la forma en que se plantea la búsqueda sugiere que los datos generados por sus propios instrumentos serán confiables y verídicos.

Actores de la Cruzada y participación ciudadana

En los distintos documentos de la Cruzada se ha puesto el énfasis en la participación tanto de proveedores de salud, medios y operativos, como de usuarios, organizaciones civiles y población en general (SSA 2001e; 2002a).

Los documentos del segundo año de la Cruzada destacan como elemento clave el papel de la participación ciudadana en los comités estatales de calidad; entendida como la que:

⁵² Estos indicadores pertenecen al modelo construido por A. Donabedian sobre calidad, formado por los componentes de estructura, proceso y resultado, ubicados en el último componente, pero que por su importancia se considera un indicador por separado.

ayudará a que los usuarios y la población se motiven a participar como sujetos activos en la mejora de la calidad, como motivadores y avales de este proceso y de la información de resultados del monitoreo, lo que les dará transparencia, generando confianza a la ciudadanía (SSA 2002i, 10).

La participación ciudadana se representa con la figura del aval ciudadano, el cual se entiende como:

un llamado a las personas de una o varias organizaciones reconocidas moral y socialmente para ejercer un acto de derecho ciudadano en el que mediante su participación y a través de un escrito firmado, se valide la información de resultados del monitoreo de indicadores de calidad que presentan las instituciones que integran los Comités Estatales de Calidad en Salud, generando de esta manera transparencia y confiabilidad en la información institucional (SSA 2001m, 58).

El aval será quien fungirá como una instancia de “contraloría social, para consolidar espacios de comunicación, gobiernos y/o sociedad...” (SSA 2001i, 10), sin embargo, no participan en el diseño y planeación de cambios.

Evaluación, monitoreo y capacitación de operadores

La primera etapa del programa evaluó seis indicadores. Enseguida se describen sus resultados y se analiza la traducción de los lineamientos teóricos de la Cruzada. La evaluación se llevó a cabo en 3 794 unidades médicas de primer y segundo nivel de atención “en las que se hizo seguimiento a 6 indicadores de trato digno”. Uno de los objetivos de esta evaluación es “impulsar la cultura de la medición” (SSA 2002i, 4).

Los resultados muestran que los alcances fueron positivos al término del primer año del programa, entre 80 y 95 por ciento. Sin embargo, estos datos sugieren dos hipótesis: que la manera de recolectar la información favoreció la opinión positiva de los usuarios, al ser los propios presta-

dores quienes aplicaron los instrumentos en el espacio institucional de los servicios, o bien que los entrevistados expresaron satisfacción por el solo hecho de haber recibido la atención, pues la población usuaria de los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud donde se recolectó la información es de bajos recursos, con menos opciones de atención en otros servicios y seguramente con bajas expectativas en cuanto a calidad. No es objetivo de este trabajo demostrar estas hipótesis, pero la información sobre la seria crisis de recursos en las instituciones públicas, de la que da cuenta cotidianamente los medios de comunicación, hace cuestionar los resultados.⁵³

La capacitación de los directivos medios y responsables de la Cruzada se ha impulsado a escala estatal, para que luego ellos se conviertan en sus replicadores. La información que han recibido en las distintas reuniones de capacitación abarca aspectos conceptuales y metodológicos; el fundamento teórico se basa en el modelo de A. Donabedian sobre calidad de los servicios (SSA 2002g). La adopción de las dimensiones del modelo donabediano ha sido explícita en todos los documentos, y propone que los requisitos de la calidad son los siguientes: producto (lo que los clientes/pacientes reciben, por ejemplo, información, receta u orden de laboratorio, expediente clínico e información sobre actividades a sus superiores), calidad (característica que deben tener los productos para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios) y usuario (personas que reciben los productos).

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud desde una perspectiva sociológica

El lenguaje del discurso oficial se ve enriquecido desde los conceptos manejados en el PNS 2001-2006; son términos que lo actualizan en el marco de los avances de las cumbres internacionales de El Cairo y

⁵³ Revisión de condensados de notas hemerográficas de la prensa nacional de 1993 a 2001, sobre temas de calidad de los servicios de salud. Boletín de Información Periodística en Salud UAM-XDGBS, Área Educación y Salud, México y revisión de los periódicos *La Jornada* (nacional) y *El Imparcial* (local Sonora) de los años 2002 y 2003.

Beijing, al mismo tiempo que los institucionaliza a nivel enunciativo. Sin embargo, al rastrear sus contenidos se observa una importante restricción del enfoque original cuando se traducen en acciones de evaluación, monitoreo y capacitación, lo que lo reduce a la dimensión gerencial y organizacional del modelo de Donabedian (SSA 2002a; 2002i). Los conceptos de derechos, ciudadanía y género, entre otros, no se operacionalizan para su medición; es hasta la segunda etapa que se hacen algunos intentos.

Foucault señala que la apropiación del discurso forma parte del ejercicio del poder de hablar y expresa un derecho “para hacer entrar este discurso en decisiones, instituciones o prácticas, está reservada de hecho [a veces de manera reglamentaria] a un grupo determinado de individuos” (Foucault 2001, 111). Es decir, termina de legitimar el uso institucional de los conceptos modificando su sentido.

El avance que podría reconocerse en el discurso de la Cruzada, está en el hecho de que el gobierno evidencia la baja calidad de la atención en los servicios de salud, reconociendo las demandas y protestas de organismos civiles y población en general sobre violaciones a derechos de acceso, respeto a su autonomía y elección y resolución de sus problemas.

Pero, ¿qué significa que uno de los objetivos iniciales en las acciones de la Cruzada sea lograr una mejoría visible y a corto plazo, que pueda ser “claramente percibida” por los usuarios y que con ello se pueda ir recobrando “la confianza” en los servicios (públicos) de salud? La búsqueda explícita de lograr el mejoramiento de los indicadores percibidos directamente por la población, alude a una institución que busca visibilizar su trabajo y poner de manifiesto que la población importa, que el Estado cumple o muestra la intencionalidad de cumplir su obligación de proveer servicios de salud de calidad, mejorando justo los aspectos más sensibles de ser percibidos. Sin embargo, detrás de esto, pueden señalarse limitaciones que no dan cuenta de otros problemas estructurales, como los de inequidad en la atención y desigualdades de género, o de acceso y atención oportuna en la resolución de problemas más allá del primer nivel de atención, violación de derechos y falta de recursos. La incorporación institucional de conceptos ganados en el ámbito social, como

exigencia al propio Estado, significa la búsqueda de legitimidad a través de las acciones de la Cruzada.

Aunque en el discurso se señale que se tomarán en cuenta “las características individuales de la persona [...] [y habrá] un interés manifiesto [...] en sus mensajes, sensaciones y sentimientos” (SSA 2002m, 18), la contradicción se manifiesta entre este tipo de afirmaciones y la definición operativa de calidad, que cifra su validez en tanto sea medible y cuantificable, y termina por sostener una óptica de homogeneización de las personas usuarias en los servicios de salud.

Partir del modelo donabediano, y reducirlo a las dimensiones técnicas, administrativas o de eficiencia, no permite reconocer otros problemas relacionados con violaciones de derechos. Se asume que como cliente, el usuario es capaz de optar por algún servicio de atención, sin embargo las condicionantes estructurales, organizativas y de trato dificultan este ejercicio, si la idea de cliente se equipara a la de un usuario/a ciudadano/a que ejerce a plenitud sus derechos. Sin embargo, como diría Escalante (2002), la categoría de “ciudadanos imaginarios” se hace presente, pues “la pobreza no produce ciudadanos”. El perfil de cliente que opta, decide y exige una atención de calidad, está lejos de cumplirse para la gran mayoría de los usuarios de los servicios públicos de salud en México.

El concepto de calidad, tomado del campo de la empresa y aplicado al de los servicios de la salud, se encuentra en un nuevo contexto de relaciones políticas, económicas y sociales, que abre la posibilidad de nuevas interpretaciones sin perder su enfoque original. Este sentido lo adquiere en el discurso, matizando su contenido con la incorporación de conceptos que dan a la definición un enfoque más político, y que lo enmarca en los derechos humanos y sociales y en la perspectiva de género, con el objetivo de empoderar a las mujeres. Es decir, un discurso adaptado a los nuevos aires y exigencias políticas, que hace que “tal objeto se elabore, sea metamorfoseado o importado, tal estrategia se modifique, sin dejar de pertenecer por ello a ese mismo discurso [...]” (Foucault 2001, 123), pues no puede, no debe permanecer inmóvil, porque no es ajeno al tiempo.

En la revisión de los documentos básicos de la Cruzada se observa la ausencia de una perspectiva de género, tantas veces anunciada desde el PNS. En otros documentos se señala en forma explícita que “para alcanzar sus objetivos intrínsecos el sistema [de salud] debe ser efectivo, accesible, equitativo, de calidad, eficiente y financieramente sano, *además de tener perspectiva de género*”, a la que se le dará seguimiento “mediante la *desagregación por sexo* de los indicadores que lo permitan” (SSA 2002e, 34).⁵⁴

Si bien el discurso se ve enriquecido al reconocer problemas y deficiencias en la calidad de la atención, pareciera caer en una contradicción cuando busca “mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios de salud con *datos verídicos* y así desarrollar la confianza de la población en su sistema de salud” (SSA 2002m, 21). Se trata de un manejo que podría interpretarse de dos maneras: por un lado, que los resultados de encuestas nacionales, trabajos académicos o grupos civiles, que han evidenciado de manera sistemática las experiencias y percepciones de los usuarios, no son del todo *verídicos*; o bien, que los resultados obtenidos de la autoevaluación de los servicios, en todos los niveles, son los más confiables y por tanto *datos verídicos* de los que hay que partir.

Existe una contradicción en el modelo de evaluación y monitoreo, pues a pesar de reconocerse el papel del usuario como cliente, no es tomado en cuenta en el diseño de distintas estrategias de cambio para mejorar los servicios. Se puede suponer que los altos porcentajes de satisfacción son creíbles, en tanto la mayoría no tiene otra opción de atención y su expectativa es ser atendido. Habría que explorar a profundidad las diferencias entre las respuestas registradas en las encuestas nacionales, examinando diversos aspectos de la salud, y las obtenidas por los instrumentos de evaluación y monitoría de la Cruzada. Otro aspecto que influye en la opinión positiva y favorable de los servicios es la manera en que se recolectan los datos. Aunque no es objetivo de este trabajo generar una discusión metodológica sobre los instrumentos de recolección de información del programa, hay que señalar un posible problema de diseño y visión teórica en el uso del método de evaluación.

⁵⁴ Las cursivas son nuestras

A pesar de esta actualización en el discurso, el modelo médico hegemónico (MMH) no es objeto del discurso de la calidad de la atención, aunque se reconozcan algunos de sus rasgos estructurales cuando se refieren al “viejo” y “nuevo” paradigma (SSA 2002m, 9); de allí las limitaciones, que al mismo tiempo significa una autocrítica que aporta a la legitimación a través de un discurso realista. El modelo biomédico que prevalece en la atención de la salud se mantiene fuertemente desde la planeación de los programas hasta la cotidianidad de la atención (Menéndez 1990, 87).⁵⁵ Como parte de sus características fundamentales, asume “que el médico es el que sabe”, y la calidad de la atención definida desde el Estado termina por restar importancia a la relación médico-paciente, a pesar de sus lineamientos.

Otro contenido de la Cruzada que pudiera parecer innovador es el impulso de la democratización⁵⁶ del cambio organizacional en los servicios, entendida como la apertura a la participación de los trabajadores operativos y la intervención directa en el mejoramiento de sus servicios, a través de propuestas “innovadoras” en la prestación del servicio. Este empuje aparece como el proceso complejo de una aparente democratización de los servicios de salud, que termina por condicionar el juego de autonomía y libertad con el fin de cohesionar las prácticas dentro de las instituciones de salud y sus mandatos, es decir, legitimar con base en la construcción de consensos, o cuando menos, no oposición tajante de los trabajadores medios, sobre todo de los operativos.

⁵⁵ Menéndez (1983) define el MMH como un “conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha logrado dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por los criterios científicos como por el Estado”. Sus rasgos estructurales son: biologicismo; concepción teórica evolucionista positivista; ahistoricidad; asocialidad; individualismo; eficacia pragmática; la salud-enfermedad como mercancía; orientación básicamente curativa; concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; relación médico-paciente asimétrica; no legitimación científica de otras prácticas; tendencia a la medicalización de los problemas; tendencia al consumismo médico y predominio de la cantidad sobre la calidad.

⁵⁶ El subtítulo del PNS 2001-2006 es La democratización de la salud en México.

Al respecto, Foucault señala que el discurso se construye y se convierte en “verdad [que] se vuelve ley gracias al poder, pero el poder subsiste y se reproduce debido a que existe un saber que se erige socialmente como verdad, que logra ganar el consenso de la gente, que se introyecta en las conciencias y en los actos de los individuos sujetos del poder” (2001, 189).⁵⁷ ¿Hasta dónde logra el discurso de la calidad de la Cruzada generar las prácticas de atención de calidad, que son su propio objeto? El discurso de la calidad entre los prestadores de salud apunta hacia reticencias al mismo, pero lleva a cabo lineamientos institucionales y normativos de la Cruzada hasta ciertos niveles.

El Estado asume que sus trabajadores, en el papel de subordinados, acatan sus lineamientos y el establecimiento de prioridades lejos de su intervención; el programa no asume la autonomía que sus trabajadores operativos ejercen en la cotidianidad de la atención, y tampoco parece reconocer el juego de las relaciones de poder que se llevan a cabo. La institución de salud y las relaciones de quienes la conforman, como lo plantea Foucault, se caracteriza por los hilos del poder que alcanzan todos los niveles de la interacción entre los prestadores y la institución, y a su vez, la de éstos con los usuarios. En sus palabras, la microfísica del poder se ejerce en las instituciones de salud “en sus extremidades, en sus confines últimos, allí donde se vuelve capilar, de asirlo en sus formas e instituciones más regionales, más locales [...] allí donde adopta la forma de técnicas y proporciona instrumentos de intervención material” (Foucault 1992, 142).

En el discurso, la implementación de los cambios busca “arraigar la cultura de la calidad” mediante la modificación de la cultura, que dará un “cambio de actitud”, y no a través del poder coercitivo, que sólo logra un “cambio de comportamiento” (SSA 2002m). Las relaciones verticales según un esquema jerarquizado entre los trabajadores de la salud, no se ven como objeto de evaluación en la Cruzada. Es el poder institucionalizado del sistema, usado sutilmente de muchas maneras.

⁵⁷ Foucault define “verdad” como un conjunto de procedimientos reglamentados por la producción, la ley, la repartición, la puesta en circulación y el funcionamiento de los enunciados.

Todos los instrumentos de evaluación y monitoreo omiten las dinámicas a nivel micro y cotidiano, propias de las relaciones de poder que se ejercen, reconstruyen y reacomodan en forma permanente entre los prestadores de salud, y entre éstos con la institución y con los usuarios de los servicios.

La importancia de los usuarios, a quienes se les asigna un rol activo en el discurso, no plantea tocar aspectos de la cultura médica, es decir, del modelo biomédico que cotidianamente se vive en las instituciones de salud. ¿Cómo implementará la Cruzada o la dirección del sector salud estos cambios?, o más bien, ¿se plantean como una posibilidad?, o ¿hasta dónde llegaría el *papel activo* de los usuarios? Sin aludir, ni evaluar los preceptos fundantes de la práctica médica, el usuario se observa en desventaja ante el prestador, por ejemplo, para transmitir sus quejas, inquietudes y en general su cosmovisión sobre la propia atención, así como para tener un papel más activo y ser tratado como igual en la atención a su salud.

El proceso de volverse sujetos de derechos y ejercer la ciudadanía plena en los servicios de salud se complejiza, pues no depende sólo de los objetivos de un programa institucional como el de la Cruzada. Sin embargo, hay que reconocer que en el espacio de la atención de la salud se llevan a cabo una serie de condicionantes que apoyan, potencian u obstaculizan el ejercicio de derechos.

En pocas palabras, la Cruzada busca cambios de organización y eficiencia de recursos (¿hacer más con menos?) abriendo el juego de la autonomía de sus trabajadores, la libertad de elección y participación ciudadana y el fortalecimiento del sistema de los servicios de salud. El énfasis del modelo metodológico de la Cruzada es “medir hasta sus últimas consecuencias”. La medición encarnizada, a reserva de la discusión teórico-metodológica que pueda generar en un marco de evaluación de este tipo, podría arrojar resultados igual de válidos para establecer estrategias de mejora en la calidad de los servicios. Sin embargo, también es posible constatar el manejo y manipulación de resultados que permiten mantener y fortalecer el sistema de salud. Entonces, de nuevo, habrá que volver a sus definiciones fundamentales, a una exploración más pro-

funda de la Cruzada –enmarcándola en el modelo de Estado y la política social de México–, y al papel que sus instituciones de salud representan en él.

La postura teórico-metodológica de la sociología construccionista (Schwartz y Jacobs 1984), concede especial importancia a las condiciones de levantamiento de la información, al tipo de relación que se establece entre el investigador-investigado, así como al espacio y contexto en el que se ubica el usuario para contestar las preguntas y sus características socioculturales; a partir de estas consideraciones es posible entender la forma en la que llega a construirse el dato.⁵⁸ Esta reflexión se complementa al señalar que las implicaciones teóricas de las encuestas se refieren al reconocimiento de la cuantificación como el método más válido dentro de los estudios científicos. En el caso del sector salud, enmarcado por el modelo biomédico que resulta ser el hegemónico en los servicios, tal reconocimiento se ha exacerbado en la medición implementada por la Cruzada.

Además, su principio básico señala que: “Los problemas que afectan la calidad generalmente están causados por el diseño de sistemas y de los procesos”, implica que mejorando el sistema podrá realizarse “en cascada”, la situación particular de la atención de la salud. Este enfoque teórico que parece un tanto determinista, se matiza con la incorporación de conceptos cualitativos al discurso y a las acciones, y con la participación [a nivel enunciativo] de los trabajadores operativos y usuarios (SSA 2002m, 3).

Aunque se reconoce la amplia productividad documental para sustentar la Cruzada, interesa dejar planteado su análisis ya que, por un lado, enmarca las actividades de mejoramiento de la calidad en el hospital donde se llevó a cabo la investigación, y por otro, recoge varias aristas del problema de la calidad de la atención que se vierten en los distintos capítulos del libro.

⁵⁸ Para un análisis más detallado de las implicaciones teórico-metodológicas en el uso de dicho instrumento, se recomienda el artículo de Iriart y Nervi (1990, 27-35).

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
SEGÚN PRESTADORES, DIRECTIVOS Y FUNCIONARIOS

Descripción de los entrevistados

A continuación se expone una breve caracterización de los informantes institucionales, que participan en los distintos niveles de coordinación y toma de decisiones respecto a la calidad de la atención, que incluye a funcionarios estatales y prestadores médicos, paramédicos y directivos en la institución.

A excepción de uno, todos tienen una antigüedad de cinco a casi treinta años en la Secretaría de Salud, y prácticamente todos tienen nombramiento de base; en el caso de los directivos y funcionarios, todos tenían una experiencia anterior como profesionistas médicos. Cabe mencionar que durante el tiempo en que se realizó la investigación, recién iniciaba una nueva administración estatal, lo cual imprimió cierta atmósfera de incertidumbre en los directivos y funcionarios en cuanto a la continuidad de su nombramiento, o sobre los programas que coordinaban.⁵⁹ El cuadro 11 resume estas características.

Todos los médicos tienen puesto de base en la institución, y al tratarse de un hospital-escuela, también son docentes de los residentes de la especialidad de ginecología, tanto en consulta externa como en quirófano. Su jornada semanal se organiza con turnos en quirófano, rondas o visitas a sus pacientes hospitalizados, horario de consulta externa y participación semanal en sesiones clínicas con los residentes.

Todos los especialistas tienen otro trabajo, algunos en su consultorio particular y otros en alguna institución pública. Dos de ellos tienen dos lugares más que cubrir, y en varias instituciones en las que participan tienen nombramiento de tiempo completo. Las enfermeras, por su parte, son de tiempo completo, con base, y sólo trabajan en el hospital. Enseguida se resumen los lugares en los que los médicos trabajan distintas jornadas:

⁵⁹ El periodo comprende de finales de 2003 a principios de 2004.

DE PACIENTES A EXIGENTES

Doctores	Lugares de trabajo
Paz	Hospital de la SSA Consulta privada
Córdova	Hospital de la SSA Consulta privada
Luna	Hospital de la SSA Hospital de seguridad social Consulta en una ONG
Anaya	Hospital de la SSA Hospital de seguridad social Consulta privada Consulta en una ONG

Cuadro 11

Los entrevistados

Prestador, directivos y funcionarios	Años de servicio en la SSA	Sexo	Otro trabajo	Especialidad
Médicos (4)*	2 con 28 1 con 4 y 1 con 5	4 hombres	Sí	3 ginecólogos 1 oncólogo
Enfermeras asistentes (2)	Entre 10 y 28	2 mujeres	No	Técnicas en enfermería
Directivos del hospital (5)	Entre 6 y 20	2 hombres 3 mujeres 1 mujer	Médico-sí Enfermeras-no Administrativo-no	2 médicos 2 enfermeras 1 administrativo
Funcionarios estatales (2)	Entre 10 y 20	1 hombre	No	2 médicos

*Número de entrevistados de cada nombramiento.

Las entrevistas refieren largas jornadas semanales que se acompañan de una amplia flexibilidad laboral, sobre todo en la SSA. Estas son prácticas basadas más en arreglos institucionales, que en lo establecido de forma explícita en la normatividad contractual, diferenciándolos del resto de los trabajadores de la institución. El doctor Anaya explica:

–Carmen: ¿Tiene otros trabajos?

–Doctor: Sí, exactamente, también soy cirujano... del [hospital de la seguridad social], ahí sí habemos dos cirujanos... y pues ahí la carga de trabajo es un poco menos... [También estoy] en la George Papanicolaou (ONG) ...más que todo para orientación y ver alguno de los casos... es un trabajo voluntario, de estarles ayudando en todo lo que podemos, orientándolas, tratando de canalizar pacientes y cuando se... [Andamos] corriendo para todos lados, desafortunadamente el ingreso en el nivel institucional no es suficiente como para mantener una familia... por eso casi siempre tenemos varios trabajos... Para tratar de... pues de tener una mejor calidad de vida... Además de que nos gusta, porque si no nos gustara... (EM5).*

La mayoría expresa que las jornadas acumuladas se deben al bajo sueldo institucional, pero ninguno hace alusión a una situación de privilegio laboral. El doctor Luna explica:

–D: Tenemos que trabajar en tres, cuatro instituciones para poder mantener a nuestra familia... Y aún así de manera medio, aunque quisiera, no los tenemos [a los hijos] en el Tec de Monterrey y los tenemos en escuelas públicas.

–C: Es muy común entre los médicos, ¿no?

–D: Todos... los que trabajamos en esta institución, trabajamos en otra, cuando menos otra más, o dos, o sea, trabajamos mañana, tarde y noche... Porque no nos alcanza... no nos alcanza para las necesidades de nuestra familia. Todo el mundo cree que los médicos

* Nota de la autora: remitirse a Claves de las y los entrevistadas/os y de la observación, que aparecen en el anexo IV.

ganamos un chorratatal de dinero y la realidad es otra, no, la realidad es que vivimos en una casita de INFONAVIT, que nuestros hijos están en escuelas públicas... que tenemos un... carro posiblemente en buenas condiciones, pero tenemos que estarlo pagando en abonos... como todo hijo de buen vecino, ¿no? ...Es un mito que yo creo que no ha desaparecido... o posiblemente ...el estrato profesional conozca esas diferentes, pero la población general todavía tiene la idea de que se gana mucho dinero, y para nada, ¿de dónde?

—C: Me imagino que también tienen ciertas facilidades laborales que les permiten moverse... es una pequeña ventaja, o gran ventaja...

—D: Mmm, en algunos casos sí, en el IMSS, por ejemplo, es completamente esclavizante.

—C: ¿Sí?, ¿ahí no les dan chanza, tienen que entrar y salir?

—D: Tenemos que entrar exactamente a la hora y salir exactamente a la hora (EM3).

Para los médicos, pertenecer a una institución pública representa la seguridad de un ingreso, aunque medianamente aceptable, como dijeron algunos de ellos. Freidson (1978) reconoce una ambivalencia en su actitud, si no dependieran de un interés económico para retener a sus pacientes, podrían prestarles poca atención, pero por otra parte, podrían actuar más como expertos neutrales que toman decisiones apegadas a la necesidad de atención especializada, pues no buscan solamente el interés económico al retener al paciente.

El mismo doctor Luna justifica la flexibilidad de horario en términos del tipo de trabajo que desempeñan, a diferencia de otros trabajadores:

Por supuesto, si usted platica por ejemplo con un contador, o platica con... un bombero, o platica con un jornalero, pues generalmente tienen un trabajo, ¿verdad?, trabajan si usted quiere el trabajo más amplio en la jornada, y más pesado el de jornalero, trabajan de las siete, ocho de la mañana, hasta las cuatro o cinco de la tarde, pero también es un trabajo físico muy pesado, que no les permite ampliar más su jornal... nuestro trabajo, el aspecto físico no es tan pesado... sino la permanencia y ... la capacitación (EM3).

Según expresaron otros médicos, el horario es un arreglo aceptado, forma parte de los convenios institucionales; sin embargo, otros prestadores hacen alusión explícita a esta situación y su efecto en la organización de los distintos servicios. Como se describe antes, el personal de enfermería, tanto quienes ocupan puestos directivos como las asistentes en la consulta, trabajan sólo en el hospital. No cuentan con la flexibilidad laboral que les permita combinar sus jornadas en otros lugares. Una enfermera con puesto de dirección señala las diferencias y los trastornos que ocasionan estos arreglos en la organización del trabajo de enfermería:

–Enfermera: y pues a veces las supervisoras tratan de sacar el turno ¿no?, a veces batallan mucho, porque a veces hay que hablarle al médico, tú sabes que pues ellos hacen sus acuerdos y todo eso... y todo eso, pues no están realmente físicamente... están al pendiente sí, pero... entran y salen, entonces eso también quita un poco de tiempo. Es lo que hacen... son cuestiones que si todo mundo trabajara en lo que te... en algún momento yo sé que los médicos tienen pues sus consultorios, tienen otras actividades, están en otros hospitales y todo eso, pero pues... no sé, enfermería no puede tener, no puede estar en varios hospitales al mismo tiempo.

–C: No, no puede. Entonces, ¿son derechos distintos?

–E: Sí, son derechos distintos ¿no?, sí pero son cuestiones también que se les va cargando el trabajo a otros profesionales.

–C: ¿Y nunca ha habido problemas... y discutido entre enfermería y médicos por ese tipo de desorganización que provocan los arreglos de los médicos?

–E: Pues sí, sí ha habido... si a ese cirujano no se localiza... pues claro que es demasiada tensión para enfermería y como responsable de este turno... (DM3).

La expresión de inconformidad, apenas delineada en esta entrevista, aporta información sobre las diferencias laborales en la institución. Sin embargo, ni los médicos ni las enfermeras relacionaron dichas condiciones con la generación de problemas en la calidad de la atención.

Tales arreglos forman parte de los supuestos con los que se manejan los prestadores y son permitidos por la institución, no se señala como conflicto entre ninguno de ellos, y aunque puedan existir diferencias, se minimizan; se asume que cada grupo profesional tiene sus derechos y obligaciones, sin perjudicar al resto.

Organización institucional

El HIES fue construido en 1977 para ofrecer servicio especializado en pediatría, pero en 1995 los servicios fueron reorganizados y se integró el área de ginecología de otros hospitales, con el argumento de que así se aseguraba una mejor atención a los recién nacidos, sobre todo cuando presentaban alguna complicación, pues al ser un hospital de alto nivel, abarca especialidades médicas pediátricas, tanto entre su personal como en su infraestructura. Sin embargo, el cambio no favoreció la atención de las madres con complicaciones, y cuando se presenta esta situación deben ser trasladadas a otro hospital. En la actualidad, su población objetivo son niños y adolescentes y la atención de la salud reproductiva femenina.

Entre los prestadores se reconoce cierta inconformidad respecto a la situación organizativa del servicio, a la que se refieren como “este es un hospital dos en uno”. El área de pediatría es la que sigue prevaleciendo en términos de infraestructura, personal e inversión. Los médicos entrevistados de ginecología consideran que han sido acomodados en áreas que “han sacado a fuerzas” de los espacios del hospital pediátrico; de hecho el hospital conserva este nombre. Los doctores Luna y Córdova expresaron esta situación:

- D: La demanda no corresponde con nuestras instalaciones.
- C: ¿Son muy reducidas, muy limitantes?
- D: Así es, es una división patológica esa... es que es un hospital dos en uno, en un hospital pediátrico donde viene a... es una división que limita mucho las decisiones de cada uno de los departamentos, ginecología y obstetricia se incrustó. Muchos dicen aquí mismo, ¿no?, muchos compañeros dicen, somos en parte mal pegado, ¿no? Porque

se integró hace aproximadamente seis años... [las instalaciones son] reducidas... pase usted nada más para que vea la diferencia con una jefatura de pediatría y pase por una jefatura de ginecología y vea las oficinas, y se dará cuenta por qué es la diferencia... Usted conoce la diferencia, no tengo más palabras que decirle.⁶⁰

–C: Es que lo he escuchado desde el principio y tengo como cinco meses aquí.

–D: Es que es muy evidente (EM3).

[...] no te imaginas, ahí hay de remiendos, estamos de remiendos, yo recuerdo cuando los primeros días que estuvimos aquí ya instalados, hicieron todo un *show* para mostrar cómo iba a ser mejor el servicio en atención a las mujeres que venían a parir; invitaron a funcionarios y a la prensa ¡no! No te imaginas, fue todo un *show*, pero aquí la verdad es que las mujeres, todos esos primeros días estaban pariendo en el pasillo ¿por qué? Porque estábamos así medio instalados, no estaba organizado el servicio, ahí nos fueron dando un pedacito aquí y un pedacito acá... [las mujeres están en labor en el primer piso] y luego las mandan al quinto piso, imagínate irse de la planta baja y luego ir a parir al quinto piso, pues está largo el trecho ¿no?, y luego al cuarto donde está hospitalización... Así es, y luego de nuevo a la planta baja cuando tienen que salir a control. Date cuenta entonces cómo están los espacios asignados, pues no ¿cuáles?, no hay (EM2).

Una afirmación común es: “uno sigue aquí trabajando en lo que puede”. Aunque algunos médicos consideran que a pesar de la situación precaria de sus espacios, instrumental y tecnología, se mantiene la calidad que caracteriza al hospital, y que es reconocido por órganos gubernamentales y sociales.

⁶⁰ Ambas oficinas, la Dirección de Pediatría y de Ginec Obstetricia, son contiguas; la primera es amplia, con muebles de línea de corte elegante (escritorio, sillas, archivadores, cuadros en la pared); la segunda posee menos de la mitad del espacio, no tiene muebles de línea, no es elegante y es compartida por el subdirector y la secretaria.

Un directivo señala que en términos administrativos, el hospital no tiene la obligación de ofrecer los programas de atención de primer nivel, como el de detección oportuna de cáncer en la mujer, pues ellos se abocan fundamentalmente a una atención especializada en salud reproductiva y los programas de primer nivel deben llevarse en los centros de salud. El directivo señala que dichos servicios se mantienen, por un lado, como parte del aprovechamiento de la afluencia de mujeres y madres a la consulta en otras áreas, y por otro, como un servicio cercano a la consulta externa en ginecología y a la clínica de displasia que existen en el hospital (DC).

Sin embargo, una directiva media afirmó que estos servicios forman parte de la obligación de la institución por ser un hospital certificado como Amigo del Niño y la Madre:⁶¹

Hasta ahorita el director no ha mencionado nada (de reestructurar), pero... como está certificado el hospital como Hospital Amigo del Niño y de la Madre, incluye también esa actividad de detección oportuna de cáncer cérvicouterino y mamario (DM3).

La importancia de este señalamiento es que uno de los servicios se dirige al apoyo de la detección oportuna de cáncer de mama, a través de la toma del Papanicolaou. Muchas pacientes que llegan a la consulta externa son canalizadas a él. La información vertida por el directivo expresa que su interés por las acciones preventivas en la atención de las mujeres usuarias y pacientes es menor, que por el área de especialidades médicas.

El monitoreo de otras acciones de la calidad de la atención se hace a través de programas como Evaluación de la Calidad Médica, Evaluación del Expediente Clínico y Auditoría Médica, sin embargo no fueron mencionados por los entrevistados.

⁶¹ Las acciones que debían aprobar para obtener la certificación eran 25, entre ellas el servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

La calidad de la atención según prestadores, directivos y funcionarios

La percepción y las definiciones en torno a la calidad entre los entrevistados depende de su posición como directivo, funcionario o prestador. Su experiencia en cada ámbito de desempeño es claramente diferenciada en las narrativas de todos. El objetivo de este apartado es mostrar los distintos discursos entre los actores de la calidad de la atención en la institución de salud, incluso las explicaciones de los coordinadores estatales del programa dirigido a la evaluación y mejoramiento de la calidad en los servicios.

Los médicos

Entre los médicos prevalece la opinión de que la calidad de la atención depende fundamentalmente de recursos, tanto en términos de infraestructura como de equipo, pero no señalan otros problemas identificados en evaluaciones anteriores y en el programa de calidad, referidos a la calidad en la atención, según define Donabedian. La definición de la calidad de la atención está depositada en áreas externas a la institución de pertenencia, al cuestionar decisiones tomadas por el Estado, o asignar la responsabilidad a factores macrosociales como la crisis económica por la que atraviesa el país, que reduce los recursos en la institución. Las usuarias y pacientes no son mencionadas, excepto cuando se habla de sobrecarga en la consulta.

Por ejemplo, el doctor Luna habló de la necesidad de contar con equipo médico que agilice la atención en los consultorios; es decir, en la medida en la que ellos cuenten con más apoyo, podrán mejorar la calidad de la atención:

Tenemos, yo creo, deficiencia de equipo, creo que debe de prestarse atención a los horarios de los pacientes, los pacientes deben de citarse con diferentes horarios para evitar que tengan... estancias inútiles en la sala de espera... debiera, debiéramos de tener una enfermera por cada consultorio... Y las instalaciones pues no, no, obviamente distan

mucho de ser las ideales para el manejo de las pacientes que nosotros tenemos, y eso... tiene una cuota, y las cuotas son las complicaciones, las infecciones... el manejo ágil... (EM3).

La atención de calidad definida por los médicos está asumida de hecho, suponen que sus prácticas cotidianas poseen esta cualidad, y cuando se pregunta lo que hacen para mantenerla, refieren los aspectos arriba mencionados. El doctor Luna explica:

evidentemente si nosotros tuviéramos un equipo de ultrasonido en una consulta de obstetricia o en una consulta de ginecología, nos permitiría agilizar el diagnóstico, porque, la gran mayoría de los ginecólogos estamos capacitados para realizar ese tipo de estudios, de primer nivel, porque hay estudios de segundo nivel y hasta el tercer nivel... pero para detectar los problemas más comunes nos serviría... de gran manera, tener un equipo disponible de inmediato para establecer el diagnóstico, esto agilizaría el tratamiento, el diagnóstico y el manejo de... y así como hablo del equipo de ultrasonido, hay tantos equipos en ginecología que pudieran ayudarnos... Por supuesto que es difícil [tenerlo], pero creo... que la medicina va hacia allá, en donde cada vez que tengamos más recursos para el diagnóstico, si queremos mejorar la calidad de atención, tenemos que tener, mejorar también el aporte de los recursos y el aporte en la capacitación (EM3).

Las pacientes que asisten a este hospital son de población abierta y deben pagar la atención y los estudios que piden los médicos. Los laboratorios de análisis, imagenología (radiografías, mamografía) y ultrasonidos se ubican en el hospital, y están concesionados a servicios privados; aunque ofrecen precios un poco más bajos que los servicios externos, no dejan de ser onerosos para la mayoría de las usuarias. El doctor Córdova considera que este tipo de acuerdos no beneficia a las pacientes, porque finalmente deben pagar. En el mismo sentido, el doctor Anaya refirió la falta de apoyos, más allá de la consulta médica, a la que resulta relativamente fácil acceder:

Vaya, todo se traduce en dinero. Si el hospital tuviera la capacidad necesaria para darles la atención a todo este tipo de gente yo creo que... esos [estudios de laboratorio] no van a tener problema, pero esto es cuestión de recursos, la aceptación es de que ojalá tuviéramos todos los recursos para resolverlo... Los presupuestos se han reducido mucho en todos los niveles, cada vez tenemos menos posibilidades de hacer este tipo de cosas, ya no destinan dinero, posibilidades de materiales especializados, y no porque no queramos usarlos, sino porque no hay... (EM5).

En las narrativas de los médicos se reconocen dos ámbitos distintos, tomados en cuenta para definir y considerar la calidad de la atención. Por un lado, y en especial se enfatiza esta asociación, se alude a la falta y uso de recursos que compete cubrir a la institución y al Estado, y por otro, está el ámbito del espacio de la consulta médica y su trabajo en quirófano.

Pues sí, pero no son tratadas bien... no es una atención de manera integral, ahí vienen y se amontonan, ¿dígame usted qué condiciones de trabajo son éstas?, yo tengo ese consultorio pues nomás por decir, porque ese es el consultorio que nos asignan y lo compartimos entre varios y ahí doy mi servicio y ya, cómo usted se va explicar que nosotros como hospital del sector público tenemos la obligación de atender a todas estas mujeres, todas esas que ve usted ahí amontonadas, a todas las tenemos que atender, a nadie le podemos decir que no, sí, es cierto, tenemos la obligación, pero llega un momento en que le decimos, 'señora necesita un ultrasonido', ¿y qué pasa? No tienen dinero para el ultrasonido (EM2).

Al refeirse a su desempeño personal, primero señalan los recursos que necesitan en consultorio, y segundo cuestiones como capacitación o educación continua. Todos los médicos reconocen la falta de este tipo de apoyo por parte de la institución, pero al mismo tiempo expresan que su capacitación es continua y que la llevan a cabo de diferentes maneras, al ser profesionales que pertenecen a un hospital-escuela. Al respecto, el doctor Luna comenta:

Aquí tenemos más [capacitación], una, es más, amplía las posibilidades de educación continua, porque aquí... de alguna manera estamos en contacto con los residentes, los muchachos nos impulsan a estudiar... porque tenemos clases con ellos, tenemos presentación de sesiones, de casos clínicos, revisiones bibliográficas (EM3).

Como el doctor Anaya expresa, su capacitación muchas veces es financiada con recursos propios, pues la consulta privada los obliga a mantenerse actualizados (DC). El doctor Luna se expresa en el mismo sentido:

La capacitación que nosotros recibimos generalmente la tenemos que pagar, o sea, si hay un congreso, si hay un curso, si hay un taller, tenemos que hacerlo con recursos propios, no con recursos institucionales (EM3).

Respecto a este mismo tema, se preguntó a algunos subdirectores médicos acerca del tipo de capacitación que reciben los médicos. Uno refirió las sesiones clínicas que se mantienen en el hospital, como parte de la formación de nuevos especialistas (residentes), y que son coordinadas por los médicos titulares. Otra pregunta expresa indagó en los temas revisados en estas sesiones; todos se relacionaban con el conocimiento biomédico y ninguno con la relación médico-paciente, los derechos de los pacientes, la normatividad o el conocimiento de la cultura de las pacientes, ya que, según el subdirector, se aprenden en la práctica (DC).

Sólo el doctor Anaya aludió de manera explícita a este tipo de temas en la entrevista, e incluyó la dimensión humana en su definición de calidad en la atención médica, sin separarla del apoyo de los demás recursos mencionados:

Yo creo que no [en cuanto a que la calidad sólo se traduce en recursos], calidad va no nada más en el tratamiento, la calidad va también en la atención, ¿a qué voy con esto?, cuando una persona se le da... la confianza, se le da la posibilidad de que exista un diálogo con el médico, de crear una puerta y se logra hacer una buena relación de

médico paciente, el hecho de que no pueda comprar un medicamento y que tengamos que sustituirlo por otro... no nos mejora totalmente en la calidad, quizás no tengamos todos los resultados que queramos tener, pero vamos a obtener un resultado la mayor parte de las veces en ese sentido, desafortunadamente para llegar a ciertos diagnósticos necesitamos ciertos estudios, aquí la calidad empieza mucho con las trabajadoras sociales, que ellas deben de ser nuestro brazo derecho para la solución de este tipo de problemas (EM5).

Todos concuerdan en poner el énfasis en la falta de recursos, aunque hay matices en las narrativas que representan la posibilidad de mejorar su desempeño, al mismo tiempo que reconocen explícitamente que como profesionales ofrecen una atención de calidad. El siguiente testimonio del doctor Luna, responde, por un lado, la pregunta expresa sobre la forma en que los médicos, como responsables directos de la atención, afrontan el problema de la diferenciación de los servicios en pediatría y ginecología, y por otro, sostiene la opinión de una buena calidad con base en su trabajo:

—C: ¿Recogen entre ustedes, los prestadores directos, ese tipo de problemas?, que puede ser un problema en el sentido económico, pero afecta.

—D: La respuesta salta a la vista, a mayores recursos, mejor atención, menores recursos, menor atención, calidad de atención, eso salta a la vista, la respuesta no tengo [ríe] que decirles sí o no.

—C: Pues sí, pero a pesar de todo tiene un concepto bueno de la calidad [en el hospital].

—D: A pesar de los recursos, [pero] si hablamos comparativamente.

—C: ¿Comparativamente hablando?

—D: Sí, con la calidad de atención con [otras instituciones]... es tremenda la diferencia (EM3).

Y prosigue:

—D: Yo creo que eso sería verlo de una manera estrictamente negativa [sólo en términos de recursos económicos], decir que no hay

recursos, de alguna manera tenemos que intervenir nosotros para mejorar procesos de la calidad...

–C: ¿Ustedes como médicos?

–D: Como médicos, pero hay que conocer hasta dónde están nuestras limitaciones, y hasta dónde podemos incidir, yo creo adecuado tratar de incidir en donde no debemos... o donde nuestro efecto es menor... las cuestiones administrativas, que yo creo que deben de tomar cartas en el asunto... obviamente la administración, y nosotros incidir donde estamos trabajando, o sea cada quien, cada quien en su trinchera (EM3).

Pero, como veremos en capítulos siguientes, las condiciones laborales influyen en la manera en que los médicos actúan en la consulta, y en la forma en que construyen las relaciones con las pacientes. Figueroa, refiriéndose al acceso a servicios de salud de buena calidad, señala que los prestadores tienen la percepción de que la política en la que está inmerso su servicio, genera una interpretación que explica la insuficiente calidad de la atención por “la falta de recursos humanos capacitados o a la existencia de problemas de infraestructura” (1999b, 167). Uno de los primeros médicos entrevistados, expresa al respecto:

hay una falta de recursos y la imposibilidad de llevar a cabo todos los programas de atención en salud reproductiva... ¿cómo se evaluará la calidad ante la falta de recursos?, pues ésta es una realidad y eso definitivamente debe tomarse en cuenta, no es falta de conocimientos o de disposición del personal, por ejemplo la falta de médicos especialistas a quienes contratar, por los bajos salarios (DC).

Figueroa señala que este razonamiento podría estar combinándose con “problemas en la concepción –tanto de las instituciones como de los prestadores– de la relación que puede esperarse con la población [...]” (Ibid, 167); en el ámbito de la construcción de la calidad de la atención, esta afirmación se repite en el discurso de varios de los entrevistados.

Otro trabajo basado en la Encuesta Nacional de Salud II, concluye de manera similar que los médicos consideran una serie de limitantes institucionales para su desempeño que tienen que ver con recursos, en el mismo sentido que señalan los informantes (Bronfman et al. 1997b).

Enseguida se resumen los elementos identificados por los médicos, como condicionantes de la calidad de la atención:

- Falta de recursos:
 - Rezagos en consulta y cirugías
 - Sobrecarga de pacientes a atender
 - Limitaciones por la organización del servicio
 - Falta de tecnología: equipo médico, laboratorios
 - Falta de personal
 - Falta de capacitación, traducida en práctica y docencia
 - Manejo de medicamentos
 - Falta de recursos económicos (en general)

- Capacidad de los médicos:
 - Es buena
 - Resuelve los problemas
 - Tienen experiencia suficiente
 - Ayudan a las pacientes en la consulta

- La calidad en el hospital (en general):
 - Es buena
 - Hospital especializado en problemas de la mujer
 - Falta de recursos institucionales, pero ellos suplen tales carencias lo mejor que pueden
 - Falta de capacitación institucional, pero la docencia representa una práctica de aprendizaje y actualización
 - Ellos aportan a la institución su capacitación obtenida con recursos propios

Directivos y funcionarios

En este trabajo, los directivos ocupan un cargo de dirección en el hospital y los funcionarios, uno de coordinación estatal en la Secretaría de Salud. En sus discursos se identifican dos asuntos primordiales, uno referido a las definiciones, organización y experiencia en la implementación de la Cruzada en las instituciones, y otro, a la descripción de la forma en que es incorporada la ciudadanía en el programa, puesto que es uno de sus planteamientos principales.

Un funcionario estatal de calidad señala que la separación de funciones y la percepción de la misma, es uno de los mayores problemas para su mejoramiento en las instituciones de salud:

Es cuestión de cultura... de eso yo ya me he dado cuenta, o sea, la cuestión es... en el interior de las instituciones, y esa es la creencia occidental de que el área de calidad [la ordena] el control de la calidad, se induce de todo eso, de que es el responsable de la calidad de la organización, y así se tiene la creencia, se tiene la creencia, ahorita, es un reto nuestro ¿no?, por lo menos a nivel estatal y creo que ha de ser a nivel nacional, es de que el área de calidad no la vean como un área, por ejemplo de detección oportuna de enfermedades, del área administrativa, entonces cuando identifican un área de calidad creen que esa área de calidad va ser la calidad de todas las [áreas] (FE1).

El asunto es que la calidad debe formar parte de sus prácticas cotidianas, a través de su apropiación por todos los prestadores. En sus palabras:

Ellos deben sentir que la calidad es de ellos, de todos pues... creo que ahí estamos rezagados... pero yo sé que no es de ahorita, que tienen que ir cambiando las cosas (FE1).

Uno de los preceptos principales de la Cruzada, implementado en las instituciones, y que busca incidir en la creación de una nueva cultura,

se refiere a la medición permanente de la calidad. El viejo paradigma a modificar asume que la calidad es subjetiva y no es posible medirla. El doctor Anaya expresa que su trabajo en el hospital es poco medible, aunque señala parámetros que sirven para ese propósito, y que son utilizados por colegas, personal de enfermería y pacientes:

Nuestro control de calidad es muy poco valuable desde el punto de vista medible, en lo [que] percibimos o lo vemos en la manera de que nuestros pacientes muestren un grado de agradecimiento. Es muy poco medible, no tenemos un departamento que se dedique a hacer encuestas de salud, hacer encuestas de los pacientes y decir quiénes están conformes, quiénes no están conformes y en qué áreas son las que sí están conformes y en qué áreas no están conformes, esa sería la mejor manera de evaluarlo, pero eso se tendría que hacer a través de un de... no, no en la manera de evaluar, de medir el control de calidad. El control de calidad técnica en relación de cirugías y todo eso, mmm la mejor manera de medir es a través del personal de enfermería o de anestesia, son los que más evalúan a los cirujanos, son los que dicen “mira este cirujano no le da vergüenza porque se tarda mucho”, o este... ¿verdad? Eso es una parte muy pequeña en una calidad de atención (EM5).

El funcionario estatal en calidad insiste en señalar que lograr un mejoramiento de la calidad implica cambios en las “prácticas tradicionales de los médicos y sus directivos operativos, lo que lleva muchos años” (FE1), al referir que estos consideran que la calidad es un asunto externo del que no se apropian.

Respecto a la participación de la ciudadanía, los documentos programáticos de la Cruzada enfatizan su importancia en la evaluación de la calidad de los servicios, y realzan el papel del ciudadano como observador-legitimador de los resultados que obtienen. Esta indicación es un asunto de carácter abierto a las decisiones más convenientes para cada gobierno estatal y su coordinador de programa. Cada estado ha organizado un Comité estatal por la Calidad de la Atención, al que son invitadas

todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas. El comité tiene entre sus funciones principales dar seguimiento al desarrollo de las acciones de la Cruzada, así como avalar ciertas decisiones propuestas por el coordinador estatal o alguna institución en particular. También podrían participar organismos no gubernamentales dedicados a la atención de la salud, y los colegios médicos de la entidad.

Esto podría representar una oportunidad para dar voz a los sectores civiles, pero todavía no se ha concretado en el caso de Sonora; el requisito principal debe ser que sea una organización reconocida y responder a una invitación expresa para participar. En palabras del funcionario:

–C: ¿Puede entrar cualquiera al comité?

–D: Pues no, fíjate que no, está vedada la entrada, si los hay, el comité ha estado... realmente no hay ninguna restricción, siempre y cuando pues sea una organización que esté reconocida, que tenga... no creo que... o sea, que sea una institución establecida, que tenga... no, o sea, que sea organización establecida formal, yo creo que no hay ninguno que vaya a aportar algo, que conozca.

–C: ¿O sea que las mujeres de cualquier colonia pueden llegar y decir “nosotros queremos participar en el comité”?

–D: No cuenta, no, porque tiene que ser de una organización formal, conocer un propósito, no sé, yo no sé, si se opone el comité, no me acuerdo haber leído algo al respecto, si llega alguien y yo quiero estar ahí, yo creo que se tendría que tener... (FE1).

La elección del aval ciudadano funciona en este mismo sentido y tiene el papel de monitorear los indicadores y legitimar los resultados que se van obteniendo, así como lo indica el programa nacional. El asunto es que la participación se restringe a organizaciones de corte médico (escuelas de medicina, enfermería) y a invitación selectiva expresa para participar.

–C: Ese proceso participativo se ha abierto ¿hasta dónde?, en esto de la construcción de que la cultura de la calidad debe permear todo el

sistema, no sólo al grupo que se encarga de calidad, sino a todos ¿no?, y el proceso participativo debe crecer, una estrategia para llegar a permear no solamente a los médicos, sino también a los usuarios...

–D: No es de médicos nomás, no es un comité de médicos, te digo que ahí, pues no, se unen organizaciones de salud, pueden ser enfermeras, pueden ser de trabajo social [de las instituciones de salud].

–C: Claro, claro, pero sólo de instituciones médicas.

–D: Sólo de salud, privadas o públicas (FE1).

La participación ciudadana en la construcción de comités de calidad es baja, es apenas un asunto que está abriéndose, sin reglas ni procedimientos claros; la calidad se dirige primordialmente a los directivos operativos de las instituciones y en forma gradual a los prestadores médicos.

Por su parte, otro funcionario estatal, en relación con el manejo de localidad en el Programa de Atención al Cáncer de Mama señala que la línea de capacitación en calidad es un asunto que se subsume (está implícita) en las demás acciones:

–C: ¿Es la calidad específicamente trabajada como una línea dentro de la capacitación?

–D: Está inmersa en lo demás que te comentaba, pero no ha sido el tema la calidad todavía, y digo todavía porque tenemos que empezar... (FE2).

La operacionalización de los lineamientos de la Cruzada en las instituciones de salud, está determinada por distintas condicionantes institucionales y políticas, dependiendo de las relaciones que guarda con cada una de ellas. No es un asunto que se lleve de manera homogénea desde la coordinación estatal, aunque en el comité confluyen distintas posiciones.

Ahora bien, otra dimensión en las prácticas de calidad se refiere a la toma de decisiones en la institución y en el espacio de la consulta, frente a la cual los médicos expresan una clara diferenciación entre ambos.

LA TOMA DE DECISIONES DE LOS PRESTADORES
RESPECTO A CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Los actores de la calidad de la atención médica en el hospital son, en orden de jerarquía según atención directa a la usuaria: médicos, residentes, enfermeras asistentes y personal administrativo de atención al público y las sujetas de la atención, es decir, las pacientes. Luego, de manera menos directa, pero no menos importante, se encuentran los directivos y el personal administrativo (de mantenimiento y administración).

El contexto hospitalario imprime a las prácticas de la consulta cierta distinción respecto a la consulta privada, pues depende de la organización global de la institución. En el ejercicio de su responsabilidad en el hospital, el médico asume su jerarquía, pues su capacidad técnica no está en discusión, ningún otro trabajador que no sea de la profesión, aun con la misma preparación, está por encima de esta jerarquía (Freidson 1978, 128). Sin embargo, el hospital es una institución en la que confluyen las dimensiones administrativas, organizacionales y de atención médica. Con base en ello pueden reconocerse dos autoridades que participan en su sostenimiento: la administrativa y la médica (Turner 1995, 156).

En este apartado interesa destacar de qué manera médicos y enfermeras participan en la toma de decisiones respecto a la organización de la atención, así como otras actividades de mejoramiento de la calidad, y cómo perciben la calidad de la atención.

Las expresiones de los entrevistados indican que no tienen demasiada injerencia en la toma de decisiones de índole administrativa, u otras medidas que involucren al hospital; sin embargo, aunque no lo reconoce explícitamente, la autoridad administrativa no interviene de manera directa en el espacio de control que representa la consulta médica y su desempeño con las pacientes. Al respecto Freidson señala:

el médico, apoyado por el prestigio y la autoridad legal, tiene una 'autoridad' independiente de la administrativa. Dada la autoridad de su conocimiento... se deduce que existe una 'jerarquía' de pericia independiente de la jerarquía administrativa del hospital, en la que el

médico ordena y supervisa a los que están debajo de su nivel o pericia (Ibid., 135).

Georgopoulos y Mann coinciden con Freidson al reconocer la complejidad de esta situación en una institución social como el hospital, pues las prácticas no dependen de una sola línea de autoridad, aunque ésta se distribuye de manera desigual entre los distintos grupos que la conforman, sin embargo reconocen que:

los médicos ejercen una influencia considerable en toda estructura hospitalaria en casi cualquier nivel de la organización, gozan de un alto grado de autonomía en su trabajo y tienen una gran autoridad profesional sobre otros miembros de la organización, en especial sobre el personal de enfermería y los pacientes... ya que no son empleados del hospital –sino huéspedes con privilegios de ejercicio– (1982, 493).

En otras palabras, la autoridad de los médicos se objetiva en la consulta y en su intervención con las pacientes, pero expresan una injerencia baja o nula en las decisiones sobre el manejo del hospital. La desinformación de los médicos sobre los programas implementados quedó clara al preguntarles cuáles relativos a la atención se estaban llevando a cabo y eran generados en instancias externas al hospital.

Dicha diferenciación esclarece cómo se lleva a cabo la toma de decisiones respecto a acciones que fortalecen las prácticas de calidad en la atención médica, pero también cómo se legitiman otras que violan los derechos de las pacientes a una atención adecuada, según la organización de las actividades y las responsabilidades de los prestadores (médicos, residentes, enfermeras, directivos y personal administrativo).

Durante la indagación de campo se observó la división que existe entre las áreas sustantivas del hospital, lo cual resulta lógico en el marco de la división de tareas (médicos, residentes y enfermeras, por un lado, y directivos y administrativos, por el otro); el asunto es que ambas terminan conjugándose en las prácticas cotidianas de la atención.

Una de las tareas de los directivos, coordinar las acciones que apoyan las prácticas de calidad de la atención, se traduce en acciones y acuerdos específicos encaminados al mejoramiento de la calidad. El directivo responsable de coordinar la Cruzada hizo referencias constantes a dos tipos de cambios implementados en el hospital: en el área física y la administrativa, pero sobre todo en la primera. Él reiteró que estos cambios eran necesarios para aplicar más adelante el indicador del tiempo de espera en los servicios, ya que no podían hacerlo hasta que las condiciones de las áreas mejoraran (DC). Pero no se incluyen asuntos como problemas de organización, o diferencias con los prestadores de la consulta, capacitación y cuestiones laborales.

Respecto a la respuesta de los médicos sobre esta serie de acciones, el directivo señaló que no había surgido ningún inconveniente, ni se había generado alguna inquietud, problema o queja en las áreas modificadas, y que sólo se había recibido una solicitud de equipamiento: la colocación de una báscula en cada consultorio para agilizar la atención.

De acuerdo con la percepción de los médicos, las medidas que se ponen en marcha desde las instancias administrativas del hospital pertenecen a un ámbito ajeno a su desempeño, representado por el ala burocrática de la institución, fuera de su ámbito de trabajo y decisión. Turner señala que es aquí donde se expresa la forma en la que la “estructura de autoridad en el hospital está fracturada alrededor de las diferencias entre la burocracia racional y la autonomía profesional de los médicos que se expresa en la dominación médica” (1995, 156).

Aunque los médicos señalan una serie de limitantes en la calidad, fundamentalmente referidas a la falta de recursos, se expresa una contradicción aparente, ya que su percepción es que existe una alta calidad de la atención en la institución. El doctor Paz, uno de los ginecólogos, expresa la disposición de la institución para apoyar a mujeres con cáncer de mama, lo que equipara con una atención de buena calidad:

si sospechamos que es un problema maligno, tratamos de tranquilizarle, tratamos de decirle que en este hospital se le puede resolver su problema, y que el médico desde ese momento va a hacer todo lo

posible para que se le atienda lo más rápidamente posible, en función de tiempo (EM1).

Uno de los médicos explicita su posición frente a la evaluación de la calidad que estaba por iniciar en el hospital, la cual sustenta la percepción y definición de que a más recursos, mayor calidad de la atención:

hay una falta de recursos y la imposibilidad de llevar a cabo todos los programas de atención en salud reproductiva... y eso definitivamente debe tomarse en cuenta, no es falta de conocimientos o disposición del personal... (DC)

El doctor Luna expresa en el mismo tono:

–C: ¿Cómo describiría la atención... del hospital, de consulta externa?

–D: Bueno, yo creo que no estamos en una atención perfecta, eso se va consiguiendo conforme... nosotros llenamos algunos factores, algunos requisitos que son necesarios. Tenemos, yo creo, deficiencia de equipo, tenemos, creo que debe de prestarse atención a los horarios de los pacientes, los pacientes deben de citarse con diferentes horarios para evitar que tengan... estancias inútiles en la sala de espera... debiera, debiéramos de tener una enfermera por cada consultorio (EM3).

Pese a la autonomía que mantienen los médicos en la consulta, las cuestiones organizacionales y las condiciones laborales influyen en su manera de actuar en ella, en tanto pertenecen a la institución, y estas mismas condiciones influyen en ciertos aspectos de la organización, por ejemplo, lo referido a equipamiento y número de pacientes. Uno de los médicos expresó:

¿cómo se evaluará la calidad ante la falta de recursos?, pues ésta es una realidad, por ejemplo la falta de médicos especialistas a quienes contratar, por los bajos salarios (DC).

Las limitantes de la calidad están fuera del ámbito de la atención directa a las pacientes y de la relación médico-paciente, al equipararse sólo a contar con recursos materiales.

La participación de los médicos en la toma de decisiones, como se ha señalado, se refiere en especial al ámbito de la consulta o las acciones particulares como profesionales. Esto se expresa cuando se constata la desinformación de varios programas institucionales implementados en el hospital; aunque dicha desinformación debe matizarse entre los distintos médicos entrevistados. El doctor Anaya, al tratar de explicar las acciones específicas para el mejoramiento de la calidad refiere:

—C: Aquí en el hospital se ha echado a andar un programa de calidad, ¿no?

—D: Sí.

—C: ¿A ustedes ya les tocó de alguna manera?

—D: Mmmm.

—C: ¿En qué forma o, en capacitación, en...?

—D: Se ha hecho la certificación como hospital amigo del niño y de la madre, que eso ya es un programa de calidad, esto lleva una capacitación de cómo hacer qué, cómo llevar a cabo, cómo conocer la situación de la lactancia materna, cómo apoyar... de repente uno obedece unos programas prioritarios dentro de un hospital, no son prioritarios para capacitación... entonces son programas especiales que son más bien... no especiales sino los más comunes y que son prioritarios para la atención materno infantil, que es la situación más importante de este hospital... la situación de cáncer de personas que son muy especiales, pero no son la base de este hospital, dentro de los programas de calidad que se están viendo o lo que se está tratando de llevar a cabo, pues es realmente lo de la atención al derechohabiente, la atención al paciente, aquí no podemos decir que sea derechohabiente porque es un hospital abierto. La atención al paciente y ver si se le está dando la atención adecuada y ver que el médico le puso la atención necesaria a su problema, ver que el paciente está

conforme con la atención que se le esté dando, y por supuesto, los tiempos entre solicitar una consulta y que se lleve a cabo, en lo último de eso andamos mal, pero no es porque queramos hacerlo sino por la carga de trabajo, entonces los demás puntos son los que les dan, o de llevar, a tratar de darle al paciente lo más que podamos (EM5).

El Programa Amigo del Niño y la Madre pertenece al ámbito de la atención materno-infantil, que incluye los programas de alojamiento conjunto, lactancia materna exclusiva y seguimiento del niño sano.

Al profundizar en estas líneas, se observan dos discursos, dos puntos de referencia en cuanto a la definición y descripción de las prácticas de calidad en la consulta: el que alude a la seguridad de que la atención ofrecida por ellos es la adecuada (aquí no hay problemas); y el que se refiere a un discurso un tanto contradictorio que señala deficiencias en la oportunidad de la consulta, por responsabilidad de las condiciones institucionales y limitantes externas, que repercuten en los recursos destinados a la institución. Es decir, la responsabilidad de la calidad se asigna fuera de la consulta médica, que es el espacio bajo su responsabilidad.

Otro asunto mencionado por los médicos ginecólogos es la sensación de estar en la institución en condiciones limitantes, en un área puesta “a fuerzas” (EM2) en los espacios de un hospital de atención pediátrica. Esta percepción refuerza la afirmación de que la calidad de la atención depende de las condiciones institucionales del hospital, los recursos financieros y la organización del servicio, y menos del ámbito propio de la consulta externa; se asume que la calidad es un valor garantizado en la relación médico-paciente.

Estas dos apreciaciones se delinear en la toma de decisiones, dos ámbitos referidos a las prácticas de calidad, uno de responsabilidad personal, que alude a sus decisiones como médicos en la atención directa a las pacientes, y otro que llevan a cabo los directivos y administradores del hospital, y las instancias externas a éste, en acciones englobadas en los programas o lineamientos del gobierno. El doctor Paz responde a la pregunta expresa sobre las acciones específicas implementadas de acuerdo con la Cruzada, y comenta sin ser demasiado explícito:

–C: ¿O sea que ustedes todavía no han implementado ese tipo de indicadores, o esas estrategias de mejoramiento?

–D: Nooo, no conforme a los lineamientos del programa, pero sí desde el punto de vista del quehacer cotidiano, porque dentro de lo que estamos haciendo pos son... tenemos dentro del hospital con nuestro organigrama, que son congruentes desde el punto de vista de operación, incide de una manera u otra, en lo que usted ha observado, en este tipo de programas, el vínculo va depender de qué tan bien se hace el quehacer cotidiano dentro del hospital. Un hospital que hace su quehacer cotidiano a plenitud, con calidad, pienso que no está muy lejos de las formas de trabajo nuevas que se van implementar... Yo pienso que no es muy, no nos vamos a desviar mucho de lo que ya sabemos hacer... y de lo que ya estamos haciendo... muchas de las veces no hacemos todo lo que sabemos hacer... por... ciertas limitaciones de logística, de organización, en fin todo esto desemboca de todos modos en finanzas... Y si las finanzas no existen... lo demás por consecuencia no se va poder desarrollar plenamente (EM1).

Durante el tiempo de trabajo de campo, el hospital había iniciado la evaluación diagnóstica señalada en la primera etapa de la Cruzada, así como un seguimiento periódico de indicadores y algunas acciones de mejoramiento llevadas a cabo, como el reacomodo de algunos espacios, la reorganización de los horarios de consulta y una revisión sistemática del equipamiento de infraestructura en el consultorio. En general, los médicos entrevistados mencionan poco la Cruzada, a pesar de llevar funcionando casi dos años en su lugar de trabajo; en sus narrativas se aprecia como un programa gubernamental más del que se oye hablar. Aunque el doctor Paz manifestó una total desinformación, el doctor Luna lo manejó en términos discursivos como “un tema muy actual” (EM3), y no profundizó en la descripción de acciones específicas dentro del programa. El doctor Paz expresó la necesidad de conocerlo, porque quizá así pueda mejorar la calidad de la atención:

Entonces deberíamos de conocer a... plenitud, vamos, los programas que... implemente la Secretaría de Salud o el sector salud, para dar una mejor atención... Y no nada más estar enterados de que el programa existe, sino cuáles son sus bases operacionales, cuáles son los vínculos que debemos de tener, cuáles son los apoyos, en fin, son muchas facetas que en este momento no podría ... hacer alusión a todas ellas porque se me escapan, pero si yo conozco un programa... de una forma más completa, de una forma más íntegra, yo creo que podemos dar un servicio a población abierta, de más calidad. Pero estos programas que los conocemos nada más de que existen, pero quisiéramos conocer más del punto de vista operacional, y cuál es el papel que cada quien juega dentro del mismo para que nuestra intervención como médicos ginecólogos desde el primer contacto, sea cada vez mejor y cada vez se vaya perfeccionando (EM1).

La expresión “deberíamos de conocer [...]”, posicionada en el plano intencional, no se lleva a la práctica cotidiana. Se sostiene una narrativa en doble plano, en el “deber ser” que queda en una intención [“pero quisiéramos conocer más...”], y otro referido a las prácticas cotidianas. Sobre todo en el primero se expresa parte del discurso de la calidad, aun delineado en lo general por el doctor Luna:

–C: ¿Implementaron algún indicador en especial para echarlo a andar o...?

–D: Pues ya hay indicadores establecidos, el tiempo, por ejemplo el tiempo de consulta, como decía hace rato, el tiempo de consulta, el que las pacientes tengan una información adecuada de los padecimientos que tienen, de que se les ofrezcan las alternativas adecuadas, de que conozcan las complicaciones que puede haber... que conozcan los efectos secundarios y las secuelas que puede tener un procedimiento quirúrgico o médico... habrá casos en los que... la barrera educativa limite mucho eso... (EM3).

Él mismo describe en otro momento que los médicos realizan de manera rutinaria varias acciones encaminadas a sostener la calidad, aunque no dentro de los lineamientos específicos del Programa de la Cruzada:

No, hay acciones de rutinas, ¿no?, hay acciones de rutina que hacen que se eleve la calidad de atención, como son el checar por ejemplo todo el equipo, el reportar oportunamente cuando un equipo está fallando, cuando necesitamos un equipo... de, pues en mejores condiciones o de mayor tecnología (EM3).

Estas narrativas aluden, como ya se había señalado, a dos niveles en su quehacer médico, en relación directa con las pacientes. Por un lado, se encuentra el manejo de la información sobre acciones de mejoramiento de la calidad de la atención, que ellos mismos asumen en la consulta: no dudan de su capacidad para ofrecerla, ni de la necesidad de seguir un programa específico y externo; el otro, el de la calidad de la atención, es un asunto que queda fuera de su alcance, asignan la responsabilidad a los demás, sean instancias gubernamentales macrosociales, la autoridad administrativa o los directivos del hospital.

–C: ¿Les preguntaron, pidieron opinión o dijeron?

–D: Pues yo creo que más bien se trató de elevar el nivel de conciencia en la necesidad... de mejorar el proceso de atención médica... no... no estamos... actuando en todo, le decía, en todas las bases del proceso de elevar la calidad, del nivel de calidad de atención, porque los médicos no podemos actuar en todo nivel, habrá algunas secciones que corresponden a la administración, ¿verdad? (EM3).

Respecto a otro tipo de documentos en el escenario de la normatividad y los lineamientos generales, los médicos reconocieron desconocerlos, tal es el caso de la carta de derechos del paciente y la carta de derechos de los médicos, así como códigos de conducta para enfermeras en lo particular, o el dirigido a personal de salud, todos publicados por la Secretaría de Salud (2002). En otros estudios relacionados con el cono-

cimiento de las distintas normatividades, se encontraron situaciones similares; los prestadores no las conocen, ya sea porque no se les informa o porque no se interesan en ellas.

Turner habla de la competencia entre los distintos grupos profesionales que trabajan en la institución de salud, cada uno luchando por imponer su lógica cuando sea necesario; el autor señala, citando a Strauss, que esta competencia puede representar un “orden negociado”, donde los profesionales y los administradores son presionados a buscar acuerdos con el objetivo de mantener la institución en funcionamiento. Vale mencionar lo referente a la flexibilidad laboral que se mantiene para el grupo de los médicos, ya que pudiera considerarse que mientras se mantengan este tipo de arreglos institucionales, los profesionales gozarán de la autonomía que caracteriza su desempeño en la consulta médica. Hay que recordar que las acciones de calidad implantadas hasta ese momento tenían que ver fundamentalmente con cuestiones ajenas a su autonomía, a pesar de representar un asunto nodal en el mejoramiento de la calidad de la atención. Por ejemplo, las prácticas de dominación, jerarquía y respeto al derecho a la información de las pacientes.

Al retomar la percepción de los médicos sobre las prácticas de calidad, es posible aludir al contexto que rodea a las prácticas de la atención, que permite a los médicos posicionarse como sujetos perjudicados por las condiciones macrosociales y externas a su ámbito de desempeño específico. El discurso organizado frente a preguntas expresas sobre acciones, indica planos de intenciones como un conjunto de enunciados; su importancia reside en adoptar una práctica discursiva,⁶² en palabras de Foucault (Ibid., 198), que expresa un discurso entre líneas, acomodados entrecortados de explicaciones que son reflejo de esas condicionantes institucionales en la calidad de la atención.

Foucault refiere que escudriñar el discurso abre la posibilidad de identificar no sólo lo visible, lo que está en la superficie de los enunciados y

62 “La práctica discursiva es un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y el espacio que han definido en una época dada y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa” (Foucault 2001, 198).

sus interrelaciones, sino identificar el momento histórico y ese “haz complejo de relaciones” que se establecen “entre instituciones, procesos económicos y sociales, formas de comportamiento, sistema de normas, técnicas [...]” (Ibid., 74). Las narraciones incluidas aquí muestran ese “haz complejo [...]”, entre médicos, directivos, paramédicos y funcionarios, es decir, distintas posiciones en el espacio institucional y de gobierno.

Foucault se refiere al uso del discurso por parte del Estado y al poder como una forma de implementar dispositivos de intervención; el Programa de la Cruzada representa uno de ellos, aunque a nivel microsocial aún se aprecia de manera incipiente.

INSTITUCIÓN, NORMATIVIDAD Y HABITUS MÉDICO
EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La profesión médica se caracteriza porque a través de varios siglos ha tenido el privilegio de estar autorregulada, autonormada y consolidada en términos de poder reconocido socialmente; una profesión altamente autónoma que se ha adjudicado el poder del control exclusivo del conocimiento, para tratar la salud y la enfermedad (Foucault 1997a; Parsons 1982; Freidson 1978; Turner 1989).

El presente capítulo se compone de tres apartados: en el primero se analiza la forma en que se construye cotidianamente la relación médico-paciente, que es fundamentalmente de dominación médica; el segundo muestra cómo se lleva a cabo la función docente de la consulta médica y al final se verá que ser doctor y ser paciente representan dos posiciones en una relación desigual que genera encuentros y desencuentros. El análisis revela las percepciones, habitus y condiciones institucionales que se expresan en los discursos y prácticas de los médicos.

La institución de salud es el espacio que forma tanto a médicos y paramédicos, como a los pacientes. Interesa analizar en especial cómo la relación médico-paciente representa el eje central del poder del primero en la atención a la salud, lugar donde se entretajan las distintas dimensiones de la calidad de la atención, y se echan a andar una serie de mecanismos de legitimación de prácticas violatorias de los derechos de las mujeres.

LA DOMINACIÓN MÉDICA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente es una interacción social compleja en la que se expresan varias dimensiones de las condicionantes sociales, institucionales y macrosociales. El concepto de *habitus* captura el sentido de esta complejidad en buena medida, al representar la estructura mental o cognitiva internalizada de las estructuras sociales, mediante la cual las personas se manejan en el mundo social. El *habitus* produce a la sociedad de la misma manera que la sociedad produce el *habitus*, es decir, como estructura estructurada, el *habitus* es un producto social, y como estructura estructurante, es productor social. El *habitus* es producto de la historia y genera prácticas individuales y colectivas. Al analizar la interacción médico-paciente se reconocen algunos de esos patrones sociales –incluida la normatividad–, que son manejados y dados por sentado en la institución médica, tanto por las pacientes como por los médicos.

Como se explicó antes, el foco de la investigación es conocer la forma en que las mujeres ejercen su derecho a una atención de calidad, sobre todo en problemas mamarios. Los casos mostrados en la investigación presentan una patología benigna o maligna, según el tipo de enfermedad; algunas mujeres con diagnóstico grave como el cáncer de mama, y todas narran a viva voz su experiencia en la gestión de la atención y la relación que establecieron con el médico. Por su parte, los doctores observados en la consulta y entrevistados después, expresan su percepción sobre el manejo de la calidad en la institución y sobre la población que atienden, así como también narran su experiencia como médico tratante; con base en estos relatos, se ve que esta interacción representa un encuentro de poder, en palabras de Foucault, y de dominación, según Bourdieu, conceptos que están enlazados intrínsecamente.

La dominación médica

La jerarquía médica que se mantiene en toda relación médico-paciente es un ámbito de la dominación médica. El concepto de *dominación* –desde Bourdieu– es aplicable a los servicios de salud, al observar no sólo la distribución desigual del poder entre los agentes de la atención, sino al

reconocer cómo y quiénes sostienen y reproducen estas prácticas; la dominación tiene su fundamento en el poder, es con el ejercicio de este último que continúa.

Los discursos y las prácticas de la atención encierran una serie de mecanismos de legitimación de prácticas violatorias de los derechos de las mujeres que se presentan en ocasiones sutiles, otras explícitas, pero siempre aceptadas, aun con resistencias, conformidad, pasividad o resignación. Los médicos, como parte del binomio, son en esta relación los dominantes, y las pacientes las dominadas. Con base en sus narraciones, se mostrará que a medida que las prácticas se vuelven regulares y sistemáticas van conformando y fortaleciendo los hábitos de quienes intervienen, haciendo pensar que las condiciones de la atención son algo dado y estático, apareciendo como prácticas naturalizadas dentro de la atención a la salud; las mujeres, implícita o explícitamente, justifican las prácticas violatorias, y es este el sentido aplicado al presente análisis. Por otra parte, saberse poseedores de un conocimiento especializado, permite a los médicos que dichas prácticas sean parte de su desempeño, por ejemplo cuando refieren que las mujeres deben atender con responsabilidad sus indicaciones, diagnósticos y tratamientos.

Las prácticas, algunas negadas o inconsistentes con el discurso de su descripción, constituyen lo que Castro (2004, 48) denomina dispositivos sociales que operan a nivel implícito, discretamente permitidos, no atacados de raíz, que terminan legitimando prácticas explícitamente condenadas y esto atiende a lo que Bourdieu señala en cuanto a que las relaciones arbitrarias dentro de un marco de derechos, se van aceptando como legítimas. En el espacio institucional de atención a la salud, algunas de ellas se reconocen como reprobatorias, o que no son bien aceptadas, quedan establecidas por la práctica misma: “una diferencia de hecho en distinciones oficialmente reconocidas” (Bourdieu 1991, 211).

Una práctica legitimada en este tenor se observa cuando algunos entrevistados cuestionan a colegas que mantienen un lenguaje técnico al momento de explicar los diagnósticos y tratamientos a las pacientes; sin embargo, en la consulta se observó que ellos mismos no ahondan en explicaciones legas y accesibles. El doctor Paz describe:

el médico debe de explicar el problema, desde un punto de vista que le sea muy comprensible a la señora, que muchas de las veces en vez de hablarle de tumor le habláramos de bola, de bolita o... compararle el tamaño de su tumor al de... objetos de la vida cotidiana, decirle su bolita está del tamaño de un garbanzo, o está del tamaño de una aceituna, o está del tamaño de un limón, y ya dentro de su intelecto o de lo que están comprendiendo cuando menos por el tamaño... Estamos hablando de tratamiento o de curación, que si le decimos que le vamos a dar, 'señora, es que a usted se le va dar quimioterapia'... Pensamos que con decirle quimioterapia lo entendió todo, pero no sabe que es un tratamiento a base de inyecciones, a base de sustancias... que se le puede entrar por la vena o por otra vía, que si le decimos a la señora, señora le vamos a dar radioterapia, le deberíamos de aclarar qué es la radioterapia (EM1).

El cuestionamiento se ubica en las formas en que se ofrecen las explicaciones y se aclaran las dudas cuando se expresan, pero lo más importante a cuestionar en esta narrativa es que la descripción de lo que sucede en la consulta se encamina hacia la adopción del "deber ser", entendido en un plano intencional, pero no de hecho, ni de prácticas.

Las quejas explícitas y directas de las mujeres son la excepción a la regla. Sin embargo, en los pocos casos donde la paciente expresó una queja de manera oral, se presentó uno de los dispositivos de *legitimación gremial*, la práctica de *encubrimiento solidario* entre los médicos. A continuación se incluye la descripción de una consulta en la que participan titular y residente:

Señora mayor, de aspecto humilde, se acerca y saluda de mano al doctor ginecólogo y luego al residente (R2). El doctor le pregunta si va sola, si no va su hija con ella, a lo que la señora contestó de manera sarcástica, dirigiéndose al R2, que "le mandaba saludos". El doctor intervino y le dijo:

—D: ¡Ah! ¿sí?, ¿grosera la muchacha?

—Señora: Pues sí, mejor no le digo los saludos que le mandó.

El residente, serio, le pregunta por qué, y la señora empieza a explicar y a quejarse del error que él había cometido con la sonda que le puso cuando la operaron, dos semanas atrás, cuando le quitaron la matriz. El doctor intervino de nuevo, pues la señora se estaba dirigiendo al R2 en franco reclamo, y éste le contestaba, tratando de explicar que no había sido una equivocación... El doctor titular, en tono agradable, intervino diciendo al R2:

–D: ¡Ah qué este maestro!, lo que hace... es que me localizaron por teléfono y le dije, pues ‘quítesela, ya no la necesita...’

–S: Pues sí, me la quitó mi hija, pero estaba muy enojada, y qué bueno que no vino, pues quién sabe qué le hubiera dicho, ¡mejor que no vino!

–D: [De nuevo en tono bromista] ¡Ah! qué la muchacha, grosera la muchacha. [Y prosigue], pero bueno, dígame, ¿cómo se ha sentido? [Con el afán de dar por terminada la queja, aunque la señora continuaba hablando de lo mal que se había sentido; se observó que quería seguir la discusión y el R2 trataba de seguir explicando y convencerla de que no había cometido tal error. El doctor titular pidió a la señora que pasara a revisión; en la misma los doctores apenas comentan entre ellos y cuando terminan regresan al escritorio; la señora pasa a vestirse y regresa].

–D: Señora, usted está muy bien, ya está bien, la vemos en dos semanas. ¡Cuídese!

–S: ¿De qué me tengo que cuidar?

–D: Pues de no levantar nada pesado, luego se le pueden caer otras cosas y va a decir que el doctor tuvo la culpa [en tono sarcástico], ¡cuídese!

–S: No, si sí me cuido, me agacho con cuidado y no levanto nada pesado [al tiempo que se dirige a la puerta. Los doctores ya no comentan nada entre ellos sobre el episodio] (OCEM2).

Al principio de la descripción, la paciente tuvo algunos minutos para expresar su queja, sin embargo, el titular da por terminada la discusión en apoyo al residente. El titular desestimó la queja minimizándola, pero ade-

más terminó descalificándola expresando que la paciente debía cuidarse, porque si le pasaba algo, luego culparía a los médicos. La actuación del titular frente al residente no sólo fue de apoyo, sino también de enseñanza del manejo de este tipo de situaciones. La paciente también acepta la respuesta al no aclarar la última acusación indirecta del titular. Queda asentado que al final, ellos tienen la razón y se realiza el encubrimiento de su colega; la última palabra la expresa quien preside la interacción, el médico titular.

Pero además, a través de estas prácticas de minimización o devaluación de las historias de las pacientes, se les enseña hasta dónde pueden llegar con su queja. Se sustenta así lo que Castro (2004) denomina *mecanismos de debilitamiento* que inciden en la percepción de la paciente. Por un lado puede quejarse, incluso sabe o intuye que puede hacerlo, que tiene el derecho a hacerlo,⁶³ pero al mismo tiempo se le desanima para ir más allá de una queja verbal directa, lo que debilita su percepción de derecho. Esta situación expresa una aceptación tácita de las mujeres de las condiciones de la consulta, aun aquellas que resultan desagradables o con las que no están de acuerdo.

Entre las consultas observadas, el residente no contradujo al titular en ninguna ocasión. En una de ellas se expresó lo siguiente:

–S: Y esto de la orina, ¿qué hago?, se me sale la orina ahora más fácil que antes y fue después del legrado...

–D: Señora pase a revisión [la señora se levanta y pasa al baño; mientras el doctor comenta al R2]: ‘Ya ves, la gente comenta que los médicos siempre tienen la culpa de sus problemas’: ‘es que desde el tratamiento estoy mal’, ‘es que desde la cirugía estoy mal’, ‘es que el doctor me hizo quién sabe qué’. El R2 no contesta. [Se dirigen a la revisión] (OCEM2).

⁶³ Ninguna entrevistada mostró conocer explícitamente su derecho a exigir, ciertas expresiones indican algunos indicios o nociones de derechos; uno de ellos se refiere a quejas abiertas o veladas, a pesar de ser excepciones.

Dichas expresiones refuerzan en los residentes el aprendizaje del manejo y desestimación de las quejas. Nunca se exploró el fundamento de las insatisfacciones manifestadas en la consulta médica, preguntando directamente a la paciente; tampoco se aceptó que tuviera razón, ni se hizo alguna recomendación para interponer una queja en la instancia correspondiente.

Freidson señala que los médicos buscan mantener, bajo diversos mecanismos, su autonomía y juicio clínico, pues su objeto de estudio y sobre el que trabajan, es un caso individual. En la profesión médica es una premisa esperar que los pacientes confíen en sus médicos, por la pericia alcanzada y la especialización de su conocimiento, aunque es inevitable que se cometan errores; “además, puesto que todos los médicos son vulnerables a la crítica, una regla de etiqueta consiste en proteger a nuestros colegas” (citado por Mechanic 1998, 261).

En las narrativas se reconoce otra situación que expresa el dispositivo de legitimación y las prácticas de encubrimiento solidario. Varias refieren la menos excepcional experiencia sobre un posible error médico, ya sea por falta de seguimiento, omisión o la desestimación de señales y del propio saber de las mujeres sobre su cuerpo y su bienestar, a pesar de su insistencia y de haber acudido a los servicios de salud mucho antes del diagnóstico de cáncer. Estas situaciones ofrecen una lectura doble, pues por un lado, como señaló un médico, hay que adaptarse al perfil psicológico de la paciente para dar o no mayor información (y no hacer más doloroso su estado en una discusión de “hubieras”), y por otro, se desecha una queja que a su ver no les compete y podría dañar el prestigio de la profesión.

Consuelo externó al médico varias veces su sospecha de que algo “no andaba bien”, que luego resultó cáncer.

—S: Sí, a mí inclusive mi problema, fíjese, me resultó de una negligencia.

—C: ¿A poco?

—S: De hace diez años que... acudí [al IMSS] porque... y dijo [el doctor]: ‘Pues yo no te encuentro nada...’ Y ya me vieron como cuatro o

cinco médicos, me mandaron a hacer estudios y dice: ‘No, no aparece nada’... bueno pues no es nada... al tiempo volví a ir, porque yo notaba que, pues no se me quitaba y... [me decían]: ‘No, es que tú tuviste un accidente y te quedó de eso’. Total que fueron como tres años que yo iba periódicamente, la última vez me dijo el doctor: ‘Usted no tiene nada’, pero no sé... pues ya me dijo que no, que no era nada... y yo en esa confianza que... hasta el doctor F, ya ve que es muy, muy reconocido pues... pues ya yo me confié, pero yo traía aquí [tocándose el pecho], pidiéndole a Dios que no fuera a ser otra cosa, tanto riesgo... [Tiempo después] me fui con el doctor, con el internista que veía... Es que tengo problemas de tiroides y ya le dije... ‘Ay’ me dijo, ‘¡qué bárbaro!’’, me dijo. [Y le dije] pues usted también me veía, le digo, porque me hace periódicamente, me hacía electro y jamás me pregunto qué... [ademán de tocarse el pecho], y él, y yo, como me habían dicho... Bueno, pues inmediatamente de ahí de su consultorio me mandó con el doctor A, y sí, ya me checó y se puso guantes... Fui a su consultorio, pues está casi enfrente [del internista]. Entonces él me hizo...] yo le platiqué toda la historia. Y entonces me dijo que había hecho muy bien de no haberme dejado hacer la biopsia. Y ya él me la hizo: ‘Yo sí te la voy hacer’, me dijo... entonces ya... ‘Y vuelve tal día que estén los resultados de la biopsia’ ...Entonces para el día que fuimos por el resultado, el doctor dijo: ‘¡Ay!, no me gusta dar esta noticia’, dice, ‘pero tiene cáncer y es bilateral’, entonces... me dice, era el puro día de mi santo y aniversario de bodas cuando me dio la noticia... [Luego me mandaron al oncológico] Sí... y ahí ya en el oncológico ya me vieron, se asustaron, el doctor C enojadísimo y puso ahí en mi expediente que no era porque... [hay] señoras que no quieren acudir... ‘Fíjese doctor’, le dije, ‘hicimos una limpia y ahí tiré las mamografías que tenía del Seguro’. Y dice: ‘¡Ay, señora, con eso le hubiéramos metido una demanda!’’, pero pues ni modo le digo, y yo le digo: ‘¿Ya para qué?’ (E8).

Estas expresiones refuerzan el encubrimiento solidario y los mecanismos de subordinación de las mujeres pacientes, que al mismo tiempo

fortalecen la dominación médica. Ésta a su vez ejerce un poder sobre las decisiones y expresiones de las mujeres fortaleciendo al propio gremio de manera sistemática y minando la autonomía de las pacientes al no indagar sobre lo que pasó en su proceso de enfermar.

De igual forma, Idalia insistió en que el médico que le practicaba la prueba del Papanicolaou y la exploración mamaria desestimó la aparición de una “bolita” en su pecho. Y así como Consuelo, también aceptó que una vez diagnosticado el cáncer no había necesidad de hacer otra cosa (“¿ya para qué?”). Aunque en sus narrativas se matiza su inconformidad con un “si hubieran diagnosticado a tiempo [...]”, a la vez muestra resignación frente al diagnóstico confirmado de cáncer de mama. Y ésta también es reforzada por las respuestas de los propios médicos, quienes nunca dieron entrada a la posibilidad de discutir la queja de otra manera. Idalia dice:

Primero tenía una bolita en el pecho, o sea, seis meses antes ya me había hecho una prueba de cáncer pero allá en el Materno [hospital público de la SSA] ...en el Materno pues, me estaba checando yo cada año pues, y seis meses antes de que me la hicieran ahí en el George (ONG de apoyo asistencial), me detecté una bolita yo y yo le dije al doctor... [¿Le dijiste?] Sí, pues eso es lo peor del caso, que me hizo el doctor la exploración y todo eso, y yo le dije que me molestaba la bolita esa que tenía y ya me dijo el doctor... ‘Te vamos a mandar un ultrasonido...’, me dijo el doctor que... pues... fui yo a dejar los resultados, pues ahí con el doctor... me dijo que era una bolita de grasa, y le dije: ‘¿Y esa bolita de grasa no se podrá quitar?’; ‘no’, me dijo, ‘es como quererte quitar cincuenta años de encima y no se puede...’ No, no me molestaba nada, ni me dolía, pero siempre la preocupación de traer la bolita y luego oír las pláticas de que se debe de atender mucho los pechos (E10).

* * *

[Idalia continúa] [después del diagnóstico de cáncer] me dijo que me tenía que quitar el pecho, pero yo digo que son descuidos de los doctores también, porque por ejemplo no es tanto que le eche la culpa al

doctor M de allá del Materno, pero pues yo digo, si a lo mejor en ese tiempo que apenas me empezaba la bolita, me hubiera atendido, pues él, pues que me hubiera dicho algo más a fondo, a lo mejor no hubiera habido necesidad de perder el pecho, pero pues ya ahorita no hay un hubiera (E10).

* * *

[Idalia insiste] No, no, yo le dije ese problema del doctor M, que me había dicho... como quitarme cincuenta años de encima, y qué iba hacer, ya no había nada que hacer tampoco... ya el cáncer ya estaba... si pues, pero él no me decía nada, el [doctor] A 'Entonces, ahora de aquí para adelante', me dijo (E10).

Freidson señala que:

La ambigüedad introducida en la idea del error por la idea de juicio es tal, que la posibilidad de utilizar reglas técnicas congruentes para evaluar y controlar los errores parece muy reducida, si no imposibilitada para todos los propósitos prácticos [...] Una vez suprimidas las reglas, las normas para evaluar el trabajo propio y el de los colegas se vuelven tan permisivas que permiten una gran variación en el desempeño (citado por Mechanic 1998, 262).

Parte de la argumentación para la implementación del Programa de la Cruzada refiere esta apreciación sobre el personal médico, por lo que se plantea incidir evaluando y midiendo las prácticas que permitan transitar del “viejo paradigma” al “nuevo paradigma”. El primero considera que no es posible medir la calidad de la atención en la práctica médica; en este sentido, el error médico tiene las mismas limitaciones.

La relación dominante es una situación naturalizada que necesita ser deconstruida para señalar sus dimensiones; entre las expresiones están los estereotipos o supuestos manejados por los médicos, que llevan a la descalificación de valores y prácticas cotidianas. Aunque seguiremos el análisis en esta dirección, vale señalar algunos de estos supuestos y prácticas en la consulta, asumidos por los médicos.

Ellos suponen que el bajo nivel de escolaridad e información sobre salud que caracteriza a las pacientes, no les permite entender la información médica: este supuesto provoca que se entrelacen prácticas, valores y percepciones de los prestadores con el *deber ser* de la calidad, es decir, lo que se conoce y define normativamente como calidad de la atención, así como con elementos de su formación profesional (dimensión humanista). Este *deber ser* contrasta con lo que sucede en la práctica cotidiana de la consulta y en la relación médico-paciente. En este entramado complejo de condicionantes y supuestos, ¿puede afirmarse que la dominación médica en la construcción cotidiana de la calidad se impone en tanto la usuaria es mujer, paciente y pobre, dándose así una *triple subordinación*?

Las condicionantes de ser paciente y pobre se expresan en la relación médico-paciente a través del uso del lenguaje. Boltanski (1977) señala que la relación que los médicos establecen con sus pacientes de clases populares, está mediada por el uso limitado del lenguaje de parte de las personas sin educación y sin información técnica especializada de la medicina; tal condición se asume por ambos actores del encuentro, los primeros se creen poseedores de ese saber, y los segundos están conscientes de su propia ignorancia. El autor señala que es desde la educación básica de las clases populares que se inculca el respeto por la ciencia, y en ésta va el reconocimiento de la profesión médica.

Respeto que debe manifestarse por el rechazo a la pretensión de saber, por una conciencia clara de su propia ignorancia, por la sumisión a los poseedores legítimos del saber médico: los médicos, a quienes se les delega hasta el derecho de hablar acerca de sus propios cuerpos y de los males que los aquejan (Ibid., 33).

Tal construcción sociocultural que topa en la legitimación del saber médico, legitima también la relación médico-paciente como una jerarquizada al sumarse otras condicionantes que ponen en desventaja a las mujeres pacientes.

Bourdieu se refiere a esta relación dominante como el *habitus lingüístico* y el *mercado lingüístico*, partes indisolubles de la construcción y expresión del habitus de los sujetos involucrados.

El *habitus lingüístico* se refiere al:

sistema de disposiciones socialmente constituidas, que implica una propensión de hablar de cierta manera; una competencia para hablar inseparablemente definida como una aptitud lingüística; es la capacidad social para emplear adecuadamente esta competencia en una situación dada [...] no es una simple capacidad técnica, sino también una capacidad estatutaria (Bourdieu y Wacquant 1995, 104-105).

Y el *mercado lingüístico* es el:

sistema de relaciones de fuerza simbólica que se imponen a través de un sistema de sanciones específicas [...] la anticipación práctica de mi discurso será más o menos tenso, más o menos censurado, a veces hasta el silencio de la intimidación [...] Las desigualdades en la competencia lingüística se revelan constantemente en el mercado de las interacciones cotidianas [...] (Ibid., 104-105).

Es decir, cómo la constitución de las formas de expresión, el manejo lingüístico y cultural de todo sujeto lo lleva a conducirse en su entorno y en su cultura, y cómo esta capacidad es doblegada por el otro, otorgando o impidiendo el derecho de hablar. La práctica social identificada en la investigación se reduce al manejo de las mujeres en el espacio de la salud, frente al médico en concreto. Se puede redondear una explicación y decir que las pacientes primero son mujeres frente a un varón, pues todos los médicos en la consulta lo son, y que la identidad de género femenina ha sido construida como quien debe escuchar antes de hablar frente a ellos.

También hay que enfatizar que las mujeres respetan la jerarquía dejando hablar al médico, así, éstos mantienen y expresan su control del habla, del espacio y de la interacción. Por otro lado, y no menos importante, el lenguaje propio de la profesión médica dificulta un mayor acer-

camiento cuando no es “traducido” a un lenguaje lego. La capacidad lingüística de las mujeres pacientes, diferente en términos del manejo del habla, se evidencia aún más al no tener acceso al lenguaje técnico que usualmente se maneja en la consulta, éste es el que se escucha en el intercambio entre el médico titular y el residente cuando se aborda el problema de la paciente, y es el dirigido a ella, menos extenso quizá, pero no menos técnico.

En un estudio de Jasís (2000, 122) se encontró que en la interacción médica se expresa una *valoración a priori*, definida como la percepción de estereotipos de los médicos hacia las pacientes pobres que van a la consulta, por lo que la atención que reciben se ve perjudicada, primero como mujeres en su papel de pacientes y segundo, como mujeres pobres que no esperan recibir más allá de una receta para atender su problema de salud.

La cultura médica es jerárquica y dominante, tanto en su atención a pacientes hombres como a mujeres, sin embargo, dicha dominación-subordinación tiene expresiones distintas con unos y otras, es decir, el habitus de género en expresión. Dicha aseveración se ha documentado en diversos estudios (Ehrenreich y English 1990; West 1984; Todd 1993b, 1993; Sherwin 1996a, 1996b; Fisher 1984; Matamala et al. 1995; Salas 2004). Si bien es cierto que las fronteras entre las distintas condicionantes socioculturales como el género, la pobreza y el rol de paciente se matizan y traslapan, el género es una categoría a la que se le puede seguir la pista bajo distintas expresiones del poder en la dominación médica. Éstas pueden ser la obediencia y pasividad de las mujeres pacientes frente al médico varón; el discurso sostenido de los médicos, construido con estereotipos sobre la paciente como madre, pasiva y ama de casa; otra es la reducción biologicista de una enfermedad o problema de salud como la patología mamaria, que se minimiza a pesar de su relación cercana con la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Una práctica común en la atención es la subestimación del saber de las mujeres sobre su salud, cuerpo, creencias y valores, sobre todo si son diferentes a los del profesional que las atiende. Sobre esto, el doctor Paz señaló:

y la persona como se trata de... un órgano que todavía lo vincula con la sexualidad, no hace preguntas al respecto porque ve muchas personas [en el consultorio], y a veces ella no las puede identificar muy bien... entonces la mujer da como resultado que se cohibe, conociendo cuál es la cultura de la mujer mexicana me resulta hasta cierto punto lógico. Pero que deberíamos de ... en el momento en que se está entrevistando a la mujer por una patología mamaria... [debería] hablar de su patología mamaria libremente en cualquier parte que se encuentre, ante los profesionales de la salud, como si se tratara de una simple gripa, que al fin y al cabo es una enfermedad de todos modos, y más grave la que ya trae (ME1).

En otras ocasiones, las mujeres refirieron los reclamos médicos y la culpa que sintieron cuando tomaron decisiones contrarias a la indicación médica. Se retomará el tema más adelante.

La dominación médica se va expresando en esta complejidad de dimensiones, y la diferenciación genérica como predisposición médica está presente de forma sostenida. En la observación en consulta se constata que a través de la prescripción, bajo la modalidad de indicaciones, explicaciones y órdenes, se espera que las mujeres sean obedientes y pasivas, en tanto mujeres y pacientes; se espera de ellas pudor y vergüenza en la revisión, patrones de conducta asignados y esperados socialmente de su *ser mujer*. Los roles de género se consideran conductas “naturales” de cada uno de los sexos, como hechos inmutables y rígidos. Las mujeres reconocen las diferencias entre ellas y los médicos, incluso se refieren a éstas en términos de desigualdades entre las posiciones que cada uno ocupa, pero no las perciben como una relación de poder negativa, aunque sí con el “poder de curar”, o dicho de otra forma, con el poder del saber, lo que termina por reforzar los roles. Pero a la desigualdad de género entre las mujeres pacientes y los médicos varones se suman otras sociales como la pobreza, que incrementa las desventajas.

La profesión médica goza de una legitimidad social que presenta a sus profesionales posicionados de manera natural en lo alto de la jerarquía como prestadores de servicios. La distancia social que existe entre

el médico y la paciente se fortalece por ese mecanismo de legitimación gremial, identificado en algunas narrativas de las mujeres; forma parte de los mecanismos de reproducción, en palabras de Bourdieu, cuando señala que están reforzados por las propias estrategias institucionalizadas de distinción:

mediante las cuales los ‘grupos de status’ tienden a hacer permanentes y cuasi-naturales, legítimas por tanto, las diferencias de hecho, redoblando simbólicamente el efecto de distinción asociado al hecho de ocupar una posición excepcional en la estructura social, constituyen la conciencia de sí de clase dominante (1991, 233).

En la formación de recursos profesionales, dicha legitimidad se asegura por medio del currículo, incorporando a través de la institucionalización de la lógica de las prácticas propias, los esquemas necesarios que asegurarán la reproducción del campo médico como exclusivo. Enseguida se analiza la forma en que esta formación se lleva a cabo en los residentes de la especialidad en ginecología, que participan en la consulta médica.

“APRENDER HACIENDO”: HOSPITAL-ESCUELA Y FUNCIÓN DOCENTE DE LA CONSULTA

El plan de estudios de la especialidad en ginecología y obstetricia que se cursa en el hospital depende de la UNAM; se organiza en cuatro años y se divide en tres áreas sustantivas: la prestación de atención médica, el desarrollo de la investigación y las actividades educativas. La primera determina la metodología de enseñanza-aprendizaje del residente de la especialidad, y está centrada en la solución de problemas de atención médica y representa 93.8 por ciento del total de horas/semana/año que cursan los residentes. Por ello, en el plan de estudios se indica que “las actividades de atención médica se constituyen en espacios de aprendizaje” (Facultad de Medicina, UNAM 1998, 5). Es decir, se trata de “aprender haciendo” e incrementar la calidad del “saber hacer”.

La actividad educativa complementaria es para los residentes de último año, quienes supervisan, asesoran y enseñan a los de grados menores, y ésta “representa una consecuencia natural del quehacer de la atención médica. La formación del médico sólo es concebible cerca del profesional que, al tiempo que realiza su quehacer, adiestra a un grupo de aprendices que lo auxilian en las tareas de atención a la salud” (Ibid., 8).

La esencia de la formación en medicina, como lo señalan distintos planes de estudio, es la práctica, es decir, “aprender haciendo”; por otro lado, las prácticas de los residentes en formación representan un recurso importante para el hospital, a pesar de su temporalidad, pues se mantiene un número promedio de residentes en funciones. Freidson (1978, 123-124) señala esta temporalidad como una desventaja, pues los residentes no pueden mantener una relación a mediano y largo plazo con los pacientes, que permita un seguimiento adecuado. Algunas enfermedades lo resienten más que otras, como es el caso de las mentales, donde los pacientes requieren una relación a largo plazo con su terapeuta.

Cuando a las entrevistadas se les preguntó quiénes eran los médicos que las habían atendido, pocas se refirieron al nombre de los titulares o cirujanos, aunque tampoco pudieron recordar el nombre de alguno de los residentes, no sólo los presentes en la consulta externa, sino aquéllos que las atendieron cuando estuvieron hospitalizadas. Dentro de los lineamientos de calidad de la atención se señala que el médico (o residente) debe presentarse y dirigirse a la paciente por su nombre. Esto no se logra cotidianamente, aunque cabe mencionar que esta situación se conjuga con otras condicionantes que generan la impersonalidad en el trato. Como se vio en párrafos anteriores, estos modos de relacionarse forman parte del aprendizaje de los residentes, en tanto condicionantes del espacio de atención hospitalaria, como por ser personal médico en formación que privilegia la práctica para lograr la pericia.

Durante el tiempo que se hizo este trabajo había un grupo de 20 residentes en ginecología, de los cuales cuatro estaban cursando su primer año (R1), seis el segundo (R2), seis el tercero (R3) y cuatro el cuarto (R4). El grupo se dividía en números iguales de hombres y mujeres. De ellos, once estaban casados y nueve eran solteros.

La distribución de las actividades de los residentes por áreas puede resumirse de la siguiente manera: los R1 atienden los partos (con supervisión del R2), sobre todo los que se diagnostican como de mayor complejidad, y están encargados de la preconsulta. Los R2 también se encargan de la preconsulta y de la supervisión de los R1, entran a quirófano y realizan cesáreas, apoyan a otros cirujanos titulares y atienden la consulta externa en obstetricia; también se encargan de la consulta externa en ginecología de primera vez, en donde se realiza la historia clínica general y amplia de las pacientes y les indican el pase con el médico especialista titular. En esta tarea, los residentes realizan la consulta sin un médico titular presente. Los R2 son supervisados por los R3; éstos también efectúan cirugías, apoyan a los cirujanos titulares y acompañan al docente titular en la consulta externa en las distintas áreas de ginecología (medicina interna, urología y ginecología general). Los R4 supervisan a todos los residentes de grados menores (R1, R2 y R3); están en la consulta externa de oncología y acompañan al titular en las cirugías de esta área. Todos dan seguimiento diario a las pacientes internadas e informan de su estado y evolución a los titulares responsables. La organización de la prestación de servicios y la distribución de los residentes se apoya en una normatividad general relativa a la formación de médicos y las sedes hospitalarias donde se lleva a cabo.

La preconsulta representa el primer contacto de la paciente con un médico del hospital, por lo general un R1 o R2. Esa primera valoración, mediante un breve interrogatorio verbal por parte del residente, determinará si pasa a la consulta especializada. Al analizar esta organización frente a la normatividad, es posible pensar que la preconsulta representa el primer espacio de práctica como médico especialista que apoya la currícula de los residentes. El testimonio del doctor Paz, uno de los médicos titulares, parece afirmar lo anterior:

—D: Hay R2 y hay R1 que tienen funciones ya muy específicas... dentro de la estructura... dentro de la organización a la atención de población abierta, existe... un área donde se da una especie de consulta, que aunque es una consulta, se le llama todavía preconsulta.

–C: ¿En el área de admisión?

–D: Así es, y ahí es donde están los R1 y los R2 (EM1).

La pregunta que surge al respecto es qué querría decir con una “especie de consulta” y qué repercusiones tiene en la calidad de la atención. Lo que sí resulta claro es que los pasos en el proceso de atención representan a los distintos porteros encargados del acceso a un diagnóstico y tratamiento definitivo, así como el seguimiento que procede.

Las unidades médicas que cuentan con la aprobación para la formación de especialistas deben cumplir una serie de requisitos, pero interesa destacar los que tienen que ver con la organización del servicio y sobre todo, las condicionantes que enmarcan las prácticas de la calidad de la atención de las pacientes. La currícula se conforma casi en su totalidad por horas prácticas, a través de la prestación de atención médica en las distintas áreas por donde van rotando los residentes, y éstos van asumiendo tareas de mayor responsabilidad a medida que pasan de un año a otro.

La consulta externa en ginecología es uno de estos servicios. Una de las indicaciones de la currícula señala que parte de la práctica y la enseñanza será analizada con colegas y profesores “en el momento mismo de la prestación de servicios de atención médica [de] los problemas de salud que se atienden” (Facultad de Medicina, UNAM 1998, 19), lo que quiere decir que las prácticas se realizan de acuerdo con el motivo de consulta y con la paciente como objeto de estudio. Por ello, un requerimiento que debe considerarse para esta función es el tiempo dedicado a la docencia y cómo esto repercute en el tiempo asignado a cada consulta y paciente. En el hospital donde se realizó el estudio varía entre 15 y 30 minutos por paciente, pues se requiere un “tiempo de dedicación adecuado para la atención individual de los pacientes, que haga posible la reflexión crítica de los problemas que presentan” (Ibid., 23). Cada médico titular atiende un promedio de seis consultas en dos horas o menos; la oncológica tiene un promedio más alto, ocho consultas en dos horas o menos, aunque a veces se atendieron doce pacientes.

A pesar de que las narrativas de los titulares entrevistados señalan que el tiempo dedicado a cada paciente depende del problema, es importante

mencionar que el propio ejercicio docente va marcando cierto ritmo de duración, ya que ésta se organiza en función del tiempo necesario para que se cumpla la revisión “del caso” y no sólo de la necesidad de atención centrada en la paciente.

–D: Hay consultas muy largas, hay consultas cortas.

–C: Pero ¿no tienen un límite [de tiempo], un mínimo, un máximo?

–D: No, no es posible determinar eso, porque depende, el tiempo que le demos a cada paciente, del problema que vamos a tratar, y esos son muy diferentes unos de otros, usted lo ha visto ¿no? (EM3).

En la consulta se observa que los titulares dirigen a los residentes breves interrogatorios e indicaciones sobre el caso, la técnica de la exploración, el diagnóstico y tratamiento:

[...] el R3 sigue revisando el expediente y comenta al doctor: ‘Aquí trae resultados de una biopsia... parece que no hay nada...’ Ambos siguen leyendo los resultados (OCEM2).

* * *

–D: Señora, pase a desvestirse de la cintura para arriba y se pone una batita que está allí. Mientras, el doctor sigue explicando al R3 algunos resultados de los estudios con términos médicos (OCEM2).

* * *

–D: Pásele para revisarla. [Pasa el R3 y detrás el doctor; inicia la exploración del doctor junto al R3]. Doctor dirigiéndose al R3: ‘Sí, prolapso uterino, segundo grado’. El doctor explica al R3; siguen un momento más en la exploración y terminan. Regresan a su escritorio y el doctor sigue explicando y pregunta al R3 qué procede en esos casos. La señora regresa, se sienta y espera; no pregunta nada. Un minuto más y el doctor explica a la señora que hay que operar y hacerse unos análisis; le pide que haga cita y que lleve los resultados para programar la cirugía. La señora se despide. Sólo pregunta la fecha probable de la cirugía (OCEM2).

* * *

El doctor explica a la R3 el protocolo que debe seguirse para los casos que deben estudiarse: ‘Lo más seguro es que haya un mal funcionamiento hormonal. Aquí dice que no le buscaron y ya la dejaron, entonces hay que pedirle varios estudios y escarbar este caso’. El doctor pide a la señora: ‘Pase para revisarla, se quita el pantalón, no toda la ropa’. El esposo sigue observando, no ha dicho una sola palabra. Los doctores siguen discutiendo el caso. El doctor explica a la R3 a la vez que pregunta sobre el diagnóstico probable y los procedimientos indicados para el caso. La señora sale del baño, se acomoda en la mesa de exploración y espera (OCEM3).

Se apreció cotidianamente que el médico titular y el residente dedican parte del tiempo de cada consulta a leer y comentar brevemente el caso: revisan la historia clínica inicial, si es paciente en consulta subsecuente, y qué ha pasado con el problema por el que consultó antes. Si hay resultados de análisis de laboratorio, se arman las explicaciones y el interrogatorio del titular al residente, que se mantienen en el resto de las rutinas de la consulta. Durante la exploración, por lo general se expresa la dirección del maestro sobre el estudiante, teniendo como objeto de estudio el cuerpo de la paciente.

La normatividad señala como requisito administrativo para las sedes de residencia médica, que deberán garantizar “a los alumnos y profesores, el libre acceso –con fines de enseñanza– a todos los pacientes y servicios de la unidad médica [relacionados con su especialidad]” (Ibid., 25), disposición que se define como un derecho de los residentes (UNAM 2000). La Ley General de Salud y la Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas (SSA 1994b) representan el sustento legal para tales disposiciones; señalan que las instituciones de salud dispondrán de la utilización de sus instalaciones, donde cabe la formación de recursos humanos para la salud.

El artículo 90, fracción III de la Ley General de Salud, señala que corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos locales, en coordinación con las autoridades educativas, “otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de

salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de los profesionales, técnicos o auxiliares de la salud, de conformidad con las normas [...]” (1998, 18) Por su parte, el artículo 94 señala que cada institución establecerá las bases de uso y utilización de las instalaciones en la formación de recursos humanos para la salud.

La normatividad da la libertad y asegura el piso legal del derecho de uso del objeto de estudio y de trabajo, en aras de la formación de nuevos especialistas. Resulta obvio decir que la medicina necesita tener acceso a los cuerpos de los pacientes para realizar su objetivo, y que las personas necesitan exponer su cuerpo para resolver sus problemas de salud. El cuestionamiento que debe enfatizarse es la forma en que los mecanismos de poder de la propia profesión médica impactan la relación médico-paciente, pues así como permiten realizar la acción terapéutica de curación, también permiten la violación de una serie de derechos de los pacientes. Laín sostiene que la cosificación del paciente es la causa de la “rebelión del sujeto”, pues esta relación objetivante convierte al otro en “objeto de contemplación, un *espectáculo* o un objeto de manejo, un *instrumento*” (1964, 236),⁶⁴ mientras que en el otro extremo se sitúa la *relación interpersonal*, es decir, cuando ambos se tratan mutuamente como personas. Sin embargo, la relación médico-enfermo no puede ser una cosa u otra. La primera mutila y degrada la plenitud de su condición humana, pero en la segunda, el médico no puede operar sobre la persona si no “objetiva su cuerpo, si no percute su tórax [...]” (Ibid., 141) Sin embargo, el poder en la práctica médica queda subsumido a esta descripción.

El habitus médico en formación

Durante su formación, los nuevos especialistas en ginecología viven cotidianamente prácticas de poder y subordinación. Poder dominante frente a las pacientes y subordinación ante sus superiores: los residentes de mayor rango, los médicos titulares y los directivos. Esto significa el fortalecimiento del habitus médico, pues los residentes de la especialidad

⁶⁴ Cursivas en el original.

ya han cursado la licenciatura en medicina y han recibido las pautas básicas del ser médico; en sus prácticas de internos también aprendieron que las jerarquías deben respetarse y que como profesionales de la salud tienen un poder obtenido en virtud de un saber exclusivo, técnica y socialmente construido como “incuestionable” (Freidson 1978). Más allá de las prácticas formativas –escribir informes, presentar casos, aprender a diagnosticar y prescribir–, los residentes aprenden que forman parte “de una jerarquía formalizada y que los más que poderosos conceden recompensas –el derecho a aprender nuevos procedimientos, horas de enseñanza, unas pocas más de sueño y evaluaciones positivas– y también castigos” (Good 2003, 159).

A medida que asumen su ser médico, altamente especializado después de hacer la residencia de la especialidad, las prácticas y relaciones de poder se acompañan de otras características como el espíritu de servicio y la ayuda a los enfermos, que son parte indisoluble de la imagen del médico. El doctor Córdova alude a esto cuando se dirige a los residentes:

ustedes aquí no están ni de trabajadores sociales, ni de buen samaritano, ni de papás, ustedes vienen aquí a obtener una formación y ustedes tienen la obligación de dar esa atención a esa mujer lo mejor posible, pero ustedes no tienen ya nada que hacer de asistencialistas para tratar de resolver ese otro punto... [refiriéndose a acciones de orientación y acompañamiento de algunas pacientes] (EM2).

Los estudiantes de medicina se forman en el campo del cuidado a la salud en el hospital y en el gremio profesional, elementos que se conjugan con sus historias de vida y que después expresarán en sus prácticas como profesional médico, respetando las normas y reglas porque “así debe de ser”; este es el sentido de comprensión del *habitus* médico.

Los residentes se enfrentan a una serie de condiciones institucionales como la organización a la que se someten, que en palabras de Bourdieu, son al mismo tiempo condicionantes que representan el derecho de entrada, es decir, el cumplimiento de los requisitos que les permitirán pertenecer al campo profesional de la medicina. Las actitudes que van asu-

miendo como parte del ser médico se observan en la atención, por ejemplo el espíritu de servicio, el ejercicio del poder y la incuestionabilidad de su saber médico, que va fortaleciendo un marcado individualismo en la toma de decisiones respecto a la prescripción y la responsabilidad personal, como señala Freidson:

Estas características del trabajo médico diario son responsables del desarrollo de normas o actitudes que estimulan un sentido de la responsabilidad muy especial, limitado [...] desarrollan en el médico una acentuación del sentido de responsabilidad personal antes que de la responsabilidad general o comunitaria (1978, 170).

Respecto a la formación, tanto en la licenciatura como en la especialidad, Consejo y Viesca señalan que los residentes van asumiendo las actitudes, prácticas y relaciones que caracterizan a los médicos. Afirman que “las diferentes relaciones de poder generadas en el espacio hospitalario [...] influyen en el moldeamiento del conocimiento doxático” (2005, 3).

A través de la normatividad, la currícula y las prácticas de enseñanza-aprendizaje, los residentes muestran una:

fe práctica [que] es el derecho de entrada que todos los campos imponen tácitamente, no sólo al sancionar y excluir a quienes destruyen el juego, sino al actuar de modo que prácticamente las operaciones de selección, de formación de los nuevos miembros (ritos de paso, exámenes, etc.) sean tales que consigan de éstos la adhesión indiscutida, prerreflexiva, ingenua, nativa, que define la doxa como creencia originaria, a los presupuestos fundamentales del campo (Bourdieu 1991, 115).

Ellos entran al campo médico desde la licenciatura, donde una pauta característica es el ejercicio del poder; ya que la cultura médica mantiene una jerarquía clara y reglas de obediencia precisas. Foucault (1992) se refiere a esto como el poder capilar en las instituciones, que desde dis-

tintos niveles y con base en prácticas cotidianas, mantienen, reproducen y van introyectando entre los profesionales el sentido de dominación-subordinación como parte del ser médico. Los residentes médicos vivencian, a través de estas prácticas jerarquizadas, una violencia simbólica en el espacio institucional en su etapa de formación, expresada bajo distintas disposiciones que van de las prácticas cotidianas en su desempeño, a las contenidas en la normatividad curricular que las legitiman, con el objetivo explícito de lograr el involucramiento total en la práctica escolar y de aprendizaje. La formación médica representa la experiencia de un “proceso que consiste en llegar a habitar otro mundo”, como lo señala Good, que incluye “modos especializados de ‘ver’, ‘escribir’ y ‘hablar’” (2003, 139-140).

Dicho proceso de dominación-subordinación se ha señalado por sus efectos en el propio habitus del médico en formación, por los efectos en la salud de ellos mismos y por la relación con su desempeño frente al paciente. De este modo, “la jerarquía y el control de la arbitrariedad están pues íntimamente relacionados” (Ibid., 160). El autor abunda al señalar que las prácticas estándar, definidas y aplicadas en forma jerárquica, ponen límites férreos a la arbitrariedad real de las actividades clínicas, a la vez que justifican la razón de su validez; “la educación médica legitima las prácticas clínicas y sus objetos, al mismo tiempo que construyen los objetos de la atención médica y reproducen las relaciones de poder en las que están imbricadas” (Ibid., 165).

Se ha documentado, sobre todo en países como Estados Unidos, un extenso campo de investigación sobre violencia y maltrato de residentes médicos en los hospitales. En América Latina también se ha reportado la preocupación por este problema, sin embargo la producción investigativa apenas inicia. En México pueden mencionarse los trabajos de Herrera et al.; 2000; s.f.; 2006) y Consejo y Viesca (2005), realizados en servicios del IMSS e instituciones de la SSA. Estos estudios poseen un enfoque cuantitativo y señalan graves prácticas de maltrato, hostigamiento sexual, castigos y humillaciones. Mejía et al. (2001), en otro de corte cualitativo realizado en un hospital público en Argentina, llegan a conclusiones similares. En el lugar donde se realizó la presente investigación, no se

reportan estudios al respecto, sin embargo, el doctor Córdova señaló directamente cómo estas condiciones adversas para el residente afectan la calidad de la atención:

[...] desde el momento en que uno entra a la residencia, ya entra con la cabeza gacha, como es tan difícil entrar a una escuela de medicina en México y tan difícil para entrar a una residencia en un hospital, entran con la cabeza gacha, dóciles, tranquilos, subordinados a ser explotados vilmente, aquí se ve la explotación vilmente del hombre por el hombre, ellos están aquí para hacer el trabajo, que le saquen el trabajo al especialista, y no pueden decir absolutamente nada, no se pueden rebelar... es muy, muy raro que alguien se rebele y si alguien alguna vez se ha rebelado, ha recapacitado de inmediato pues no le conviene, no le conviene, en términos de formación ni en términos de terminación de estudios... está de la chingada [las condiciones de la residencia], es anticonstitucional, es antifisiológica, es antipedagógica y es anti un montón de cosas, porque lo que ellos pasan y las cargas que se avientan son demasiadas, van contra natura. Imagínate entrar a las ocho de la mañana y dar consulta a las doce del día siguiente, ¿cómo van estar esos chavos?, van estar tronados, entonces, ¿qué tipo de atención van a dar?, pues la que se pueda, porque así es, así tiene que ser, y no se les ocurre que eso puede cambiar, mientras siga habiendo una gente en la dirección o quien lo pueda cambiar de manera tan estúpida, tan cerrada, tan poco abierto a ver estas cosas, y mientras siga habiendo un pendejo que lo aguante, nunca va cambiar nada...

–C: ¿Nadie se queja?

–D: Ese es el problema, ellos se quejan por las condiciones de trabajo, ellos para los demás, para el servicio de los demás, pero no se quejan de las condiciones para sí mismos, de los beneficios que pueden obtener para sí mismos, ¿cómo es posible? Uno se queja que porque no hay instrumental, que porque no hay tales materiales, que porque no hay tales espacios, pero realmente no se queja de las largas jornadas de trabajo, del poco apoyo de otro tipo que podamos tener

como médico, y seguimos peleando las condiciones para los demás, ¿y nosotros qué? En tanto nosotros estemos bien, es como podemos hacer un mejor trabajo (EM2).

Aunque no es objetivo de la investigación profundizar en este problema, cabe señalar su relación con el aprendizaje que va formando las prácticas, percepciones y predisposiciones de los residentes “viendo a sus maestros” actuar. Así como los residentes representan los nuevos recursos en la profesión, también son un importante capital en mano de obra para las propias instituciones, como se señala en el testimonio anterior. Vale señalarlo por la importancia que guarda en relación con la calidad de la atención, que cotidianamente moldea las prácticas en la atención a las pacientes, y por la reproducción del *habitus* médico.

Freidson señala el uso de este capital humano como el “trabajo médico que no lo puede realizar nadie más en el hospital” y que a pesar de su temporalidad limitada, es un *stock* de mano de obra. El hospital sirve a los residentes al ofrecerles las condiciones para su formación, “su orientación se dirige a obtener lo que ellos creen que necesitan de la institución (que no coincide necesariamente con lo requerido por el cuerpo de médicos y los pacientes)” (1978, 123).

Durante su residencia, los médicos se van posicionando en el campo social de la profesión. Bourdieu define que es similar a una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones:

[...] las cuales se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación (*situs*) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital), cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo [...] (dominación, subordinación, homología) (Bourdieu y Wacquant 1995, 64).

Los residentes demuestran que respetando las reglas de la institución y la profesión accederán a los beneficios en su ejercicio posterior como

médicos ginecólogos. Ponen en juego el poder que poseen, no sólo en términos técnicos a través de su mano de obra en la atención cotidiana, sino también simbólicos, al representar a nuevos miembros del gremio médico que compartirán con ellos el terreno profesional de la medicina. Las posiciones en el campo que se van adaptando definen socialmente a los agentes. Las mujeres pacientes, atendidas en el hospital por alguna patología mamaria, reconocen la cultura de dominación que recae sobre ellas con la expresión de “ya ve cómo son los doctores” (DC), expresando un conocimiento y un reconocimiento social, en palabras de Bourdieu y Wacquant (Ibid.), de una conducta que delimita cómo actúan y qué esperar de ellos como profesionales.

Bourdieu subraya que la pertenencia al campo y la posición particular que en él ocupan los agentes conlleva *propiedades de posición* que no son propiedades naturales, aunque los agentes las *incorporen* como tales, de allí la formación y la expresión de los habitus médicos (Ibid., 17).

Como *estructura estructurante*, el *habitus es productor social*. En este sentido el habitus también es concebido como un sistema de competencias sociales que implica doblemente, en tanto competencia, una capacidad práctica de acción y el reconocimiento social para ejercerla (Ibid., 27).

Los residentes están sujetos a la institución, deben cumplir las jornadas de tiempo completo y hasta tres guardias a la semana;⁶⁵ el sentido de dicha organización, desde su planteamiento a mediados del siglo XX, se basó en el objetivo de lograr el involucramiento total de los estudiantes, de manera intensiva y concentrada en el aprendizaje práctico de la profesión.

65 “3.1.14 Guardia o actividad clínica complementaria: conjunto de actividades asistenciales y académicas que realiza el residente, al término de la jornada normal, en la unidad de atención médica a la que está asignado y de acuerdo con el programa operativo correspondiente. Su frecuencia estará determinada por la institución respectiva; podrá tener un máximo de tres veces por semana, con intervalos de por lo menos dos días, y en forma alternada durante los sábados, los domingos y días no hábiles” (SSA 1994b, 3).

La descripción de la normatividad relativa vigente muestra cómo los conceptos de calidad de la atención y respeto a los derechos de los pacientes son más bien dimensiones implícitas, en distintos niveles en otra serie de indicaciones. Una de estas indicaciones se señala en el plan de estudios, en su apartado sobre la descripción de procedimientos y destrezas: (los residentes ejecutarán, bajo supervisión) “exploración clínica y métodos de diagnóstico, [y harán] énfasis en la importancia de estudiar y tratar al paciente como integridad biopsicosocial” (UNAM 1998, 46), o bien, cuando se señala en las disposiciones generales del mismo plan que “[el residente] deberá observar las normas éticas propias de la profesión médica y brindar al paciente una atención con sentido humanista” (UNAM 2000).

Sin embargo, aspectos específicos y acotados a prácticas cotidianas como la presentación de la paciente a ambos médicos, es decir, informarla que será atendida por un médico y un residente que participarán en toda la consulta, son aspectos ausentes en la normatividad. Cabe preguntarse sobre los alcances y el efecto que esto traería en la formación de los médicos residentes, así como en la calidad de las prácticas de atención y el respeto a los derechos de las pacientes. Otro asunto ausente se refiere a las indicaciones de los titulares sobre la importancia del interrogatorio y la comunicación con las pacientes, a pesar de ser un problema serio identificado en las evaluaciones de la calidad de la relación médico-paciente. Thompson (1990a, 101) señala que es un tema al que se le concede poca importancia en la currícula de los médicos, porque se supone que esas aptitudes son naturales en los nuevos profesionistas y se irán desarrollando en su vida profesional. Por su parte, Good (2003) señala que esta falta de interés se reconoce en los propios estudiantes y no sólo en los lineamientos educativos de la institución, al enfrentar una agenda de aprendizaje basada en la práctica biomédica (formativa).

Un directivo medio de la institución señala, a pregunta expresa sobre la formación en estos aspectos, que “los residentes aprenden viendo a sus maestros” (DM4). Pero también la paciente aprende a reconocer que en esta relación docente ella es más objeto que sujeto. La función docente cumple así una doble enseñanza. Detrás de las prácticas observadas en

ella, se mantienen y reproducen los mecanismos de la jerarquía médica, tanto del titular con su residente, como de ambos con la paciente; la subordinación como paciente queda asentada, y dicha jerarquía asumida en el rol tanto del médico titular ante el residente, de éste frente al titular y a la paciente, y de ésta frente a ellos en su calidad de subordinada.

La subordinación se mantiene para lograr una alta competencia técnica y una neutralidad afectiva en la formación de los médicos (Parsons 1982, 437), condiciones que retribuyen a la solución del problema de salud, evitando abusos deshonestos de los médicos hacia las pacientes; dichas prácticas favorecen el distanciamiento y la “disección” del cuerpo femenino para su atención, lo cual genera que se les tome como objetos de estudio durante el entrenamiento médico.

Es una rutina que los residentes participen poco en el interrogatorio, pero sí lo hacen en forma permanente en la exploración física, la mayoría de las veces con el médico titular a un lado y la enfermera observando. Aunque algunos titulares realizan la exploración, el residente participa en mayor o menor medida. A continuación se registra uno de estos casos:

–D: Pase al baño, a revisión, se pone una bata.

El residente hace la revisión solo, el doctor se queda leyendo el expediente en su escritorio. La señora se queja al palparle el abdomen, pero en la revisión ginecológica, no. El residente no explica ni hace alguna indicación. Regresa al escritorio y se dirige al médico: ‘Tiene una endometriosis’ [...] describe con términos médicos, apariencia y medidas de lo que vio.

–D: ¿Qué le podemos dar?

El residente responde al doctor: ‘Tal medicamento o tal, pero son caros, tal y tal son buenos y no son tan caros’. La señora regresa. El residente empieza a escribir la receta y explica a la señora cómo usar los medicamentos (OCE27).

Las pacientes se convierten en una oportunidad de práctica y enseñanza-aprendizaje para los médicos –aun matizando esta afirmación–, sobre todo cuando se observa la forma en la que los médicos intercambian

bían información sobre la enfermedad y el órgano dañado, sin dirigirse ni involucrar a la paciente. La función docente marca esta transmisión de información: los médicos titulares dan explicaciones tácticas a los residentes, quedando asentada la impersonalidad de la relación como expresión de la neutralidad afectiva que refiere Parsons. Dentro de los asuntos tratados como docente-estudiante, nunca se hizo una recomendación explícita referida a la relación médico-paciente (trato, escuchar, interrogar, explicación, dar información, derechos, respeto). Esta es una dimensión aprendida por medio de la observación y la práctica, que se conjuga con las percepciones propias del residente sobre cómo debe ser el trato, con su carácter y sus valores morales.

SER MÉDICO Y SER PACIENTE: ENCUENTROS Y DESENCUENTROS

En este apartado se analiza la manera específica en que se generan y expresan los *encuentros y desencuentros de la relación médico-paciente* entre los médicos, residentes y pacientes en la consulta externa de ginecología. Se entiende por encuentro aquella situación donde ambos actores realizan sus expectativas frente al otro, que al final de la interacción quedan conformes con lo sucedido. Por desencuentro se entiende cuando alguno de los actores, o ambos, han quedado inconformes. El objetivo no es hacer una clasificación precisa de grados de conformidad o inconformidad. Durante la observación en consulta, así como a través de las entrevistas, se reconoce un conjunto de matices y niveles en el cumplimiento de expectativas expresadas por ambos actores. Como se verá a continuación, una de las pacientes se quejó de un error cometido por el residente ante su titular. El doctor Córdova abrió un poco su disposición a escuchar, pero termina cerrándola sin ir más allá.

[...] la señora reaccionó sarcásticamente diciéndole al R2 que le mandaba saludos. El doctor intervino y le dijo: ‘¡Ah!, ¿sí?, ¿grosera la muchacha?’

–S: Pues sí, mejor no le digo los saludos que le mandó. [El R2 serio le pregunta por qué, y la señora empieza a explicar y a quejarse del error que él cometió con el número de sonda que le puso cuando la operaron, dos semanas atrás, pues le quitaron la matriz. El doctor intervino de nuevo, pues la señora se estaba dirigiendo al R2, y éste trataba de explicar que no había sido una equivocación, que la sonda era de número 16. La señora le respondió que no, que era 14 y el R2 contesta de nuevo diciendo que no, que era 16].

–S: ¡No!, si yo la vi, vi el número, cómo me voy a equivocar si yo la vi...

El doctor indica a la señora que pase a revisión.

–D: [Después de la revisión], señora, usted está muy bien, ya está bien, la vemos en dos semanas. Cuídese.

–S: ¿De qué me tengo que cuidar?

–D: Pues de no levantar nada pesado, luego se le pueden caer otras cosas y va a decir que el doctor tuvo la culpa [en tono sarcástico], cuídese.

–S: No, si sí me cuido, me agacho con cuidado y no levanto nada pesado (OCEM2).

Como expresa la paciente, su expectativa era que su queja fuera escuchada y que le dieran la razón. Sin embargo, el titular se mantiene un tanto al margen al principio y al final termina por apoyar al residente, haciendo una alianza con él. Como se comentó en el apartado sobre la función docente de la consulta, la actuación del titular es el ejemplo principal para el residente, es la forma en la que se transmiten las prácticas para las futuras actuaciones de los especialistas en formación, dejando de lado o minimizando los errores del residente que está bajo su tutela. Otra historia es la de la paciente que asistió a consulta por un motivo de estómago y fue consultada por problemas reproductivos. Estas historias constituyen dos desencuentros evidentes entre los médicos (titular y residente) y la paciente. También queda claro cómo el poder juega un papel importante entre ser médico y ser paciente.

—D: ¿Qué trae?, pásele... ¿qué le pasa?

—S: Es que vengo porque me mandaron para acá porque me duele mucho la boca del estómago, a veces traigo náuseas y se me inflama todo aquí [ademán de tocarse el estómago... Los doctores se miran de reojo como diciendo ‘¿y qué está haciendo aquí?’].

—D: ¿Pero trae otro problema?

—S: No, nada, es por el estómago. [A partir de allí el doctor vuelve a leer el expediente y empieza a decirle los otros motivos de consulta por los que había estado antes en consulta y la señora asiente. El doctor aclara que respecto al problema del estómago, ellos son ginecólogos y no ven esos problemas. La señora no dice nada, pero su rostro expresa sorpresa].

—D: ¿Usted se quiere embarazar?

—S: Sí.

—D: Pero tiene la salpingo.

—S: Sí, por eso fui a medicina de la reproducción.

—Doctores: ¡Ah!, sí, ya tiene cita dentro de dos meses [leen en el expediente].

—S: Sí.

—D: [Leyendo en el expediente], pero aquí dice que vino porque traía una bolita en su pecho.

—S: Sí, pero ya se me quitó.

—D: Pero cuéntenos qué pasó, veo que no hubo más estudios, ni tratamiento, ¿qué le dijo la doctora en esa ocasión?

—S: Sí, es que me salió una bolita y vine, pero para cuando vine, ya casi no tenía nada y la doctora me dijo que me revisara y viera si no me volvía a salir.

—D: ¿Y ya no le salió?, ¿ya se está revisando usted? [La señora hace un ademán de ‘no’ con la cabeza]. ¿Cuántos hijos tiene?

—S: Tres.

—Dr: ¿Cuántos años tiene?

—S: 25.

—D: ¿Y por qué quiere tener otro hijo?, ¿tiene otra pareja?

—S: Sí y es que él no tiene ni un hijo de él y quiere uno.

–D: Pues sí, claro, ¡los hombres!, ¡ah, qué hombres!

–S: Y sí, ya cuando me atiendan allá en salud de la reproducción y me hagan los estudios y que se vea que se puede, pues él va a empezar a venir a empezar a hacerse estudios, para encargar...

El R2 interviene y le dice que parece que sus problemas del estómago son una gastritis y una colitis. El doctor le pide que pase a revisión, que van a revisar la bolita de su pecho, a ver si ya todo está bien. Ante esto la señora reaccionó con cara de susto y sorpresa, como si no se hubiera imaginado que la revisarían por ese problema, ella iba por el problema del estómago. Pero el doctor le dijo que debían checar que todo estuviera bien, que era su trabajo, su especialidad, pero que también le revisarían el estómago. La señora, sin decir más pero con una expresión de inconformidad, se dirigió al vestidor, le pidieron que se quitara la ropa de la cintura para arriba. Cuando se quedaron solos el doctor comentó al R2 que su problema del estómago era por la presión de su marido de tenerle un hijo [...] (OCEM2).

“Nosotros somos ginecólogos y no vemos estos problemas”, entonces se toma la decisión de revisar a la paciente por un motivo de consulta anterior y no por el que la tiene allí en esa ocasión. La razón que ella expresa, por el que demanda la consulta e hizo el trámite de gestión de atención, queda minimizado, casi olvidado. Se manifiesta el dominio de lo que sucede en las decisiones y cómo se desenvuelve la consulta del lado de los profesionales. El control que mantuvo la paciente en su decisión de acudir al servicio de consulta, lo pierde frente a ellos. Por su parte, los médicos no desaprovechan la oportunidad de indicar su campo de especialidad, ese saber especializado que los mantiene en la posición de dominio y que es expresión de la defensa de un capital que les permite su poder de decisión.

Parsons (1982, 135) señala que la jerarquía médica se mantiene porque su capacidad técnica no es discutida por los pacientes, ya que éstos no tienen formación en medicina. Dicha jerarquía se asume, se da por sentado que es facultad del médico decidir lo que se hace o se deja de

hacer en la consulta. El habitus médico va conformándose en este sentido, se acepta y no se cuestiona.

El habitus en acción funciona, como afirma Bourdieu, como producto y productor social. La normatividad enuncia las conductas médicas que deben observarse y señala la adopción de una “ética médica propia de la profesión”, ambas se aprenden y fortalecen en la práctica misma, a través de la observación e imitación de los maestros. Se asume que dichos ejemplos profesionales han alcanzado la maduración y pericia para no cometer errores.

La violación de derechos de las pacientes tiene que ver con esos desencuentros, tanto bajo la responsabilidad de residentes como de los titulares. Uno de ellos se registró en el diario de campo:

De regreso a la oficina del subdirector, me di cuenta que había cierto revuelo entre algunos médicos porque en dos días se habían recibido tres quejas contra un residente, por parte de mujeres que estuvieron en el área de prelabor y revisión para parir, por lo que el subdirector había tenido que hablar con la responsable de esa área y se le informó que la siguiente llamada de atención al acusado sería por escrito [lo que significa que queda sujeto a una sanción mayor]. El médico me comentó que eso no podía suceder, que él entendía que las mujeres eran más susceptibles a los malos modos de los médicos, y que una de las quejas se refería justamente a todas las rutinas normales que se hacen en esos casos [de parto], por ejemplo, hacer el tacto en repetidas ocasiones. Una queja se presentó por escrito y otras dos de manera verbal (DC).

Como se ve, la explicación matiza las acusaciones. No hubo mayor profundización en esto.

A pregunta expresa, uno de los directivos aludió a la capacitación sobre el trato a las pacientes y su derecho a quejarse; comentó que los residentes siguen las rutinas del hospital y que aprenden por medio de la práctica y la observación, pero no hay sesiones de psicología, ni cursos específicos sobre los derechos y obligaciones de los pacientes. Por su

parte, las usuarias pueden presentar quejas ante él directamente; pueden ser de inconformidad que por lo general no llegan a ser demandas penales, aunque sí se han dado casos. El funcionario afirmó que son resueltas por el departamento jurídico, y que la mayoría se soluciona por acuerdo.

El hospital no tenía buzón de quejas en la sala de recepción y admisión de parturientas, el directivo dijo que estaba por instalarse. Tampoco había carteles de derechos, o carta de los derechos de los pacientes. Pero se observó un anuncio enmarcado en una hoja tamaño carta que decía: “Si desea usted hacer alguna sugerencia o queja que nos ayude a mejorar y eficientar los servicios que otorga esta institución, la puede realizar mediante escrito en el módulo de información instalado en la planta baja del edificio o por teléfono al número [...] Dirección General” (DC).

La violación y ejercicio de derechos, el respeto a los mismos y la construcción cotidiana de la calidad, en la consulta de atención a problemas de mama, han resultado en la mayoría de las veces hechos complejos y sutiles, se entretajan con asuntos que constatan que la calidad es atravesada por cuestiones de índole familiar, profesional, laboral y personal. Sin embargo, a través de la observación de las prácticas en consulta y en el discurso de médicos y directivos, se reconocen un conjunto de violaciones y derechos no ejercidos por las mujeres pacientes, y otra serie de condicionantes institucionales, profesionales y de cultura médica con las que los prestadores construyen a diario las prácticas de la calidad de la atención.

Podría afirmarse que el derecho a la información no se viola abiertamente, ni se niega si hubiera preguntas; durante la observación fue posible deconstruir algunos matices sobre este asunto. Al mismo tiempo, podemos afirmar que no es un derecho ejercido por las pacientes, quienes no recibieron información de manera oportuna y accesible la mayoría de las veces.

“Las pacientes no preguntan porque no entienden lo que les pasa”.
La circularidad del discurso médico

La frase del título de este apartado fue una expresión común entre los médicos, al referirse a las pacientes como mujeres con limitaciones

para entender la información y las explicaciones sobre su problema de salud, los procedimientos quirúrgicos y los tratamientos, y en parte fue la justificación de su actuación frente a ellas. Sin negar que esta afirmación pueda constatarse en mayor o menor medida en la realidad de las usuarias de este servicio, puesto que se trata de población femenina de escasos recursos, baja escolaridad e información médica limitada, la posible función pedagógica del proveedor sobre la paciente queda anulada.

En las narrativas de los médicos es común encontrar un discurso alrededor de lo que sucede en la consulta, sin que las prácticas observadas lo sustenten. A partir de estas observaciones se muestra cómo los discursos de los médicos, por un lado, y las prácticas de atención en la consulta por el otro, expresan dos planos en el manejo de la calidad de la atención, el decir y el hacer, que representan una doble circularidad.

La primera va de la percepción, manejo de estereotipos o valoración a priori de los médicos sobre las pacientes, a la práctica en la consulta; es decir, con base en los primeros, construyen la relación cotidiana con las mujeres pacientes, pero, a su vez, esta práctica fortalece sus propias percepciones y estereotipos. Ambos planos se autodeterminan y refuerzan mutuamente; son expresión de varias aristas que escudriñándose, esclarecen su complejidad. Una de ellas, la que se ha venido señalando como premisa y observación, expresa la relación de poder entre médicos y pacientes, en particular en lo que se refiere a la información que se entrega a la paciente, que mina su autonomía en la toma de decisiones y el control del desarrollo de la consulta. La otra se refiere a la incuestionabilidad del saber médico, que se expresa al darse un diagnóstico, y en las indicaciones/órdenes en el desarrollo de la consulta. Otra más tiene que ver con la desigualdad de género reflejada en las conductas de las mujeres frente al poder médico y de éste frente a ellas, que complementa un pilar más en la construcción de la calidad de la atención.

La segunda circularidad se expresa en un decir y un hacer inconsistentes, un discurso que describe matizadamente, apenas cercano, la práctica que se cree sostenida por las normas y el deber ser. Al final, ambas se sostienen mutuamente. O en palabras de Foucault:

las diferentes maneras en las que el discurso desempeña un papel dentro de un sistema estratégico en el que el poder está implicado y gracias al cual funciona. El poder no está, por tanto, al margen del discurso. El poder no es ni fuente ni origen del discurso. El poder es algo que opera a través del discurso, puesto que el discurso mismo es un elemento en un dispositivo estratégico de relaciones de poder (Foucault 1999, 59).

Se trata de un decir lo que se hace, que no necesariamente se hace o refleja en las prácticas de atención, pero que los prestadores creen que sí deriva en acciones concretas (por ejemplo, dar la información necesaria). Esta circularidad se refiere a la expresión recurrente de un “deber ser” de la calidad, cuando los médicos responden a preguntas expresas sobre lo que sucede cotidianamente en la consulta; es decir, dan explicaciones periféricas y arman respuestas de manera prescriptiva.

En este sentido, Bourdieu explica que “es necesario reconocer a la práctica una lógica que no es la de la norma, para evitar pedirle más lógica de la que puede dar y condenarse así bien a extraerle incoherencias, bien a imponerle una coherencia forzada” (1991, 145). Por ello se requiere diferenciar entre lo que se expresa en el discurso, que puede ser la norma, y lo que en realidad se hace, a pesar de la dificultad metodológica para alcanzar tal comprensión.

Primera circularidad

Freidson (1978, 211) sostiene que los médicos, de manera similar a lo que hacen los abogados y sacerdotes, aplican “categorías morales” a su objeto de estudio o de trabajo. En las narrativas, se observa que los médicos utilizan una clasificación moral en su trato cotidiano. A ellas se les clasifica, antes que nada, como mujeres pobres y pasivas en la consulta y en su proceso de atención. El habitus clasificador del médico ubica a las pacientes en un estereotipo a partir del cual arman sus prácticas, y dando vuelta al círculo, éstas fortalecen los estereotipos que les dan sustento y la predisposición para dar continuidad a lo que se venía haciendo;

se asume que ambos (tanto los estereotipos como las prácticas) son inamovibles.

Uno de los parámetros más utilizados en la evaluación de la calidad de la atención es la entrega de información a las pacientes, que como objeto de derechos es uno de los pilares dentro de los derechos de los pacientes, que abona a la autonomía en la toma de decisiones respecto a su enfermedad (tratamientos, procedimientos, gestión), y que sustenta su carácter de ciudadanía en los servicios de salud. Esta dimensión es un área sensible para reconocer los alcances y limitaciones de la relación médico-paciente, como un espacio donde se objetivan los derechos de las pacientes.

He venido afirmando que en la consulta médica se expresan y reproducen los mecanismos de poder de la relación médico-paciente y se expresan y concretan varios estereotipos, como la equiparación entre baja escolaridad-bajo entendimiento y pobreza-baja escolaridad, que refuerzan la percepción de no dar mayor explicación; o bien el binomio mujer-madres, mujer-amas de casa, que coloca a las pacientes dentro de sus roles tradicionales. Los doctores Luna y Paz explican:

Es muy frecuente que las pacientes no pregunten... estoy muy de acuerdo con su observación, y no preguntan, yo creo porque hay un desconocimiento de... un desconocimiento médico, general, profundo, en la población general. El que nada sabe, nada teme y nada pregunta tampoco, si... como no sabe qué preguntar... Por eso no pregunta (EM3).

* * *

[...] en la pregunta, precisamente porque se sienten a veces mmm... que pudiera el médico catalogarlas de ignorantes, y para no sentirse abochornadas, a veces nomás es la pregunta, pero vamos, aquí, en este caso, el médico debe de explicar el problema, desde un punto de vista que le sea muy comprensible a la señora, que muchas de las veces en vez de hablarle de tumor le habláramos de bola, de bolita o..., o compararle el tamaño de su tumor al de... objetos de la vida cotidiana, decirle: 'su bolita esta del tamaño de un garbanzo o esta del

tamaño de una aceituna, o está del tamaño de un limón’, y ya dentro de su intelecto o de lo que están comprendiendo cuando menos por el tamaño... Estamos hablando de tratamiento o de curación, que si le decimos qué le vamos a dar, señora es que a usted se le va dar quimioterapia... pensamos que con decirle quimioterapia lo entendió todo, pero no sabe que es un tratamiento a base de inyecciones, a base de sustancias... eh, que se le pueden entrar por la vena o por otra vía, que si le decimos a la señora: ‘Señora le vamos a dar radioterapia’, le deberíamos de aclarar qué es la radioterapia, entonces muchas de las veces el argot médico no es bien captado por la paciente, y la paciente para no sentirse abochornada como una persona muy ignorante, ya no pregunta más. ‘Todavía voy con el otro médico [pensará la paciente], en el hospital cuando me internen, ahí le puedo preguntar a la enfermera de la mañana, de la tarde y de la noche, pero ya al doctor ya no le voy a preguntar porque siempre me dice que quimioterapia pero... si le vuelvo a preguntar sobre lo mismo me va a... hacer que me sienta más ignorante de lo que soy...’ (EM1).

En forma reiterada se expresa un habitus médico clasificador que sutilmente califica a las pacientes con categorías como la de ignorantes o incapaces de entender; queda claro el manejo del estereotipo de “pacientes ignorantes”. Dichas narrativas expresan la circularidad de “las pacientes no preguntan porque no entienden lo que les pasa” y como no entienden, no hay que explicar nada. Esto justifica una práctica violatoria de un derecho en la atención a la salud en las instituciones médicas.

El habitus clasificador se expresa en el comentario del doctor Anaya:

Es un fenómeno muy del tipo económico de cada paciente... mmm, vamos a suponer que vamos a poner tres niveles de atención institucional, la paciente salió de alta en el seguro y la del ISSSTE, cada una tiene un nivel cultural diferente, y desafortunadamente la paciente de salubridad es la que tiene el nivel económico más bajo, el Seguro es el que sigue en nivel y el tercero es el ISSSTE, ¿por qué es el ISSSTE? Porque la mayor parte de la atención del ISSSTE pues son a maestros

y otro personal de oficina, algún otro nivel sociocultural diferente, conforme va subiendo de escala las pacientes preguntan más, tienen más capacidad de entender, no es que no tengan capacidad, sino que tengan más facilidad de desenvolverse, y menos fluidez en hacer preguntas... y son las que hacen mayores preguntas (EM5).

Es posible que a las pacientes les resulte un poco más difícil entender explicaciones amplias y técnicas respecto a su problema de salud, dadas sus características socioeducativas, pero este es justo el problema, ya que las aclaraciones no son amplias y la mayoría de las veces resultan más técnicas que en lenguaje lego.

Los médicos asumen que las pacientes no entenderán las explicaciones, entonces, ¿para qué darlas? O bien, ¿para qué ampliar la información técnica (propia de su formación profesional) que se da? No existe un cuestionamiento al respecto de parte de las mujeres. Hacen notar que la práctica de no ofrecer explicaciones amplias se pone bajo la responsabilidad y capacidad de entendimiento de quien escucha, pero no se cuestiona de ninguna manera cuál es su responsabilidad en esto. Según estas premisas, los médicos ejercen una facultad y un estatus de profesional en el manejo exclusivo de la información, y yendo un poco más allá, se asume una facultad de tomar decisiones para el bienestar de las pacientes.

[...] Yo tengo la obligación de darle esta información [y la doy]... [pero] y si no conozco muy bien la forma de pensar de la paciente, muchas de las veces es mejor impedirle; muchas de las veces es mejor ligerita, por el impacto emocional que pueda tener sobre una persona, o una personalidad no bien cimentada y por el impacto que pueda tener en la familia, y esta mujer va a informarle, y de buenas a primeras que lo que el médico le dijo que si tenía, era un cáncer (EM1).

La percepción del no entendimiento –“Es mejor ligerita...” , “una personalidad no bien cimentada”– le da la vuelta al círculo de la justificación de una práctica común en la consulta médica. Y las referencias a esta

condición se encuentran en todas las narrativas médicas y en algunos directivos del hospital. El doctor Paz señala:

Algunas no comprenden exactamente cuál es su problema, tampoco tienen... la manera de entender... qué es lo que les está pasando, y si no entiende mucho de lo que le está pasando, también no hay muchas preguntas (EM1).

Segunda circularidad

Enseguida se describen dos tipos de “inconsistencias”, que tienen que ver con el manejo discursivo de lo que se hace en la consulta. No se trata de una descripción fiel de la práctica, sino un reflejo de normas y valores, narrativas encaminadas a hablar de lo que “deberían ser” las prácticas de una atención de calidad.

Las respuestas de los médicos a una pregunta directa, que pide descripciones y explicaciones de lo que sucede en la consulta, la mayoría de las veces se vio matizada con un discurso del “deber ser”, y es así que se quedan en un plano *prescriptivo*, no descriptivo o explicativo:

–C: ¿Ustedes de qué manera le ayudan a tomar decisiones a las pacientes... en la atención?

–D: Bueno, primero se debe hacer yo creo una descripción del problema. Se debe de hacer una descripción del problema, y se debe de... presentar opciones de tratamiento y la decisión, de esas alternativas de tratamiento se debe recomendar la mejor opción al paciente, a fin de cuentas el paciente debe de decidir en base a las opciones que se presentan. Pero la decisión final la tiene el paciente, es quien autoriza el procedimiento que se va realizar, si el paciente... recibe una opción, pero él desautoriza, evidentemente no podemos ayudarlo, porque eso implica un desacuerdo y un problema legal potencial en la relación de médico-paciente (EM3).

¿Por qué la respuesta se queda en este plano? Es interesante reconocer en esta expresión discursiva-práctica lo que Bourdieu explica como la lógica de la norma y de las prácticas: “La práctica tiene una lógica que no es la de la lógica y, por consiguiente, aplicar a las lógicas prácticas la lógica lógica es exponerse a destruir, a través del instrumento empleado para describirla, la lógica que se pretende describir” (1997, 147).

Ambas pertenecen a planos distintos, pero al mismo tiempo se conjugan y traslapan en las propias prácticas, ¿cómo negar la influencia del contexto (condiciones materiales y simbólicas) en las lógicas de las prácticas y en el discurso?, porque “Esta *lógica práctica*⁶⁶ —en el doble sentido del término— puede organizar todos los pensamientos, las percepciones y las acciones mediante algunos principios generadores estrechamente ligados entre sí y que constituyen un todo prácticamente integrado” (Bourdieu 1991, 146). La circularidad se reconoce en la influencia mutua entre el discurso normativo de la calidad y la descripción de las prácticas cotidianas, aunque lleva implícitas definiciones distintas. El manejo de la información es el ejemplo más claro.

[...] en cuanto a la información, siempre que terminamos o que estamos por terminar otra consulta, les preguntamos a las señoras, antes de darle información correspondiente, les preguntamos a las señoras: ‘¿Tienen alguna duda... al respecto?’ [Que] nos la hagan saber, y ya sea en el momento de la consulta o si esa duda se genera en el hogar... eh, o si se genera en su trabajo, o si se genera en otro ambiente, que venga posteriormente en las consultas subsecuentes o antes de ser intervenidas quirúrgicamente para aclarar la duda, pero nosotros sí les decimos o les preguntamos sobre las dudas que puedan tener al respecto de su padecimiento, y más que nada del tipo de intervención que les vamos otorgar o que les vamos a practicar... tanto para que tomen confianza con el médico, que tomen confianza de que están en un hospital que tiene los medios para sacarlas adelante y para el pronóstico y para el futuro que vayan a tener ellas (EM1).

⁶⁶ Cursivas en el original.

Sin afán de calificarlas como falsedades, tales expresiones resultan un reflejo de los habitus médicos, con contradicciones aparentes, y de la influencia del marco institucional que mantiene un discurso de estándares de calidad de atención reconocidos de distintas maneras, como la certificación estatal, por ejemplo.

Se registró un gran número de omisiones de información o se ofreció de manera escueta o técnica, a pesar de las afirmaciones de todos los entrevistados sobre cómo se da o debe darse. Durante la observación de la consulta del doctor Paz, se registró lo siguiente:

–D: [Dirigiéndose a la residente] ¿No trae sintomatología de diabetes?

–R: No.

–D: ¿Pero qué siente? [Dirigiéndose a la señora]

–S: Mucha debilidad y mucho sueño...

–D: Pase a revisión...

Está presente la enfermera y le indica dónde entrar para desvestirse, al tiempo que los médicos se levantan, el titular explica a la residente y le hace preguntas sobre el caso. Ésta le contesta en términos médicos.

–R: [A la señora] señora, una molestia, ahí va ...[Mientras el doctor sigue explicando a la residente]

–D: (A la R) sí, hay que esperar porque trae... [palabra técnica]... [Terminan la revisión y los doctores regresan y vuelven a mirar el expediente; la señora regresa...]

–D: ¿Y antes de este sangrado ya tuvo otros?

–S: Sí, pero no me había durado tanto...

–D: Bueno, regrese con el internista para que diagnostique bien si es diabetes o no, y luego la vemos...

–S: ¿Tengo que pagar las dos consultas?

–D: ¡Ah! no sé, de eso sí no sé nada... pague una... ¿en el mismo día pagó las dos?...

–S: Ayer sí. [La señora se levanta para irse; no hizo otras preguntas respecto a su problema, o sobre la sospecha del diagnóstico de diabetes] (OCEM1).

* * *

–D: Pase señora siéntese, ¿cómo le va?, ¿el Premarín⁶⁷ sigue tomándolo?

–S: Sí.

–D: Son estrógenos, [me explica volteando a verme], a ella le pedimos una mamografía, que se pide antes de indicar estrógenos no porque traiga algo, es por precaución. Señora, pase a revisión [la señora se levanta y pasa al baño; se levantan los doctores, pasan y la revisan... El doctor comenta con términos técnicos al residente, al tiempo que pregunta a la señora]: ¿problemas en sus pechos?

–S: No.

–D: Está muy bien... siga tomando las pastillitas y dígame a la señorita que le dé una cita para dentro de cuatro meses [la señora habla muy bajito. Habla poco, no pregunta nada. Se levanta... dice] ‘gracias..’ se va (OCEM1).

Dentro de la práctica cotidiana de la consulta médica es común no ampliar las explicaciones, o dejarlas escuetas y técnicas que muchas pacientes expresan un gesto de duda, a pesar de sostenerse en forma explícita que dicha práctica forma parte del desempeño. Otro de los especialistas, el doctor Anaya, remarca:

[...] una decisión es una responsabilidad importante. Por eso tratamos de que las decisiones, tomarlas en forma consciente con el paciente,

⁶⁷ Medicamento empleado para la terapia de reemplazo hormonal (TRH). Cabe mencionar que existen dos tipos, el que sólo tiene estrógenos (estradiol 0.625), y el que contiene progesterona. El primero tiene menor riesgo de producir cáncer de mama, pero puede provocar hiperplasia endometrial, así que con frecuencia se indica a mujeres histerectomizadas; el segundo no causa la hiperplasia del endometrio, pero incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de mama (comunicación personal con la doctora. Elena Méndez, febrero de 2007).

que sepa qué consecuencias se deben tener, como usted lo ha notado en la consulta, siempre le tomamos el parecer a la paciente, de que ‘vamos hacer esto, ¿estás de acuerdo?, y que te va pasar esto y esto y esto, pero quiero que estés tú de acuerdo’, para que ellas estén conscientes desde antes... (EM5).

El mismo médico continúa más adelante:

A veces hasta le hostigamos a la paciente para que nos haga preguntas ‘¿está claro?, ¿quiere preguntar algo?, ¿quiere decir algo?’, pero aun así muchas veces no nos pregunta nada, tratamos de preguntar ‘y quedó claro, entendió lo que le vamos hacer?’, y todo... es más, ni siquiera habla, con la pura cabeza nos responde.

–C: Pero ustedes saben que no es así...

–D: Pues sí, la mayor parte de las veces sabemos que no entendieron, aunque se los volvamos explicar, sabemos que muchas veces no nos entienden o no nos quieren entender, ese es otro punto que sucede. Hay gente que se le puede decir veinte veces y ser lo más claro que puedo, simplemente no quieren entender (EM5).

Esta narración ilustra el decir lo que se hace, sin hacerlo cotidianamente. Lo que se presenta es el manejo de ambos planos, pero lo más importante es que los médicos creen que cumplen la norma que conocen. En otra observación se registró:

Entra una señora mayor... Llega con su hija. Está muy seria y triste... Trae un diagnóstico de cáncer de mama.

–D: ¿Desde cuándo tiene esa bolita en su pecho?

–S: Desde la Semana Santa...

–D: ¿Le mandaron a hacer una biopsia?

–H: Sí, aquí está [contesta la hija].

–D: Señora, pásele para revisarla.

–R4: Quítese la ropa de la cintura para arriba, se pone una batita.

La señora se levanta y camina al baño para cambiarse, la sigue la enfermera, la hija se queda sentada, sólo mira que su mamá se va y luego observa lo que el doctor escribe. Los doctores no dicen nada y pasan a la revisión. No se escucha bien lo que comentan entre ellos, pero con términos médicos el doctor explica a la R4 lo que ve y ella hace algunos comentarios; no preguntan nada a la señora. Termina la revisión y los doctores regresan, la señora pasa a cambiarse.

Los doctores regresan al escritorio, no hablan nada, sólo leen el expediente. El doctor lee y la R4 escribe. Viene la señora y se sienta, la hija la mira y no dice nada. Nadie dice nada, pasan unos segundos que no hay ningún ruido. El doctor indica a la R4 que escriba etapa dos, le pide que escriba las órdenes para los análisis de laboratorio y vea resultados. El doctor explica a la señora la operación que debe hacer, también se dirige a la hija:

–D: Trae una bola mala como de cuatro centímetros. Hay que quitar todo su pecho, pues puede salir otra vez, ¿me entendió? [dirigiéndose a la señora].

–S: [Apenas con un ademán perceptible] No.

–D: ¿No?

–S: [Ademán de “no”... Todos en silencio].

–H: [A su mamá] ¿Qué quieres saber?, pregunta ahorita.

–D: ¿Qué quiere saber?, ¿de la cirugía?, ¿de qué?

–S: [En silencio, no contesta...]

–H: Ahorita que está el doctor aquí, es por tu salud...

La señora no contestó, su cara expresa una profunda seriedad y contención. El doctor le vuelve a decir que es por su salud, para que no vuelva a salir y después de operada verán qué sigue, la señora continúa sin decir palabra. El doctor se dirige a la hija y le explica los análisis que hay que hacer... (OCEM5).

El mismo médico señala en otra ocasión:

–D: Señora pase, ¿trajo la mamografía?

–S: Sí [Ella trae una lesión en mama].

–D: ¿Sigue tomando la pastilla?

–S: Sí... [el Tamoxifen].

–D: Señora pase por allá atrás, vamos a revisarla [tiene 55 años]. ¿Le duele?

–S: No.

–D: Pase su brazo acá... [El doctor explica al R4] Hay que quitar esa bolita. [Dirigiéndose a la señora]: tenemos que quitarle esa bolita por seguridad suya.

El doctor le dice que espere afuera y que le van a dar los preoperatorios para el lunes. La señora se levanta y dice gracias (OCEM5).

Las situaciones que se viven en la consulta pueden matizarse entre los diferentes médicos, algunos son más parcos que otros, pero la limitación es la misma; debe insistirse que las contradicciones entre el discurso y la práctica no necesariamente se llevan a cabo de manera consciente y racional.

Al seguir la pista del manejo discursivo que permea las explicaciones, se identifica que dichas afirmaciones se relativizan en las prácticas cotidianas. Uno de los discursos más fuertes en la institución se refiere al manejo de una atención de calidad para las pacientes, el cual forma parte del discurso oficial. Foucault sostiene que con base en éste se van “nombrando” los asuntos prioritarios (priorizados según distintos intereses), porque el discurso es un pilar en el ordenamiento y control de las acciones y la participación de los distintos actores; porque a través de él se ejerce el poder institucional y estatal que va generando “verdad” de las cosas: “la producción de discursos que se autoconstituyen en verdades incuestionables. El discurso, por ello, pasa a ser en realidad una forma específica de poder”. De tal forma que analizar las premisas contenidas en el discurso da pie a encontrar el trasfondo, sin olvidar lo explícito: “el discurso manifiesto no sería a fin de cuentas más que la presencia represiva de lo que no dice, y ese ‘no dicho’ sería un vaciado que mina desde el interior todo lo que se dice” (Foucault 2001, 40).

VII

“AUNQUE UNO CONOZCA SUS DERECHOS,
PERO SI NO SABE Luchar...” PRÁCTICAS Y
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad de la atención en salud se concreta sobre todo en el espacio de la consulta. En la relación médico-paciente se traducen los distintos hábitos de los agentes que intervienen, y en la consulta se reconocen las diversas posiciones que cada quien debe asumir. A pesar de que pueden reconocerse ciertos márgenes de libertad entre las mujeres en la relación médico-paciente, en la institución y en general en sus trayectorias de gestión, es en la consulta donde se objetivizan una serie de características de subordinación frente al médico. Desde el enfoque teórico de Bourdieu, se puede afirmar que se trata de una relación de dominación que desemboca en una serie de violaciones a varios derechos básicos que las mujeres tienen como sujetas de derechos (autonomía, toma de decisiones, acceso a la información), entrelazados con otros más específicos en la atención de su salud (acceso oportuno, derecho a la información oportuna y accesible, a la privacidad y a la dignidad, así como el respeto a sus creencias y valores como persona).

Este capítulo profundiza en las características de la relación médico-paciente, y muestra las trayectorias de gestión y atención de las pacientes, que constituyen un amplio espacio para ejercer derechos. Se describe con detalle la organización de la consulta médica, al tiempo que se identifican las condicionantes institucionales que aportan a la dominación ejercida en la relación médico-paciente.

CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES PACIENTES

La siguiente descripción se refiere a las 11 mujeres entrevistadas en profundidad; tienen entre 34 y 59 años; seis presentan un diagnóstico de cáncer de mama y cinco de quiste o tumor benigno.

De ellas sólo tres no tienen pareja, hay dos sin hijos y una está separada (desde hace diez años). Llama la atención que de las ocho mujeres casadas, seis esposos están desempleados, por lo que en la actualidad trabajan “por mientras” de modo informal, en “trabajitos” (“le ayuda a su hermano, por mientras”, “le ayuda a su papá en el taller, mientras...”). Los ingresos de todos ellos son bajos, pues su empleo como albañil, ayudante de albañil, mecánico, taquero, técnico en electrónica, empleado o chofer, apenas son para “irla pasando”, mientras sale algo mejor.

Las mujeres del grupo entrevistado tienen entre tres y cinco hijos. Las de 34 años tienen hijos más pequeños (entre 5 y 15 años), los hijos de las demás son jóvenes y adultos. Verónica y Consuelo, ambas con cáncer y cirugía de mama, sólo tienen hijos; trajeron esto a colación pues en los momentos de mayor cuidado y preocupación por su enfermedad, sintieron la necesidad de contar con una hija que las apoyara. En sus casos, una nuera y una hermana resultaron ser su ayuda principal. Otras mujeres con hijas de mediana edad refirieron que fueron de gran ayuda en su cuidado, durante las etapas más difíciles del tratamiento. Como se ve, el apoyo en el cuidado de estos eventos es una cuestión de género.

La mayoría se dedica al trabajo del hogar, como amas de casa en sus propias palabras, aunque algunas hacen costuras, ventas por catálogo o atienden un pequeño abarrotes para “ayudar a su esposo”, según expresaron. Una de ellas cuida a una pareja de ancianos por un sueldo muy bajo, pero también trabaja como intendente, sin paga, en un centro de salud; en este mismo lugar dijo desempeñarse como “promotora de salud” y apoyar acciones de difusión en su colonia, por ejemplo las campañas de vacunación. A través de esta actividad obtiene beneficios como el acceso fácil a los servicios médicos, para ella y su familia o bien alguna orden de referencia a un hospital de mayor nivel.

Cuadro 12

Descripción de pacientes entrevistadas

Mujeres	Edad	Hijos (y su edad)	Pareja	Trabaja fuera de casa	Servicio médico	Diagnóstico	Trayectoria (etapa actual)
E1 Laura	48	3 (20-26)	Sí	No	No	Quiste benigno	Seguimiento
E2 Mary	34	2 (5-7)	Sí	No	No	Quiste benigno	Hallazgo en prueba del Papanicolaou, seguimiento
E3 Elba	45	2 (16-19)	Sí	Sí	No	Quiste, por confirmar	Hallazgo en mamografía, seguimiento
E4 Verónica	45	3 (9-22)	Sí	No	No	Cáncer de mama	Dx, tratamiento, cirugía y tratamiento
E5 Dalia	55	2 (18-20)	Sí	Sí	Sí	Microcalcificaciones	Dx inicial, seguimiento
E6 Eloísa	45	-	No	No*	No	Cáncer de mama	Recién dada de alta
E7 Gloria	48	-	No	Sí	No	Tumor benigno	Cirugía y seguimiento
E8 Consuelo	59	4 (28-35)	Sí	No*	No	Cáncer de mama	Cirugía bilateral. En tratamiento oncológico
E9 Tania	46	3 (10-28)	No	No*	No	Cáncer de mama	En tratamiento oncológico para cirugía
E10 Idalia	34	3 (10-15)	Sí	No	No	Cáncer de mama	Cirugía, a finales del tratamiento oncológico
E11 Julia	59	5 (18-39)	Sí	No	No	Cáncer de mama	Cirugía, a finales del tratamiento oncológico

* Tenían trabajo remunerado, pero lo dejaron para atenderse

Fuente: elaboración propia.

“AUNQUE UNO CONOZCA SUS DERECHOS, PERO SI NO SABE LUCHAR...”

Tres mujeres tenían un trabajo remunerado cuando recibieron el diagnóstico de cáncer de mama y todas tuvieron que dejarlo para atenderse; esto significó un duro golpe para ellas, primero en términos económicos y luego en la pérdida de cierta independencia. Una era modista, otra costurera y otra obrera de maquiladora. Todas hicieron alusión a una situación económica difícil y a las estrategias que organizaron con ayuda de sus familias para poder sufragar sus gastos médicos. A pesar de que algunas viven en fraccionamientos de clase media y tienen resuelto el acondicionamiento de sus viviendas en cuanto a muebles, electrodomésticos, aparatos de clima artificial y automóvil, se expresaron condiciones de empobrecimiento. Todas, excepto una, tienen vivienda propia.

De las 11 entrevistadas, sólo una tiene servicio médico en el IMSS, pero no lo usa. Algunas dicen que antes contaron con él y con el del ISSSTE. En el grupo, sólo una es analfabeta, y aunque cuenta que asistió tres años a la primaria, nunca aprendió a leer y escribir. Dos de ellas terminaron la primaria y después una tomó cursos de corte y confección; seis concluyeron la secundaria y dos más cursaron estudios técnicos (enfermería y secretariado) y una más estudió diseño gráfico (véase cuadro 12).

Esta breve semblanza permite conocer algunas condicionantes socio-económicas de las mujeres entrevistadas. Por tanto, este hospital aparece como su única posibilidad de atención, es decir, a excepción de un caso, ninguna cuenta con el servicio médico de la seguridad social, no tienen un empleo remunerado, sus familias son de escasos recursos en mayor o menor medida y no pueden pagar una atención privada.

TRAYECTORIAS DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES USUARIAS Y PACIENTES

Las mujeres usuarias y pacientes pasan por las salas de espera del hospital en algún momento de su proceso de atención. Estos espacios representan un excelente lugar para ellas en términos prácticos, y para los investigadores en términos metodológicos, pues ofrecen la posibilidad de entablar un acercamiento con quienes acuden a los distintos servicios ginecológicos. Se distingue entre

usuarias y pacientes porque no todas las mujeres reunidas en las salas de espera están enfermas, sobre todo quienes acuden al servicio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cérvicouterino y de Mama, es decir, las usuarias acuden a realizarse la prueba del Papanicolaou; las pacientes en cambio, tienen un problema de salud autopercebido o diagnosticado, y llegan a los servicios en busca de atención y seguimiento.

La atención de las mujeres se basa en primer lugar en un proceso de gestión. De entrada se enfrentan a la organización institucional del servicio médico, van conociendo sus reglas, escritas y no escritas, aprenden, en compañía de otras usuarias de mayor experiencia en la institución, algunas pautas de gestión y comportamiento frente a los distintos prestadores (médicos, enfermeras, recepcionistas, trabajadoras sociales, directivos), también aprenden y comparten entre ellas sus propias experiencias y quiénes son los médicos que las atenderán.

Las llamadas trayectorias de gestión pueden explicarse en dos sentidos (separados sólo en términos analíticos, ya que en la cotidianidad de la gestión son indisolubles): a) los distintos caminos recorridos para conseguir la atención y sus elementos de apoyo, como los servicios de laboratorio y los trámites administrativos y b) las distintas maneras de desenvolvimiento de las mujeres usuarias y pacientes frente a situaciones, espacios y actores que son comunes a quienes acuden a este hospital. Sobre todo en este sentido, la trayectoria se vuelve un camino más complejo de seguir.

Al conocer las diversas trayectorias se originaron preguntas que serían una guía para una pesquisa detallada en el resto de la investigación, y que aluden a situaciones que influyen en las trayectorias de atención: ¿por qué las mujeres hacen cosas diferentes y toman decisiones distintas frente a una serie de eventos comunes como los problemas de acceso, de recursos, la normatividad de la institución y en su relación con los médicos?, ¿por qué se desenvuelven de manera distinta frente a los mismos prestadores por los que pasan en algún momento de sus procesos de atención?

La diferencia considerada para la trayectoria de gestión y la atención tiene que ver con las experiencias de las mujeres usuarias y pacientes.

Gestión en términos de estrategias para conseguir servicios y descuentos, realizar trámites, hacer antesalas, pedir o solicitar cosas en beneficio propio. En las trayectorias de atención, el énfasis se pone en varias etapas de consulta con distintos médicos, eventos importantes en su experiencia que hacen que las usuarias y pacientes conozcan la calidad de la atención en el hospital.

Ambas trayectorias se conjugan en la cotidianidad, pues a la preconsulta le sigue la consulta con otro residente y con otros especialistas. Es pertinente recordar la definición de *trayectoria social* que presenta Bourdieu, una explicación que se irá desgranando en los próximos apartados. El autor la define como “la serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio, él mismo en devenir y sometido a incesantes transformaciones” (1997, 82); además, esas posiciones en el campo *definen socialmente* a los agentes.

Se podría decir que las mujeres pasan por todas las salas de espera, pues los servicios de ginecología se ubican en varios lugares y pisos del hospital. Todas cuentan con su recepción respectiva. En ellas confluyen mujeres con algún problema ginecológico o como solicitantes del servicio de detección oportuna de cáncer cérvicouterino.

La descripción de las distintas trayectorias en la gestión de la atención puede mostrar varios asuntos de interés: a) la organización del servicio en la institución; b) cómo se lleva a cabo el acceso al servicio de atención (trámites, orientación a las mujeres); c) toma de decisiones en cuanto a la búsqueda de atención, por lo general con el objetivo de apurar o agilizar los trámites; d) la relación de las usuarias y pacientes con el personal de la institución (administrativos, enfermeras y médicos) y e) la actuación del papel de usuaria y paciente, en comunicación con otras mujeres.

Las trayectorias identificadas entre las mujeres contactadas, tanto en las salas de espera, como en las entrevistas posteriores, difieren en cómo fueron orientándose, en el seguimiento de los pasos indicados y en la forma en la que buscaron ayuda para aclarar las confusiones; no obstante, es posible agruparlas en tres caminos orientados a conseguir la consulta externa en ginecología, que es su objetivo final: a) las mujeres que llegan directamente *motu proprio* a solicitar una cita con el especialista, que

autorreconocieron un problema ginecológico y no van referidas por un servicio de primer nivel de atención.⁶⁸ La mayoría acude al servicio y conoce la dinámica del hospital por la información recabada entre sus redes familiares y sociales, aunque sea la primera vez que asiste a este lugar. Ellas siguieron todo el proceso: obtener una ficha, pasar a la preconsulta, hacer cita para la consulta externa y por último acudir a ella. La preconsulta es atendida por médicos residentes de primer o segundo año (R1, R2) (pueden estar uno o dos en el consultorio) y consiste en un breve interrogatorio sobre el motivo de consulta, antes de autorizar su pase con un especialista. A veces hay exploración física de la parte afectada (ginecológica o de mamas), pero no es una rutina; b) las mujeres que vienen referidas de algún centro de salud de la ciudad (primer nivel de atención), o de otras partes del estado, que no son canalizadas a la preconsulta. La recepcionista que da las fichas revisa si traen la orden de referencia y diagnóstico, y pide sacar la cita con el especialista de la consulta externa en ginecología, medicina interna u obstetricia, según el caso y c) aquellas que pese a ir referidas de un centro de salud, hacen todos los trámites de admisión, es decir, obtienen ficha para la preconsulta de ese día, pagan y esperan su turno, lo que les puede llevar toda la mañana.

De ahí, las mujeres se trasladan a la recepción de la consulta externa para pedir cita con el especialista, llevan la hoja de la preconsulta y regresan después. El tiempo para esta cita varía entre una semana, un mes o dos meses, según el caso, la urgencia del diagnóstico, si es foránea (no vive en Hermosillo) y el espacio en la agenda de los médicos.

Un caso aparte son las mujeres usuarias que van a la prueba del Papanicolaou, que se ofrece sólo algunos días de la semana dentro de horarios diferentes. Este servicio es importante pues es una de las puertas de entrada a la consulta ginecológica, cuando se detecta algún problema mamario o cervical; la enfermera de ese consultorio canaliza a las mujeres con el especialista.

⁶⁸ El sistema de referencia y contrarreferencia es usado para la canalización de las pacientes entre los diferentes niveles de atención, es decir, de un centro de salud a un hospital o viceversa, cuando se reenvía a la paciente para control del tratamiento u observación de algún problema que puede resolverse en el primer nivel.

Surgió la pregunta de por qué se presentaban distintos caminos en condiciones similares y también por qué había un trato diferenciado por parte del personal, es decir, cuál es la razón de que al momento de orientar, no se da la misma información a todas las usuarias y pacientes. Una respuesta posible tiene que ver con la experiencia anterior en el servicio; ésta permite a la paciente saber que puede solicitar el servicio de otra manera, y decidir el más fácil y rápido. En el otro extremo se encuentran las mujeres que no tienen esa experiencia previa y atienden las indicaciones de la recepcionista del área. Sin embargo, según se observó en la sala de espera de primer contacto (SE1) (donde se entregan las fichas para preconsulta), a veces las mujeres reciben indicaciones confusas o diferentes en situaciones iguales; concluyen la orientación preguntando en las distintas recepciones y salas de espera donde van cubriendo los trámites.

La recepción de la SE1 tiene una importancia central, pues allí las mujeres se dirigen a los servicios de consulta externa, se entregan las fichas para la preconsulta y la prueba del Papanicolaou; en esta misma recepción se informa la situación de las mujeres en trabajo de parto, así como de las hospitalizadas por urgencias ginecológicas o cirugías programadas que hayan entrado a la sala (de parto, posparto, cirugía y otros).

Siete mujeres entrevistadas pasaron por alguna de estas trayectorias, cuatro más las recorrieron con alguna variante. Entre éstas se encuentran quienes habían sido referidas por un médico particular, con recomendaciones específicas, o las enviadas del hospital oncológico, con el diagnóstico de cáncer de mama.

Calidad de la atención en la prueba del Papanicolaou

El consultorio es usado para tres tipos de servicios: la prueba del Papanicolaou, planificación familiar y los servicios de la clínica de displasias. Su horario es de siete de la mañana a dos de la tarde, y la jornada se fracciona según la actividad.

Se entregan siete fichas diarias para la toma de la prueba, en tres días de la semana. La prueba es efectuada por una enfermera, y a menos que

sea necesario localiza algún médico para que revise a la usuaria. Ella también realiza la exploración mamaria, establecida como rutina en este servicio.

Se preguntó a la enfermera responsable si las usuarias recibían la exploración mamaria –siendo que ella está allí para la prueba del Papanicolaou– y la frecuencia con la que se solicitaba. Ella señaló:

- C: ¿Siempre haces la exploración mamaria?
- E: Sí.
- C: ¿Las mujeres saben que les harás la exploración mamaria cuando llegan a su cita para el Papanicolaou?
- E: Casi siempre sí, pero no todas...
- C: ¿Y qué pasa cuando se enteran o tú les dices que harás la exploración?
- E: Nada, no dicen nada.
- C: ¿Las mujeres te hacen preguntas sobre la prueba del Papanicolaou o la exploración mamaria?
- E: No, casi nadie pregunta.
- C: ¿Nadie pregunta o se queja por alguna razón?
- E: No, ellas no dicen nada.
- C: ¿Alguna mujer se ha negado a la exploración mamaria?
- E: No, nadie, yo les explico lo importante que es y a veces les explico cómo se hace.
- C: ¿Alguien te ha pedido que le enseñes a hacer la exploración?
- E: No, nadie me lo ha pedido, pero yo les he enseñado... (DC)

Las normas oficiales sobre detección y atención oportuna de cáncer cérvicouterino y de mama señalan claramente que la exploración mamaria forma parte de la rutina de la prueba del Papanicolaou (SSA 1994, 2003).⁶⁹ En la actualidad, estos tipos de cáncer ginecológico son la

⁶⁹ Sin embargo, en 1998 se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer

primera y segunda causa de muerte en México. Ambos programas de atención son prioritarios en el sector salud, y deben aparecer como acciones cotidianas en la promoción y prácticas en los servicios. Sin embargo, a diferencia del cáncer cervical, que se ha ido posicionando entre la población como un asunto mucho más cercano, el cáncer de mama no es un tema que se escuche entre las mujeres de las salas de espera del hospital, a excepción de la sala de espera para consulta con el especialista en problemas mamarios.

Estas mismas normas señalan claramente que la calidad de la atención se compone, entre otros factores, de la disposición y calidez de los prestadores al ofrecer servicios que pueden ser vitales para las mujeres. Algunas de ellas en las salas de espera y después otras entrevistadas, cuentan que no siempre recibieron la exploración mamaria cuando acudieron a la prueba del Papanicolaou, es decir, no es una práctica asegurada. Quienes acudían por primera vez a este servicio, se sorprendieron un poco al saber que también se les haría la exploración, además del Papanicolaou. Ninguna de las contactadas en esta sala (SE2) estaba allí para solicitarla exclusivamente.

En estos diálogos se observó una gran carencia de información respecto a asuntos relacionados con la toma de la prueba, los diagnósticos y tratamientos en caso de enfermedad. Una mujer, con cita en la clínica de displasias, expresa su incertidumbre sobre lo que sucedería en la consulta:

—Señora: Estoy supermiedosa, hasta me duele el estómago, no sé qué me van a hacer, y a usted, ¿qué le van a hacer?

—C: ¿A mí?, nada. Yo estoy esperando a la enfermera. ¿Y a usted qué le van a hacer?, ¿viene con el doctor X?

—S: Sí.

cérvicouterino, y quedó fuera la atención del cáncer de mama. En 2003 se aprueba la norma oficial exclusiva para la atención del cáncer de mama. El argumento principal para esta modificación gira alrededor de la importancia que ambas enfermedades tienen en la morbilidad y mortalidad de mujeres en México, y el objetivo es dar una mayor claridad a los prestadores de salud sobre su manejo.

–C: ¿Ya tiene la cita?

–S: Sí... pero no sé cómo es, viera qué susto, si esto no es nuevo, allá me dijeron que era un cáncer, o principios de cáncer, que si no me lo atendía, ¡imagínese! ...y ya vine y me puso cita para ahora, ¿usted lo conoce?

–C: No, personalmente no... ¿y qué le dijo que tiene?

–S: Pues que es una displasia leve... que me va a hacer algo, como que me van a quitar algo, cuando vine la otra vez me hizo un estudio que se ve en una pantallita y yo vi, ¡viera que raro se veía! [colposcopia]

–C: ¿Y usted le preguntó al doctor qué era lo que estaba viendo?

–S: No.

–C: ¿Pero luego le preguntó sobre el diagnóstico y lo que le iba a hacer hoy?

–S: No, nada...

–C: ¿Y por qué no le preguntó nada y así tan asustada?

–S: Pues por mensa, no le pregunté nada, creo que va a hacer una crio.. crio... algo así.

–C: ¿Criocirugía?

–S: Sí, eso, ¿usted sabe qué es eso?... (OSE2)

Las mujeres tienden a culparse a sí mismas cuando no reciben la información necesaria sobre sus problemas, es decir, asumen toda la responsabilidad de no haber averiguado y no se preguntan por qué los prestadores no dicen nada. La culpa se acepta frente a quien tiene la obligación de dar la información, independientemente de que se les pregunte o no en forma directa.

Descubrirse un problema mamario

A excepción de una mujer que practica la medicina alternativa, todas las entrevistadas se atienden con medicina alópata. La indagación sobre las trayectorias incluyó también quién, cómo y cuándo descubrieron el problema. Sobre todo para conocer cómo tomaron la decisión de acudir al servicio de salud.

Descubrirse una bolita en el pecho significa duda, preocupación y el pendiente de acudir a revisión con el médico. Sin embargo, en varias entrevistadas, la decisión se vio frenada por sus distintas condicionantes socioculturales, como el de género, cuando esta preocupación es rebasada por otras prioridades familiares y sentimientos de vergüenza y miedo. Mary lo cuenta claramente:

[...] sino que dije yo [con tono de cansada] ¡ay, cómo es posible de que!, o una cosa o otra, muchas veces ¡ay! por desidia, porque las mujeres, bueno... yo en mi caso soy... un poquito desidiosa [ríe], de que se enferman mis hijos sí arranco, pero cuando soy yo, como que se detiene uno más ¡ah!, que la casa, ¡ay! ¿con quién dejo al niño?, o ¿quién me va cuidar a los niños para yo poder entrar con la doctora?... entonces fui a urgencias y dije yo de una vez, si me pongo a esperar más dije, es mi salud y si quiero que estén bien mis hijos tengo que estar yo bien también para cuidarlos ¿no?, y entonces ya, no le dije nada a mi esposo (E2).

De las mujeres entrevistadas, sólo tres no se detectaron por sí mismas “una bolita”. Dalia y Verónica fueron a la prueba del Papanicolaou y las refirieron a otro servicio de salud para que se hicieran la mamografía. Así es como llegaron al consultorio del especialista. Por su parte, cuando Elba acudió por síntomas de menopausia, le fue indicada una mamografía para decidir si podía recibir la terapia de reemplazo hormonal y allí se le descubrió el tumor.

Pero la mayoría de las entrevistadas, ocho de ellas, descubrió por sí misma “una bolita en el pecho”, aunque no todas acudieron de inmediato al servicio de salud por razones diversas, similares a las de Mary:

–C: ¿Pero ya te habías detectado tú una bolita en el pecho?

–Tania: Sí, ya, pero dije yo no... Tenía como unos ocho meses (E9).

–Julia: Verá que yo, yo empecé, no empecé sino que iba hacerme la prueba del Papanicolaou al ISSSTE, entonces... hace tres años, me detecté una bolita aquí abajo... (E11).

–Eloísa: [...] hace como unos cuatro años [(empecé), cuando yo fui con el doctor el año pasado, me animé a ir, ya tenía dos años, y yo tenía esa bolita, pero como la sentía y luego no la sentía... no me daba ninguna molestia... más bien casi me obligaron a ir, yo no quería porque había salido de la enfermedad de mi mamá, puro doctor y doctor, y económicamente, gasté bastante, entonces decía, yo no tengo seguro, como no estoy casada, no tengo seguro (E6).

Tampoco todas fueron diagnosticadas con cáncer de mama. Este tipo de cáncer no presenta necesariamente un síntoma agudo que provoque dolor, urgencia o una discapacidad inmediata que interfiera en las actividades cotidianas, sobre todo en las primeras etapas. Pero con el hecho de descubrirse una bolita en el pecho, se sabe con certeza que algo “no anda bien”, de ahí la importancia de acudir a revisión.

La decisión de asistir al servicio de salud o no buscar ayuda es una responsabilidad que las mujeres reconocen, pero algunas se autocalifican como incompetentes para asumirla. Esta falta de apropiación del cuerpo y no asumir muchas de sus decisiones es un rasgo que muestra su identidad de género. Ellas reconocen, como una razón de importancia, que deben atender otras prioridades en su familia, antes que a ellas mismas. Aunque no todas las entrevistadas fueron tan claras como las mencionadas, otras señalaron que el miedo y la vergüenza fueron razones que impidieron acudir de inmediato. Cualquier problema mamario que necesite ser revisado por el médico genera incomodidad, en mayor o menor medida. La relación cercana entre los pechos femeninos y la sexualidad hace más difícil afrontar la decisión de ir al servicio médico donde será explorada, así que el evento generalmente causa vergüenza al mismo tiempo que miedo. Así lo señala Eloísa:

No quería, por ejemplo, para mí era terrible desnudarme, algo tan así, que yo no quería que me viera desnuda pues (E6).

Lo anterior también guarda relación con la cultura de la salud y el autocuidado, pues mientras no existe un síntoma, se elimina la urgencia de buscar ayuda médica.

Cuadro 13

Descubrimiento y diagnóstico del problema mamario

Mujeres entrevistadas	Quién hizo el descubrimiento	Acudió a la institución	Diagnóstico	Trayectoria de la atención
E1 Laura	Ella misma	De inmediato	Quiste (fibrosis)	Dos años. Seguimiento de control con ginecólogo. Acudió directamente
E2 Mary	Ella misma	Semanas después	Quiste benigno	Un mes. Le pidieron mamografía. Acudió directamente
E3 Elba	En mamografía	A consulta por otro motivo	Bolita de grasa	Tres meses, diagnóstico en proceso, análisis de biopsia. Referenciada de un centro de salud
E4 Verónica	En exploración en consultorio	A la prueba del Papanicolaou	Cáncer de mama	Año y medio. Diagnóstico, cirugía y tratamiento oncológico. Referenciada de una clínica de apoyo
E5 Dalia	En mamografía	A la prueba del Papanicolaou	Micro-calcificaciones	Dos meses. En seguimiento de control, con medicamento. Acudió directamente
E6 Eloísa	Ella misma	Dos años después	Cáncer de mama	Año y medio. En seguimiento después de cirugía y tratamiento oncológico. Acudió directamente
E7 Gloria	Ella misma	Meses después	Quiste	Ocho meses. En seguimiento de control con medicamento. Acudió directamente

Cuadro 13 (cont.)

Descubrimiento y diagnóstico del problema mamario

Mujeres entrevistadas	Quién hizo el descubrimiento	Acudió a la institución	Diagnóstico	Trayectoria de la atención
E8 Consuelo	Ella misma	Casi de inmediato Retraso en el servicio de salud	Cáncer de mama	Un año. En seguimiento después de cirugía y tratamiento oncológico Dirigida al hospital por un médico particular
E9 Tania	Ella misma	A los ocho meses	Cáncer de mama	Tres meses. En tratamiento oncológico y programada para cirugía. Referenciada por un centro de salud
E10 Idalia	Ella misma	Casi de inmediato Retraso en el servicio de salud	Cáncer de mama	Año y medio. En seguimiento después de cirugía y tratamiento oncológico. Referenciada por un centro de salud
E11 Julia	Ella misma	Casi de inmediato Retraso en el servicio de salud	Cáncer de mama	Año y medio. En seguimiento después de cirugía y tratamiento oncológico. Dirigida al hospital por un médico particular

Fuente: elaboración propia.

“AUNQUE UNO CONOZCA SUS DERECHOS, PERO SI NO SABE LUCHAR...”

Como se dijo antes, el cáncer de mama se ha convertido en un serio problema de salud al representar la primera causa de muerte de mujeres mayores de 25 años en el estado de Sonora; a escala nacional representa la segunda causa, después del cáncer cérvicouterino. A pesar de esto, el cáncer de mama no es un asunto del que se hable y comente entre las usuarias y pacientes del hospital, a menos que sean las propias pacientes con este tipo de problema quienes aludan a ello. La mayoría de las mujeres se acerca a los servicios de salud para la prueba del Papanicolaou y muchas de ellas comentan al médico o enfermera que se han detectado alguna bolita en el pecho.

La entrada a la institución, o su paso por diversas instituciones en busca de atención al problema, inicia con la prueba del Papanicolaou, sólo la minoría acude directamente a la revisión mamaria con la sospecha de algún problema o síntoma.

El cuadro 13 resume el momento del descubrimiento y las distintas trayectorias de las mujeres entrevistadas.

Tres mujeres expresaron sus dudas respecto a un posible error en el diagnóstico inicial o una desestimación por parte del médico, así como la falta de seguimiento cuando acudieron a revisión o la prueba del Papanicolaou y señalaron que traían una bolita. Esto retrasó el diagnóstico de cáncer de mama.

EL ESPACIO INSTITUCIONAL PARA EJERCER DERECHOS: LA CONSULTA MÉDICA

Matamala et al. (1995) señalan que la consulta médica es un espacio privilegiado para observar cómo se expresan las acciones y estrategias alrededor de la apropiación, fomento y ejercicio de derechos de las mujeres en el cuidado de su salud reproductiva, así como la expresión de género y la cultura médica en la interacción. La cultura médica del personal se enmarca en el modelo biomédico que prevalece en los sistemas de atención, caracterizada por la verticalidad en las relaciones, el dominio del saber médico, la parcelación del conocimiento, entre otras características

que se mantienen en la atención de toda la población. Sin embargo, dicha verticalidad, dominio y parcelación es vivida y ejercida de manera distinta entre pacientes y médicos.

La consulta médica se compone de varios elementos, pero esencialmente es reconocida como el espacio de la relación médico-paciente. Por un lado, están las pacientes que llegan a la institución suponiendo que tienen un problema de salud. Por el otro, está el médico tratante, ya sea en la figura del titular o del residente de la especialización en ginecología.

El personal de apoyo es, en primer lugar, la enfermera asistente, quien por lo común se encuentra presente en la consulta; también pueden estar otros prestadores, aunque no de manera cotidiana. Es importante señalar a las enfermeras, pues entablan una relación con las pacientes en todas las acciones que estructuran la relación médico-paciente. Sin embargo, intervienen poco en ella y en la comunicación entre ambos. Como su nombre lo indica, es fundamentalmente personal de apoyo.

Interesa estudiar la relación entre el médico y la mujer paciente, en el espacio y momento de la consulta, donde se expresan la comunicación verbal y la no verbal entre ambos y entran en juego sus subjetividades, identidades de género, racionalidad, expectativas, poder, capacidad de gestión y negociación, así como la toma de decisiones, por un lado y por otro, las normas y reglas institucionales y sociales, las rutinas y la organización de la atención y la consulta médica.

Vale decir que la relación médico-paciente constituye un aspecto nodal de la calidad de la atención en salud. La manera en la que se lleva a cabo esta interacción representa una dirección del proceso iniciado por las mujeres en la institución.

La consulta externa especializada en ginecología se organiza en turnos de dos horas al día, así que cada médico tiene consulta externa dos días a la semana. Hay cuatro ginecólogos y un oncólogo, apoyados por la preconsulta y la cita de primera vez, ambas atendidas por residentes de la especialidad. Cuando las pacientes llegan con los especialistas, ya tienen un expediente integrado con la historia clínica amplia y algunos análisis clínicos que el residente consideró necesarios. Esta descripción

se enfoca en la consulta externa de la especialidad, con los médicos titulares.

Los especialistas atienden entre cinco a doce pacientes por turno. Cuando el médico llega, la recepcionista entrega a la enfermera asistente la lista de pacientes citadas que están esperando. Pocas veces interviene el médico directamente. Cuando ellos ven el número de personas, se dan cuenta del tiempo que pueden disponer para cada consulta. Aunque se observó que hubo médicos que rebasaron las dos horas programadas, no fue la mayoría, pues no siempre llegaron las 12 pacientes citadas. La consulta en oncología es un caso aparte, donde lo común fue observar la atención de diez a doce pacientes diarios.

La organización de la consulta se compone de dos partes: a) la enfermera toma el peso, la presión arterial y confirma los datos generales de la paciente y b) la consulta con el médico que se estructura en varias etapas: saludo, interrogatorio, exploración física, diagnóstico, tratamiento y despedida. Una tarea permanente y paralela en el transcurso de la consulta es la función docente del médico titular.

Por la forma en que se organiza la consulta, podría decirse que se compone de rutinas, que se apreciaron de manera consistente y continua. Su entendimiento aporta una mayor comprensión de la interacción al identificar los puntos más susceptibles e intensos de la relación médico-paciente, y sobre todo, ayuda a entender cómo se establece la comunicación, cómo se expresa la relación dominación-dominada, cómo se maneja la información y cómo se toman las decisiones.

Las rutinas se refieren a prácticas y acciones establecidas y respetadas, con un orden y secuencia justificada en la consulta médica. Giddens sostiene que “unas prácticas rutinizadas son la expresión saliente de la dualidad de estructura con respecto a la continuidad de una vida social. En la escenificación de rutinas los agentes sustentan un sentimiento de seguridad ontológica” (Giddens 2003, 308). La consulta médica, en tanto interacción social, mantiene rutinas que contribuyen a la formación de una estructura de seguridad en la interacción, tanto por los médicos y otros prestadores, como por las propias pacientes, pues implica el establecimiento de la continuidad de las acciones del servicio.

Sin embargo, el sentido que queremos enfatizar es el carácter habitual con el que se hacen las cosas; las pacientes suponen una serie de valores y prácticas en la consulta, así como los médicos suponen que las pacientes harán lo que se les indica, y no esperan que haya problemas con esto.

Estructura de la consulta médica

Como se señaló, hay dos tipos de consulta externa en ginecología, para dos momentos distintos en las trayectorias de atención de las pacientes: a) la consulta de primera vez, atendida por un residente, por lo general de segundo o tercer año y b) la consulta atendida por un especialista titular, la cual es el objetivo último de las gestiones de las mujeres. Generalmente a dicho médico lo acompaña un residente (de tercer o cuarto año) de la especialidad, que se va rotando cada dos meses. El presente análisis se basa en esta consulta.

Como se verá en los siguientes apartados, el análisis sociológico de la calidad de la atención se torna más complejo, pues los niveles y dimensiones que intervienen se confunden en la interacción cotidiana médico-paciente, que se establece en consulta.

El saludo

El primer contacto en la consulta médica lo representa el saludo. A partir de él se establece la comunicación que se desarrollará entre el médico y la paciente. Por su alto valor simbólico, el saludo representa un momento que puede significar empatía, alerta, formalidad, desconfianza o un contacto relajante. Se recuerda que la mayoría de las veces a las mujeres se les practicará una exploración ginecológica y que llegan con una carga de miedo e incertidumbre importante.

Existen distintas modalidades de saludo, la mayor parte ocurre de manera verbal, los menos son saludos de mano; los hay directos e indirectos, de un solo ademán, o de ningún tipo. De cualquier forma, todos dan la entrada a la relación médico-paciente:

Modalidades

- La paciente saluda y el médico responde
- El médico saluda y la paciente responde
- La paciente saluda y el/los médicos no contestan
- El médico saluda y la paciente no contesta
- Ninguno de los dos saluda

En más de la mitad de cada diez encuentros no se da el saludo directo, es decir, buenos días-buenos días. Se puede considerar un saludo indirecto la indicación de entrada al consultorio y señalar el tono de voz del médico, aunque la mayoría de las veces es acompañada por la invitación-orden de sentarse. De las consultas observadas, sólo en una ocasión el médico se presentó formalmente y una sola vez la paciente preguntó su nombre, pues esperaba encontrar a quien la había atendido antes. Por ello se entiende que pocas entrevistadas supieran quién era su médico.

–Pásele, ¿cómo está? La señora joven pasa el sobre [estudios], pero no dice nada (OCEM1).

–Pase, siéntese. La señora observa que los doctores leen el expediente, no dice nada (OCEM1).

–Amenorrea [el médico dirigiéndose a la residente, al tiempo que la señora da un paso dentro del consultorio]. Pase, siéntese. La señora se sienta, tiene 32 años (OCEM1).

Es común que la comunicación inicie con el interrogatorio, a continuación se incluyen ejemplos:

–[Entra la paciente, no saluda] D: ¿Qué trae?, pásele... ¿qué le pasa? (OCEM2).

–[Señora de mediana edad no saludó y los doctores tampoco. El doctor le dice]: ‘¿Qué trae?’ [al mismo tiempo que revisan el expediente, hay poco contacto visual] (OCEM2).

–[Señora mayor, no saludó, los doctores tampoco] D: Pásele, ¿qué trae? (OCEM2).

–[Señora pasa y no saluda. El doctor tampoco] D: ¿Qué le pasa? (OCEM2).

–[Pasa la señora y se sienta. No saluda ninguno de los dos] D: ¿Qué le pasa? (OCR).

–D: Pase, ¿ya no ha tenido sangrado?

–S: No (OCEM1).

–D: ¿Señora a qué viene?

–S: Hace un mes vine (OCEM3).

Otra característica general se refiere a que el doctor titular y el residente revisan el expediente porque se trata de una paciente de primera vez, o ha estado con otros médicos. La revisión tiene el propósito de enterarse del caso, pero sobre todo, los médicos titulares revisan las notas de la consulta con el residente y explican en forma breve algunas cosas como parte de la función docente. Esta es una tarea paralela que ocurre al tiempo que una paciente sale y la otra entra. Muchas no son de primera vez, sin embargo para el médico y el residente sí lo son, y para la paciente con ese médico, también. Por eso el contacto inicial en la consulta se observó como el encuentro de dos desconocidos.

Es posible saber si las pacientes llegan por primera vez a la consulta, o con ese médico, después del interrogatorio u observando el grosor del expediente, el cual representa la historia de su atención en la institución (muchas o pocas hojas, radiografías, formatos de análisis clínicos, etcétera). Boltanski señala que esta función también tiene el propósito de aportar elementos que permitan al médico hacerse una idea del perfil de paciente que atenderá y hacer una clasificación del “tipo psicológico” al que pertenece:

la historia clínica que el médico reconstruye sobre su paciente, donde consigna sus ‘antecedentes’ y que va complementando en cada visita [...] [complementan] el interrogatorio, proveyendo una serie de informaciones seleccionadas que orientan la percepción que el facultativo

tiene del enfermo y que, encajando como las piezas de un rompecabezas, esbozan la imagen social del paciente según las expectativas del médico (1977, 62-63).

Esta afirmación coincide con la presente investigación, al hablar sobre la valoración *a priori* y los estereotipos.

El predominio de las figuras del médico titular y del residente se hace evidente en la mirada de la paciente, cuando la enfermera no participa en el saludo, a pesar de estar presente por lo general. Las pacientes casi nunca se dirigen a ella, pero las enfermeras tampoco intervienen en esa interacción recién iniciada.

La importancia del momento de entrada, así como el inicio de la relación médico-paciente, influye de manera significativa en el desarrollo del resto de la consulta. Las mujeres actúan conforme a la primera impresión del médico, a lo que les trasmite su posición, su expresión verbal y no verbal. En palabras de Goffman, la expresión que *da* y la impresión que *emana* de él (1971). Los sujetos sociales actúan conforme a la conducta de los otros, esperan responder a sus expectativas en el escenario social. Las pacientes incorporan en la interacción con el médico la información que tienen de él, si la hay, entrando en juego su información sobre cómo *debe* comportarse en una consulta médica, *cómo es* un médico y *qué esperar* de él. Por su parte, el médico hace el saludo, interrogatorio y dirige toda la consulta, esperando que se respeten todas y cada una de las etapas sin resistencia ni complicaciones.

En su presentación, ya sea de manera directa o indirecta, se establecen las reglas y la autoridad de quien la preside: el médico, quien dicta la dinámica, el ritmo y el tono de su desarrollo. Quedan establecidos los extremos de una relación desigual entre médico y paciente, y al mismo tiempo, las prácticas de conducta frente al médico se inscriben en los hábitos de las mujeres como pacientes, con los cuales seguirán actuando en situación, porque

el hábitus produce prácticas, individuales y colectivas [...] asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, depositadas [...]

bajo la forma de principios (*shémes*) de percepción, pensamiento y acción, tienden, con mayor seguridad que todas las reglas formales y normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo (Bourdieu 1991, 95).

Desde el inicio del encuentro, se expresan, tanto por las prácticas (de hecho) como por el lenguaje verbal y no verbal, las distintas posiciones que construyen las relaciones de poder y subordinación/dominación; se observan, como señala el mismo autor:

[Las] marcas de respeto o desprecio que la cortesía utiliza en muchas sociedades para simbolizar relaciones de dominación; de un lado, se agacha o se inclina la cabeza o la frente como signo de confusión o de sumisión, se baja la mirada por humildad o por timidez pero también por pudor o por vergüenza, se mira de soslayo o por debajo, se doblega, se tiende, se somete, se inclina, se rebaja [...] en el polo opuesto, se mira por encima del hombro o se fija la mirada [...] se yergue, endereza, alza o levanta la cabeza o la frente [...] se toma ventaja [...] (Ibid., 122)

Fue posible observar este lenguaje no verbal en la interacción, el cual expresó las posiciones desiguales y la dominación médica, como se verá a continuación.

El interrogatorio

A través del interrogatorio, el médico pone en juego su capacidad clínica y técnica para encaminarse al diagnóstico; por su parte la paciente informa su problema de salud, y aporta elementos para buscar el diagnóstico. La comunicación verbal es transmitida mediante el lenguaje organizado y expresado con palabras, ideas e historias, así como exclamaciones y entonaciones; no obstante, tales expresiones siempre van acompañadas del lenguaje no verbal, que se compone de expresiones no lingüísticas como posturas (la manera de sentarse de la paciente, su acompañante

y los médicos); gestos (cara de sorpresa, tristeza, seriedad, miedo, subordinación, seguridad, autoridad, premura, atrevimiento); movimientos corporales (*lentos*, rápidos, brazos cruzados, expresividad con las manos, tocarse al señalar) e incluso los tonos de voz (baja, apenas audible, de autoridad y seguridad, de mandato o arrebatada). El perfil de conducta más observado entre las mujeres se caracteriza por la timidez, seriedad y adustez de una persona que entra al consultorio pidiendo permiso más con un lenguaje corporal que con palabras, se sienta pegada a la orilla de la silla, espera a que le pregunten antes de hablar, no sostiene mucho la mirada, no interrumpe a los médicos y rara vez pide explicaciones.

Ese lenguaje no verbal es parte de la expresión de las relaciones de poder, de la jerarquía institucional y de la dominación médica, no sólo del espacio, sino de la relación. Goffman señala que:

[El] idioma corporal, entonces, es discurso convencionalizado. Tenemos que comprender que es, además, un discurso normativo. O sea, existe de manera general una obligación de transmitir cierta información cuando se está en presencia de otros y una obligación de no transmitir otras impresiones [...] Aunque un individuo pueda dejar de hablar, no puede dejar de comunicar a través de un idioma corporal [...] (Goffman, citado por Giddens 2003, 113)

En algunas consultas, el inicio del interrogatorio suplió el saludo del médico con la consabida pregunta “¿qué le pasa?, ¿qué trae?”, antes de dar la oportunidad de expresar un saludo. El residente interviene poco en el interrogatorio, pues es una prerrogativa del médico titular, sólo contesta alguna pregunta expresa de su titular. A menos que éste no se encuentre presente, el residente se hace cargo.

–D: Pásele ¿qué trae?, ¿cómo se llama?

–Señora: X.

–D: ¿Qué edad tiene?

–S: 37 años.

–D: ¿Qué trae?

“AUNQUE UNO CONOZCA SUS DERECHOS, PERO SI NO SABE LUCHAR...”

–S: Por esta bola [sube el brazo izquierdo y se observa un bulto pegado a la axila].

–D: ¿Desde cuándo la tiene?

–S: Desde hace año y medio.

–D: Pase a revisarla.

–R: Pase al baño y se quita la ropa de la cintura para arriba, y se pone una bata.

La señora sale del baño y el residente se levanta, lo sigue el doctor (OCEM2).

* * *

–D: ¿Qué trae?, ¿qué le pasa?

–S: Es que me sale un líquido de los pechos.

–D: ¿De los dos?

–S: Sí.

–D: ¿De qué color es?

–S: Es café y a veces cristalino.

–D: ¿Y desde cuándo tiene eso?

–S: Desde hace como diez años, ya estuve en el Seguro pero siempre me dijeron que era normal, me hicieron mamografía y me hicieron estudios, pero me dijeron que no era nada... y hay veces que me duelen mucho, que no me puedo ni tocar, ni bajar los brazos...

–D: Pase para revisarla (OCEM2).

* * *

–D: ¿Qué trae? [Al mismo tiempo que revisan el expediente].

–S: Es que me van a operar.

–D: Sí, trae una displasia leve persistente, ¿pero le duele?

–S: Traigo inflamado.

–D: ¿Cuántos niños tiene?

–S: Tres.

–D: ¿Pero está segura que se quiere operar?

–S: Sí [contesta de inmediato y pregunta al médico], dígame ¿y cuánto tiempo voy a estar sin trabajar?

–D: ¡Ah!, ¿usted trabaja?

–S: Sí.

–D: ¿En qué trabaja?

–S: Tengo una estética, y pues para decirle a mi compañera para que ella se haga cargo mientras estoy en recuperación...

–D: Sí, en dos semanas más o menos usted ya podrá regresar a trabajar (OCEM2).

Por lo general el interrogatorio es restringido y dirigido. Los médicos no preguntan, o lo hacen poco, sobre asuntos personales o familiares. Cuando se escuchan otros temas fuera de la descripción de los síntomas, son las pacientes quienes los refieren. Rara vez se escuchan asuntos relacionados con el trabajo, el lugar de pertenencia o la solvencia económica para comprar los medicamentos, a pesar de ser razones que interfieren con los procesos de atención de las mujeres. Una de ellas expresó su preocupación sobre algunas condiciones familiares y económicas cuando le diagnosticaron cáncer, al mismo tiempo que recibía del especialista las indicaciones de atención que debía seguir:

–D: ¿Cómo está?

–S: Pues aquí desesperada, que me diga qué salió [le tomaron una biopsia].

–D: A ver, a ver qué vemos [al tiempo de leer los resultados], sí, trae un tumorcito en su pecho, pase para revisarla.

–S: ¿Es un tumorcito malo?

–D: Sí, es un tumorcito malo.

–S: Sabe que a veces se me inflama, a veces me lo toco y está duro y a veces blando.

–D: ¿Sí? [Al tiempo que sigue la revisión. Los doctores terminan y regresan. El doctor explica primero al R4: ‘Etapa tercera’, luego a ella]. Necesitamos darle tratamiento con medicamento y como es una bolita grande hay que hacerla chiquita, porque se pueden ir celulitas por los nervios, después del medicamento, para operar, de todas maneras hay que operar y quitar todo el pecho.

–S: ¿Me lo va a quitar?

–D: Sí [y continúa]. La primera parte del tratamiento en el hospital oncológico y después de tres o cuatro semanas de terminar esa fase, la vamos a operar.

–S: Doctor, pero yo trabajo en el campo [viene de la Costa].

–D: Ahorita no puede hacer esfuerzo con su brazo...

–S: [Con cara de angustia, pero el doctor sigue explicando]. Oiga doctor pero yo tengo que trabajar para mantener a mis hijos, no tengo quién me ayude.

–D: Allá le van a ayudar, hay una clínica, que le ayuden allá y cuando operemos aquí, veremos que se le ayude, para que no le salga cara la operación.

–S: Y los tratamientos que me van a dar, ¿por cuánto tiempo es? ¿tres o cuatro semanas?

–D: No, dependerá del doctor, pero creo que puede ser varias sesiones y se lo dan cada tres o cuatro semanas.

–S: ¿Y para qué es el tratamiento?

–D: Pues como le acabo de decir, para hacer chiquita la bolita y poder operar y quitarle las celulitas que hayan quedado.

–S: ¿Ahorita me van a ver allá?

–D: Va a ir a hacer la cita.

El doctor se despide, se levanta y se va. El R4 hace las órdenes. Hay silencio total. El R4 sigue escribiendo las órdenes para análisis y la señora continúa con una cara de angustia evidente, pero sólo observa al R4 que está escribiendo. Finalmente le entrega las órdenes sin explicar nada. La señora los toma, se levanta y se va (OCM5).

La mayoría de los médicos supone que sus pacientes son amas de casa, una valoración a priori que invisibiliza los obstáculos para lograr una mejor atención. El doctor Paz describió:

–C: Por su experiencia, ¿qué tipo de mujeres son las que atienden?

–D: Generalmente son... amas de casa.

–C: ¿Amas de casa?

–D: En su inmensa mayoría, la mayoría, bueno son, primeramente madres de familia, y en segundo lugar por su... actividad, que pudiéramos decir, entre comillas, productivas, son amas de casa, son mujeres, en su inmensa mayoría... mayores de treinta años (EM1).

También suponen que tienen poca escolaridad, de bajos recursos y que están desinformadas respecto a su salud. Como se analiza en el capítulo anterior, los médicos se manejan con varios supuestos a priori respecto a quiénes son sus pacientes. El doctor Luna expresa:

–C: ¿A qué sector se refiere, al sector que viene aquí?

–D: Específicamente al sector de la población de bajos recursos...

–C: ¿Qué ustedes atienden...?

–D: De muy bajos recursos y baja educación... [aunque] yo creo que no, no es tan sensible como en las zonas rurales, porque atendemos una buena parte de la población de aquí de Hermosillo, que tiene nivel medio (EM3).

Como se dijo antes, la comunicación verbal es directa, los médicos escuchan las palabras y por lo general esperan que las pacientes contesten lo que se les pregunta; no ven la expresión no verbal, o bien no la toman en cuenta para percibir que las pacientes están nerviosas, cohibidas, preocupadas o quieren saber más de su problema, a menos que esa conducta no pueda ser omitida, por ejemplo el llanto, aunque estos casos fueron los menos. En dichas situaciones, la reacción del médico fue minimizar el hecho, como en el siguiente:

La señora se levanta y no sabe dónde es el baño. El doctor dice: ‘No, no, esa puerta no’ [la señora se dirigía a la puerta de intercomunicación], ‘¡Mire qué nerviosa anda, ya no se acuerda dónde es!’ La señora sale del baño y los doctores se levantan y pasan a la revisión: ‘Señora ¿por qué está llorando?, no llore, va muy bien, por eso está mala, por tan nerviosa, ¡cálmese!’ (OCM5).

A través de esta reacción, el médico culpabiliza a la paciente de su enfermedad. La calidad de la atención, en su componente de respeto de sentimientos, creencias y calidez en términos generales, señalada en múltiples documentos del sector salud y expresada por algunos médicos, se ve seriamente cuestionada. Culpar a la paciente es también expresión de dos dimensiones que se traslapan, la de género y dominación médica.

Por otro lado, se identifican múltiples casos en los que las pacientes expresan lenguajes contradictorios, es decir, lo que manifiestan con palabras no coincide con su expresión no verbal, aunque por lo común los médicos toman sólo las palabras como base de su comunicación, a menos que sean manifestaciones intensas como el llanto. Estas conductas expresan las formas en que los componentes de la calidad de la atención se van traduciendo en las prácticas cotidianas de la consulta médica, y cómo se van entretejiendo con otras de mayor alcance que representan violaciones de derechos.

La calidad de la atención queda reducida a obtener la información estrictamente necesaria, sin profundizar en aspectos externos al propio espacio de la consulta médica, como las condiciones de vida o los problemas familiares que tengan que ver con obstáculos o facilidades para la atención de las pacientes. Pero por su parte, ellas no insisten en expresar otros asuntos que vayan más allá de lo que se les pregunta en este momento —¿qué trae, qué le pasa?—, ni en la exploración física, ni después. Los saberes y percepciones, así como las preocupaciones de las mujeres quedan invisibilizados en estos encuentros.

La exploración ginecológica

Después del breve interrogatorio, el médico señala a la paciente el consabido “pase para revisarla”, en el sentido de “vamos a revisarla”. Se observó que prácticamente todas las pacientes son exploradas, aunque ya haya ocurrido antes, de las anotaciones en el expediente o de las cuestiones de seguimiento; las excepciones fueron casos en los que la paciente sólo iba a que le asignaran una fecha para cirugía.

No es objetivo de este trabajo cuestionar las decisiones y la capacidad técnica de los especialistas, pero hay que enfatizar la importancia de la práctica de exploración ginecológica repetitiva que forma parte de la función docente de la consulta, según se analizó en el capítulo anterior. La práctica representa una oportunidad de enseñanza-aprendizaje para el médico y el residente, y la pregunta pertinente es hasta dónde dicha acción favorece un mayor conocimiento del problema médico, o hasta dónde se viola el derecho a la privacidad y respeto a la corporeidad de las mujeres pacientes al ser un objeto, más que un sujeto de atención, considerando que muchas de ellas ya vienen valoradas dos veces antes por los residentes de la preconsulta y la consulta de primera vez. El doctor Paz explica:

toda paciente que acude a este hospital, como es un hospital escuela, si viene a la consulta de ginecología, dentro de la historia clínica, se le hace una exploración amplia de la mama, ya sea por parte del residente o por parte del ginecólogo... y el médico tratante ve que en la historia clínica ya se hizo la exploración de mama y es satisfactoria en la forma en que se hizo en la primera consulta, se obvia la exploración ¿por qué?, porque muchas veces a la mujer le molesta... y se siente avergonzada hacia el médico por la exploración de la mama, pero si estamos muy al cuidado de la historia clínica, que nos dé los datos tanto sobre enfermedades mamarias, como el que haya sido explorada... aunque la paciente no venga a consulta precisamente por patología de mama o cualquier otra patología, el residente la va examinar, el residente hace la exploración y... aunque... el motivo de queja no sea patología mamaria, y si él encuentra el mismo dato de que pudiera ser patología, lo constata con más de esa, se hace la historia clínica, y por lo tanto esa paciente va ser examinada dos, tres o cuatro veces más, hasta descartar una verdadera patología (EM1).

Estas observaciones sugieren la práctica excesiva de la exploración física como parte de las funciones de un hospital-escuela. Hay que hacer notar que al final es la exploración del especialista titular la que valida o

rechaza cualquier adelanto que el residente haya realizado. Se recuerda que no todas las pacientes son de primera vez, lo cual significa que están ahí para seguimiento, con un diagnóstico dado por otro especialista. De cualquier forma, la revisión se lleva a cabo.

La exploración significa un momento de incomodidad para las mujeres, y aunque ellas “saben” que pueden tener un examen ginecológico, ya sea en sus genitales, en sus mamas o en ambos, esto no evita que sientan pudor, malestar, vergüenza, inseguridad, miedo, intimidación, genitalidad y sexualidad. La exploración representa el contacto corporal de los médicos y enfermeras con las partes íntimas de las pacientes. Se observaron pocos casos en los que las mujeres se negaron a ser exploradas, a pesar de expresar con el gesto o la mirada su malestar e inconformidad, o sus dudas sobre el porqué era necesario; sólo algunas se resistieron de entrada, pero al minuto siguiente aceptaron. Al mismo tiempo, algunas entrevistadas consideraron que esta práctica debe llevarse a cabo, e incluso que forma parte esencial de la calidad de la atención, como lo expresó Laura:

Sí, pues no, es más, ni pregunta ni nada [refiriéndose a un médico que la atendió en el hospital], como que, ni modo, pero sí cómo se siente ¿no?, no pos que bien, no pos este o esto y esto. Ve el expediente, pues ahí de todos modos se orienta pero no... revisa, no nada, cuando él no sabe... (E1).

En la expresión de muchas pacientes se observó resignación ante la orden de exploración, así como incapacidad por no poder hacer otra cosa. Su lenguaje no verbal fue muy elocuente, pero no llegó a traducirse en palabras de negación o cuestionamiento que expresara su resistencia. Los siguientes testimonios ilustran reacciones de resistencia, incomodidad y expresión de duda respecto a la necesidad de llevar a cabo la exploración:

El R2 interviene y le dice que parece que sus problemas del estómago son gastritis y colitis. El doctor le pide que pase a revisión, que van a revisar la bolita de su pecho, a ver si todo está bien. Ante

esto la señora reacciona con cara de susto y sorpresa y no se levanta de inmediato, expresando con la mirada su desconcierto, como si no se hubiera imaginado que la revisarían por ese problema, pues ella iba por otro problema de salud. Pero el doctor le dijo que debían checar que todo estuviera bien, que era su trabajo y esa era su especialidad, pero que también le revisarían el estómago; hay un breve momento de tensión; la paciente se levanta sin decir más y se dirige al vestidor, mientras el doctor le pide que se quite la ropa de la cintura para arriba (OCM2).

* * *

–D: Pase [ademán de señalar con el dedo detrás de la cortina] para revisarla y de sus mamas [la señora puso cara de susto y titubea para levantarse].

–S: ¿Qué me va a hacer?, ¿quién?

–D: Es necesario, es para ver sus pechos, por lo que usted trae parece el síndrome climatérico y si dice que ya le falta la regla, pues hay que ver si su útero esta chiquito, si no, pues para que se haga un ultrasonido...

[Pasan los segundos y la señora no se mueve].

–D: Si no quiere que la revisen [ademán de pues ni modo]...

–S: No, pues es que me da mucha vergüenza.

El residente calla, no contesta... Se escucha que entra la enfermera por la puerta interior. El doctor vuelve a explicar porqué es importante, la señora accede [tarda unos tres minutos en decidirse].

–S: Pues ni modo, pues de una vez, ya estoy aquí [y me dirige una mirada, apenas con una sonrisa tímida].

–D: Pase a cambiarse y póngase una batita que está allí.

[La señora se levanta y se dirige al baño] (OCR).

Puede decirse que las expresiones además constatan una desinformación *aparente* sobre lo que va a pasar en la consulta, sin embargo entre las narrativas de las mujeres esto se relativiza, dependiendo de sus experiencias en este tipo de consultas. También se constata el conjunto de significados sobre el manejo de su cuerpo y su intimidad ante extraños,

que aun partiendo del presupuesto de que la mayoría está informada sobre las rutinas de exploración, no deja de ser un evento desagradable.

Estos testimonios muestran la relación asimétrica entre la paciente y el médico y entre la paciente y la institución; ellas deben respetar las reglas de comportamiento en consulta y las de uso del servicio, las cuales fortalecen relaciones de subordinación en el espacio de salud (el médico pregunta, la paciente responde, el médico decide explorar y la paciente acepta, aun sin justificación clara para ella). En uno de los testimonios anteriores, se observó que la paciente llegó a consulta por un malestar estomacal, no por un problema mamario, pero terminó aceptando la exploración.

En otro caso, la paciente llegó con un malestar sistémico, no manifestó dolor en alguna parte específica de su cuerpo sino que presentó síntomas de climaterio, como lo indica el interrogatorio anterior:

–D: ¿Qué pasó [nombre]?

–S: Lo que pasó es que en el mes de mayo no me bajó la regla...

–D: Y antes siempre le había bajado cada mes?

–S: ¿Sí.

–D: ¿Trae otras molestias?

–S: Sí, me duelen mucho los huesos, la cabeza, estoy durmiendo mal y me he vuelto muy sentimental, lloro mucho, a veces estoy hablando y estoy llorando, pero lo que más me hace es el dolor de huesos...

El doctor no pregunta más sobre este asunto e inicia el interrogatorio sobre sus antecedentes familiares... (OCR)

El testimonio sugiere la manera en que el médico desestima lo expresado por la paciente, la información que describe sus malestares.

La toma de decisiones por parte de la paciente se debilita ante las prácticas médicas, aunque ésta sea más compleja que el negarse o no a ser revisada, pero muestra con claridad el proceso por el cual *deciden* lo que les compete directamente en la consulta médica.

Las pacientes saben en términos generales que consultarán a un ginecólogo, algunas están seguras pues conocen a los médicos que ahí labo-

ran, también saben que no hay médicas y si las hay “son las que le ayudan al doctor”, es decir, las residentes. De alguna forma también saben que es posible que les hagan una exploración ginecológica, pero quisieran que no fuera así. Mary relató:

[...] ya sabía yo a lo que iba como dicen, ya sabía que me iban hacer preguntas, que me iban a revisar... ¿sabes qué?, ¿qué me dices?, quieres que te atienda un ginecólogo que sea hombre, el doctor y pues, ahora con la doctora y espero que me vuelva a tocar con ella ¿no? (E2).

No todas las entrevistadas señalaron en forma explícita su preferencia de ser consultada por una médica. Sin embargo, Mary es clara cuando dice que ellas son más “sutiles”.

[...] No, que pues todos los médicos, yo no digo que, ¡ay es hombre! Pero son como más toscos, por decir así, no sé, no sabría cómo explicar.

—C: ¿Y las médicas son más... ?

—M: Sí, son como que más sensibles, ¿cómo decirle? más... sutiles para decir las cosas, más amables, o sea, a veces que los doctores... pues ya están cansados a la hora que entras, a lo que vas y no explican ni esto, o sí te explican pero... como hombres son más toscos, por decir así (E2).

Uno de los preceptos más reconocidos dentro de los derechos de los pacientes es su consentimiento a realizar algún procedimiento médico, quirúrgico o de tratamiento. Se señala que cuando los médicos hacen la exploración física, no sólo deben conseguir su consentimiento para pasar a la revisión, sino además explicar en qué consistirá, qué se le va a hacer y qué sentirá. Sin embargo, la práctica común en consulta, tanto del médico como del residente, es que no explican o lo hacen poco y de manera escueta:

“AUNQUE UNO CONOZCA SUS DERECHOS, PERO SI NO SABE Luchar...”

La señora pasa a revisión. El doctor ve junto con la residente y confirman cistocele 1-2. Terminan y regresan. La señora se levanta sin decir nada (OCEM1).

* * *

–R: Señora la vamos a revisar.

–S: ¡Otra vez!

–R: Sí, es que el doctor la va a revisar.

–S: Oye mira, me tomé un ultrasonido en Naco la semana pasada. Los doctores lo ven, dicen que todo está normal. De cualquier forma le indican que pase. Los doctores se levantan y pasan a la revisión cuando escuchan que la señora salió del baño.

–D: Relájese.

Los doctores no indican más. Mientras tanto la residente pregunta:

–R: Señora, ¿tiene una molestia?

–S: No. Ninguna.

–R: ¿No se le sale orina?

–S: No.

–D: Entonces, ¿qué andamos buscando? [se miran entre ellos].

–S: Pues sí.

Los doctores dan por terminada la exploración y regresan al escritorio. La señora pasa a vestirse y regresa.

–D: La daremos de alta.

Los doctores no dan más explicación (OCM3).

* * *

La residente pide a la señora que pase a revisión, al tiempo que le pregunta sobre su último Papanicolaou, ella responde que no se lo hace por miedo; la doctora complementa: ‘Miedo al resultado’, ‘sí’, contesta la señora. Inicia la revisión y la residente apenas le indica lo que va a hacer. La señora no se queja, ni pregunta, terminan rápido. Vuelven de la revisión y la residente sigue leyendo el expediente (OCEM2).

* * *

—D: Está muy tensa...abra su pierna, ábrala, ábrala...

Están haciendo la exploración y el residente (R4) le dice: ‘Flojita, entre más flojita menos la voy a lastimar...’ Se dirige al doctor: ‘Definitivamente es un cáncer atrófico, la pared izquierda limpia, la derecha con un poco de desecho’ (OCEM5).

Durante esta etapa, la práctica común entre el médico titular y el residente es el intercambio de comentarios breves, sobre todo técnicos, y no se dirigen las mismas explicaciones a la paciente. Esta es una manera de ir despersonalizando la atención, de despojarla de contenidos socioculturales, sexuales y sentimentales, demostrando que lo que se explora sólo es una parte del cuerpo, sin mayor trasfondo. Parsons (1982, 437) señala que con esta práctica, los médicos tratan de asegurarse de no poner en juego sus subjetividades, de mantener su posición científica de observación y análisis de un objeto de estudio. Sin embargo, dicha posición frente al órgano dañado sólo invisibiliza a las pacientes como personas, quienes tienen derecho a saber qué se les va a hacer, qué está pasando y de recibir una explicación de lo que se ve en el momento de la exploración.

Emerson, desde un enfoque fenomenológico, analiza que en la revisión ginecológica los médicos despersonalizan al lenguaje y a la paciente a través de una estrategia de des-sexualización, para establecer la relación médico-objeto de atención, al mismo tiempo que tratan de dirigirse a ella como persona y convencerla de que ellos sólo ven el órgano y no un cuerpo con otras connotaciones. La autora encontró varias estrategias lingüísticas, en especial de los médicos, que clasificó como “definiciones sostenidas de la realidad”, con el objeto de mostrar que la interacción médico-paciente presenta múltiples realidades contradictorias, expresadas en varios niveles explícitos e implícitos (1970, 232).

En la exploración ginecológica, los médicos expresan presupuestos a partir de los cuales organizan sus prácticas y rutinas en la consulta:

- Al hacer la exploración física se presupone que la paciente “ya sabe a lo que va” o lo debe saber, por lo que se ahorran las explicaciones detalladas de lo que se hará.

- Los médicos, residentes y enfermeras no consideran que las instrucciones explícitas y detalladas harán que las pacientes permitan la exploración. Se da por hecho que se llevará a cabo en el momento en que ellos ordenan: “Pase a revisión”. Esta es una manera de ejercer el poder, la autoridad del que sabe sobre la que no sabe, la imposición de su investidura sobre la mujer paciente.
- El médico y el residente presuponen que evitar una interlocución amplia es una manera de enfocarse en “la parte” afectada, dañada, que ellos deben revisar y curar, sin dar mayor importancia a los sentimientos y sensaciones de la paciente.

Esta etapa de la consulta representa además la oportunidad de enseñanza práctica de la función docente, teniendo el cuerpo de la paciente para ello.

Diagnóstico y tratamiento

En muchas ocasiones, los médicos van construyendo el diagnóstico desde el interrogatorio y la revisión del expediente. El médico titular intercambia breves comentarios con el residente y pasan a la exploración. La observación de este momento mostró sobre todo la forma en la que los médicos elaboran sus explicaciones técnicas del problema de salud. Las pacientes observan y escuchan el intercambio entre ellos, en un lenguaje técnico médico, y nunca interrumpen, asumiendo que así debe ser, que es parte del respeto de las reglas.

El regreso al área de escritorio después de la exploración, también es la ocasión de hacer preguntas –“¿cómo me vio doctor?”– y expresar dudas:

Termina rápido [la exploración] y los médicos regresan al escritorio... el médico anota sus observaciones y cuando la señora regresa, no dice nada y se sienta, el doctor sigue escribiendo y no dice nada, pasan los minutos. Todos esperamos. La señora rompe el silencio:

‘Oiga doctor, le quiero preguntar, para las relaciones, si no tengo ganas, me duele, tengo que hacerlo a veces, pero me duele, ¿por qué?’ El doctor explica que es por el síndrome climatérico, que es normal que no tenga apetito sexual: ‘Por la sintomatología que usted siente, es para darle la terapia de reemplazo hormonal, para elevar sus hormonas...’

–S: ¿Pero estoy bien?... (OCR).

A medida que el médico explica lo que pasa, la paciente hace un gesto de “no le entiendo del todo”, por ello termina preguntando, también de manera directa, si está bien. Quizá esto pueda considerarse un indicio de la expresión de un derecho a la información, que la paciente, desde su posición de no saber, pregunta.

En muchas ocasiones, las explicaciones de los médicos generaron este tipo de gestos, sin embargo, la paciente nunca expresó directamente “doctor, no le entiendo”, o bien, “¿qué quiere decir con tal palabra?”

–S: ¿Un mioma desaparece con medicamentos?

–D: No, no desaparece, con cada menstruación puede sangrar, se controla y se vigila. Un mioma no tiene riesgo de cáncer [...] una hiperplasia tiene más riesgo que un mioma. Un mioma se dice que es estrógenodependiente, puede desaparecer después de la menopausia, por eso hay que estarlo vigilando (OCR).

Algunos médicos entrevistados reconocieron que las pacientes a veces entienden poco las explicaciones que se les brinda en el consultorio, pero que ellos tratan de explicar lo mejor que pueden “con las palabras de ellas”, como lo expresó el doctor Paz:

[...]el médico debe de explicar el problema, desde un punto de vista que le sea muy comprensible a la señora, que muchas de las veces en vez de hablarle de tumor le hablaríamos de bola, de bolita o [...] compararle el tamaño de su tumor al de... objetos de la vida cotidiana, decirle su bolita está del tamaño de un garbanzo o está del tamaño de

una aceituna, o está del tamaño de un limón, y ya dentro de su intelecto o de lo que están comprendiendo cuando menos por el tamaño (EM1).

Se observa cómo los discursos de los médicos se ubican de manera importante en el “deber ser” de la atención. Los testimonios sobre estas explicaciones técnicas son muchos, fueron recogidos en la observación en consulta, pero también en alusiones de las pacientes entrevistadas. Una característica permanente, presente en los distintos servicios observados en salas de espera, es la desinformación de las mujeres que acuden a atenderse algún problema de salud. En la consulta médica se comprobó y se profundizó en el conocimiento de este hecho al observar la relación médico-paciente, aunque entre los médicos puedan matizarse formas distintas de relacionarse con sus pacientes al explicar su problema. Hacer una traducción limitada al lenguaje lego, cuando se hace, es una de las prácticas comunes entre los médicos.

Necesito que cheque su sintomatología que siente, que si los bochornos, que si se deprime, si no puede hacer su vida cotidiana, pero tenemos que checar sus lípidos, si no es mucho pues no le damos nada (OCR).

* * *

[...] tiene que tomarse los estudios de lípidos porque con la TRH se pueden mover, hay que ver que estén normales y de una hormona que produce leche que se llama prolactina, pero generalmente cuando ésta aumenta secretan los dos pechos y ahorita sólo el izquierdo, hay que ver porqué a veces a nivel del cerebro, de la hipófisis, se mueve y se puede aumentar (OCR).

* * *

—D: [En la exploración] ¿cuándo se había hecho el último Papanicolaou?

—S: Hace un año.

—D: Trae una leucorrea (OCEM1).

* * *

El doctor la revisa cuidadosamente.

–D: Suba un brazo hasta arriba, sentada, luego otro, ¿le molesta?

–S: Sí, aquí.

–D: Acuéstese, relájese, tiene un poco fibroso allí y eso genera molestias, mastalgia, además esclerosante (OCEM3).

Después de terminar la exploración, los médicos explican brevemente el problema y de manera directa y concisa señalan el diagnóstico, muchas veces genérico (“trae crecida la matriz, hay que operar”), o confirman e indican el tratamiento y terminan señalando la fecha de la siguiente cita.

–S: Pues con dolor, con punzaditas.

–D: Es normal, es parte de la cicatrización. Aquí tenemos sus resultados, salió todo muy bien.

–S: Aquí me duele [se señala el pecho].

–D: Sí, es que allí fue la cortada más grande de la bolita. Le daré de alta (OCEM5).

* * *

–D: Mire le voy explicar, clínicamente usted está bien, la cirugía está bien; ¿usted se puso la cremita?

–S: No, ¿cuál?

–D: Aquí dice [en el expediente] que le dieron...

–S: No, no me dio el doctor, me había dicho pero no me la dio.

–D: Bueno, se la voy a dar, es para desinflamar, pero le vamos a pedir unos análisis de laboratorio para checar que no tiene nada (OCEM3).

* * *

[(En la exploración] la residente le avisa que va a poner un ‘aparato’ y que no va a molestar nada. Comenta con el doctor en términos médicos lo que ve.

–R: Listo señora.

–D: Lo adecuado sería tomar una biopsia.

No explican a la señora qué es una biopsia. Regresan a su escritorio (OCEM3).

* * *

El doctor explica al residente las radiografías; comenta que hay algo sospechoso, que debe estar en vigilancia, repetir el estudio y tomar medicamento.

–D: ¿Se lo tomó?

–S: No, no me lo tomé.

–D: ¿Por qué no se lo tomó?

–S: Porque no tuve con qué comprarlo, como mi esposo no tenía trabajo.

–D: Pero lo tiene que tomar, para que se le quiten las molestias, si usted no tiene dinero debe preguntar una alternativa, qué hacer, preguntarnos... Este medicamento es más barato, tiene que tomarlo y tiene que hacerse una mamografía, ya le dije que la lesión que usted tiene allí requiere de una vigilancia cuidadosa (OCEM3).

Las pacientes casi no preguntan su diagnóstico, en ocasiones sólo expresan un escueto “¿cómo me vio doctor?”, pero prestan mucha atención a las instrucciones de los medicamentos. Una mujer pidió al médico que escribiera bien las instrucciones en la receta, pues como ella expresa: “todo se me olvida” (OCM5).

El doctor le explica los análisis que debe hacerse y que tiene que hacer cita, la señora tiene cara de pregunta, parece no entender. Finalmente la enfermera le ayuda a levantarse y la acompaña afuera. El doctor no pregunta si entendió (OCEM5).

Tampoco se observó que el médico titular o el residente hayan preguntado si entendió todo, o hayan pedido opinión sobre el diagnóstico o tratamiento, ni de alguna otra cosa. En el caso concreto de las cirugías, fueron excepcionales las ocasiones en las que las pacientes se opusieran a la fecha fijada, o que de entrada propusieran alguna en particular; muy pocas se quejaron de aspectos relacionados con los medicamentos (cantidad, precios, efectos colaterales), o de los análisis que se les ordenaban. Sin embargo, en varias ocasiones se observó que algunas simplemente no se los realizaban, o bien no compraban los medicamentos o sólo ad-

quirían una parte, según expresaron en citas posteriores, por falta de recursos. Muy pocas preguntaron si podían cambiar el medicamento por otro más barato. Respecto a los estudios, el médico volvía a ordenarlos argumentando que eran necesarios; sin embargo, estas pacientes, la mayor parte de las veces, fueron exploradas de nuevo.

Fisher (1984, 3) señala que se construye un doble lazo de subordinación en la relación médico-paciente mujer, pues por un lado, ésta tiene la limitante de no comprender totalmente el conocimiento y las habilidades técnicas del doctor; y por otro, se encuentra su condición de mujer frente al médico varón.

Esta diferenciación de género se expresa en la manera que los médicos representan a las mujeres pacientes. Algunos se refirieron a ellas como mujeres-madres y mujeres-amas de casa, antes que mujeres-personas, y a partir de allí se asume lo que se espera de ellas. Idalia, una de las pacientes con diagnóstico de cáncer expresa:

–C: ¿Y qué dijo [el doctor]?

–I: Pues que ya... pues dice, tú tienes tres hijos y tienes que pensarlo por ellos, por tus hijos. Y ya, o sea, me mandó al oncológico a que me hicieran las quimioterapias (E10).

Las diferencias de género también se expresan cuando Laura y Eloísa asumen su culpa por enfermar:

–S: ¡Ay! doctor, no me vaya a regañar por lo que hice, pero fijese que fui a ver a un doctor particular familiar, por otro problema de salud, verá que los calores no me dejaban dormir... ¡y no! ¡No se imagina! verá qué feo me dolieron...

–D: ¿Cuánto tiempo tomó?

–S: Un mes y se me quitaron los calores, pero el doctor me dijo que ya no, que ya no me las tomara...

–D: Hormonas no... pues hace que se ponga peor ...

–S: ¿No me va a ordenar mamografía?

–D: ¡No!, las mamografías no son para andarlas haciendo a cada rato...

–S: La doctora me dio un papelito para hacérmela y no me la hice [al tiempo que se levanta para irse]. Pues yo dije aunque me regañe el doctor, yo reconozco que hice mal, le voy a decir...

–D: No, espéreme, espéreme no confunda, vamos aclarando, una cosa es que le digamos las cosas claras, de cómo son, y otra es que la regañe, aquí no he regañado a nadie, nomás la mamá sí la regaña.

–S: ¡No! Pero yo reconozco que hice mal, ni modo si me regaña...

–D: No señora, pero usted no puede andar botando con otros médicos de fuera del hospital, van a cometer muchos errores con usted, usted siga aquí, la estamos controlando (OCEM1).

Por su parte, Eloísa dice:

[...] precisamente le digo al doctor: ‘Doctor, ¿tendré cáncer?’, le digo yo, por la bolita, porque me había crecido, y lo que me dijo él, como que se molestó ¿no?, me dijo: ‘Pues para qué dejaste pasar tanto tiempo’. Entonces... no, todavía yo me acuerdo que le dije: ‘Doctor yo sé que yo tengo la culpa’, le digo, yo, ‘es que yo no quería ir’. El miedo... (E6).

Aquí cabría formular las preguntas: ¿cuáles son los mensajes cotidianos en la consulta médica y en la propia institución de salud que refuerzan los estereotipos genéricos?, ¿la imagen de mujeres-madres-amas de casa debilita la imagen de ciudadana con derechos como mujeres-personas?

Una de las respuestas apunta hacia lo que afirman Matamala et al. (1995), a que las pacientes son objetos de la atención médica, no sujetos activos de ella. Quizá con el argumento de mantener la neutralidad afectiva (Parsons 1982), los médicos omiten casi por completo alusiones a cuestiones personales, por ejemplo, hablar de sexualidad en relación con su problema, a pesar de ser un área médica especializada en ginecología. El interrogatorio se concentra en especial sobre el órgano enfermo, en los síntomas y en la exploración ginecológica, de manera que cuando

termina la disección, la atención queda aislada de toda connotación de las vivencias de la sexualidad. Los médicos y la propia institución de salud suponen, por un lado, que dicha relación no es importante para el problema que se está tratando, y por otro, que para las mujeres tal aspecto de su vida tampoco lo es. Las alusiones a la sexualidad de las pacientes se presentan cuando se informa algún síntoma de su problema de salud, como dolor durante sus relaciones sexuales.

Matamala et al., encontraron que entre 90 y 100 por ciento de las consultas observadas en el servicio de paternidad responsable se hace una evidente omisión de la sexualidad, a pesar de la cercanía que el servicio guarda con esa dimensión en la vida de las pacientes, tal omisión, afirma la autora, “de la sexualidad en las atenciones de la salud reproductiva [...] es quizás una de las constataciones más relevantes en cuanto al refuerzo de los códigos del sistema de géneros. La desigualdad de poder se reconstruye en esa omisión/negación de la sexualidad femenina” (1995, 124).

Vale la pena recordar que los titulares de la consulta ginecológica externa, participantes del estudio, son cuatro médicos varones, así como la mayor parte de los residentes que rotaron por los distintos consultorios durante el tiempo de observación: de ocho, tres son residentes mujeres.

Candance West (1984) reportó, con base en una amplia revisión sobre el desarrollo de la interacción entre médicos varones y médicas mujeres, que las interrupciones en la consulta se practican con mucha frecuencia por los primeros, en mayor medida que lo hacen las segundas; reconoce que a través de dicha comunicación hablada se regulan actividades sociales y se organizan relaciones, y concluye que las conversaciones entre varones y mujeres constituyen un ejercicio de poder y dominio masculino.

En cuanto a ser mujeres pobres, existe un conjunto de investigaciones sobre las principales características de la calidad de la atención en planificación familiar, dirigida a este tipo de población, en países pobres de América Latina y del Medio Oriente. En algunos de ellos se encontró que los prestadores de servicios de salud en anticoncepción ofrecían menos información, y trataban con menos respeto a las mujeres más pobres y menos educadas (Creel, Sass y Yinger 2002a). Otros estudios concluyen

una asociación cercana entre el estrato socioeconómico y el trato recibido, es decir, las usuarias más pobres reciben, en proporción, peor trato (Bronfman et al. 2003, 446).

A lo largo de esta investigación, las preguntas han sido: ¿por qué las mujeres casi no hablan frente al médico?, ¿qué relación tiene esto con la calidad de la atención en la consulta?, ¿qué significa para los médicos que las pacientes no hablen en la consulta?, ¿qué se está expresando con esta situación en la relación médico-paciente? Algunas explicaciones a dichas preguntas hace pertinente retomar cómo en la interacción se expresan los habitus de cada uno de los actores, pero son las mujeres las que se ubican en una posición de desventaja en el campo de la atención médica. Bourdieu sostiene que

dado que las disposiciones duraderamente inculcadas por las posibilidades e imposibilidades, libertades y necesidades, facilidades y prohibiciones que están inscritas en las condiciones objetivas, engendran disposiciones objetivamente compatibles con esas condiciones [...] las prácticas más improbables se encuentran excluidas sin examen alguno, a título de lo *impensable*,⁷⁰ por esa especie de sumisión inmediata al orden (1991, 94)

Como se vio en el capítulo anterior, los médicos tienen una explicación del porqué las pacientes no se expresan, no hablan o no preguntan más allá de lo estrictamente necesario. Ellos manifestaron en sus narrativas una serie de valoraciones a priori que condiciona un trato hacia ellas, una interacción que se caracteriza por ser una relación de poder, sin tratarse necesariamente de un acto consciente y malintencionado. En el siguiente capítulo continúan estas explicaciones.

¿Quién más está en el consultorio?

En el consultorio están presentes el médico titular, el/la residente y la enfermera asistente, quien acompaña prácticamente toda la consulta, ella

⁷⁰ Cursivas en el original.

es la responsable de organizar los materiales de curación y los instrumentos para las exploraciones ginecológicas; va al archivo si es necesario buscar algún resultado trasapelado, se asegura que la mesa de exploración esté lista para usarse, orienta a la paciente cuando pasa al baño a desvestirse, y a veces la ayuda a acomodarse en la mesa de exploración. También entre sus funciones está pasar a la siguiente paciente.

Los consultorios están intercomunicados por una puerta interior utilizada por los médicos y las enfermeras, no por las pacientes, y queda a la altura y a un lado de la mesa de exploración. Durante las consultas se observó que otros prestadores como médicos, enfermeras o personal administrativo ajeno a la consulta llegaban a buscar, preguntar o resolver alguna cosa, y entraban y salían por este acceso interno, aunque en ocasiones se observó que la entrada también se hacía por la puerta que daba hacia la sala de espera. Estas interrupciones a veces ocurrían en el momento de la exploración física, por lo que las visitas pasaban al fondo del consultorio, donde en ese momento estaban congregados los médicos y la enfermera. En algunas ocasiones, por ejemplo, llegaban a buscar el libro de la programación del quirófano; otras, a la enfermera y saludaban a los médicos mientras realizaban la exploración y nunca nadie les pidió salir o esperar en el área del consultorio, lo que demuestra qué tan común y aceptada es esta práctica dentro de la cotidianidad de la consulta.

La poca capacidad de las pacientes para resistirse a ciertas prácticas en la consulta se fortalece. La privacidad es un asunto que calificaron como “todo bien”, “normal”, expresando con ello la resignación de vivir la atención en esas condiciones. Cabe señalar que esta práctica es más común en unos médicos que en otros.

Por ejemplo, Laura expresó que aunque confía en el médico, se encuentra más tranquila si la enfermera está presente:

- C: ¿Y la privacidad, el área de exploración y todo, es tranquilo?
- L: Muy tranquilo y muy ...
- C: ¿Privado?, ¿no hay interrupciones?
- L: Nada.

–C: ¿No es que se entra y se sale?

–L: Nada...

–C: ¿Y para usted es importante que esté alguien aparte del doctor?

–L:[Cambia el tono]. Pues... no, creo que no, yo digo que no porque un doctor... está capacitado, o está nada más para lo que va él... Para mí no sería importante que sólo se pasara con el doctor, pero si él tiene su asistente, por algo la tiene ¿verdad?, y de ese modo yo me siento tranquila y con confianza con él. Que no se dé a la broma el doctor en su caso, que no le guste ninguna broma o algo (E1).

La presencia de una asistente representa una especie de garantía de que el/los médico/s respetarán la intimidad de la paciente –siendo además atención ginecológica y lo que implica– sin embargo, esto se relativiza cuando ellas están expuestas a ser vistas o interrumpidas por otros prestadores. Habría que preguntarse hasta qué punto la incomodidad de las mujeres se deba en parte a su pudor y vergüenza, y otra al antecedente de que alguien ajeno al médico tratante pueda entrar al consultorio y ellas no pueden hacer nada. En este sentido, las mujeres perciben las condiciones de la consulta y la institución como aspectos *inamovibles*, y las respuestas de Laura respecto a la privacidad del consultorio y la ausencia de interrupciones, queda en entredicho con la información recogida durante la observación. Las contradicciones aparentes entre el decir y el hacer, entre el deber ser y el ser, tanto en el discurso de los médicos como en el de las mujeres pacientes, sustentan lo que Bourdieu señala como la lógica de la norma y de la práctica. En el capítulo anterior se exploró el caso de los médicos, en el siguiente se profundiza en el de las pacientes.

La despedida

Las despedidas siempre son escuetas. Lo común es escuchar la expresión “la veo dentro de un mes” y que las pacientes se levanten y salgan, o bien, un “que le vaya bien”, aunque hay que matizar un poco las diferencias entre los médicos. También es común que las pacientes no contesten. Al igual que el saludo que representa la entrada al espacio de la consulta y el inicio de la relación médico-paciente, la despedida podría

contribuir a la construcción de una relación interpersonal cordial. Sin embargo, la mayoría de las veces aparece como un cierre consecuente de una relación impersonal entre los médicos y las pacientes.

Enseguida se enlistan observaciones generales sobre la estructura de la consulta médica y la relación médico-paciente:

- La etapa de mayor tensión entre médicos y pacientes es la exploración física, especialmente para las segundas, por las implicaciones que conlleva. Durante ésta los médicos pocas veces dieron una explicación de para qué, por qué, cómo, y qué se estaba observando
- Las pacientes preguntan poco en las distintas etapas de la consulta
- Las mujeres que pasan por todo el proceso de atención son exploradas varias veces: en la consulta de primera vez, por el residente, por el ginecólogo y su residente, y en su caso, por el oncólogo
- Cuando los médicos dan explicaciones, son principalmente para los residentes y de índole técnica

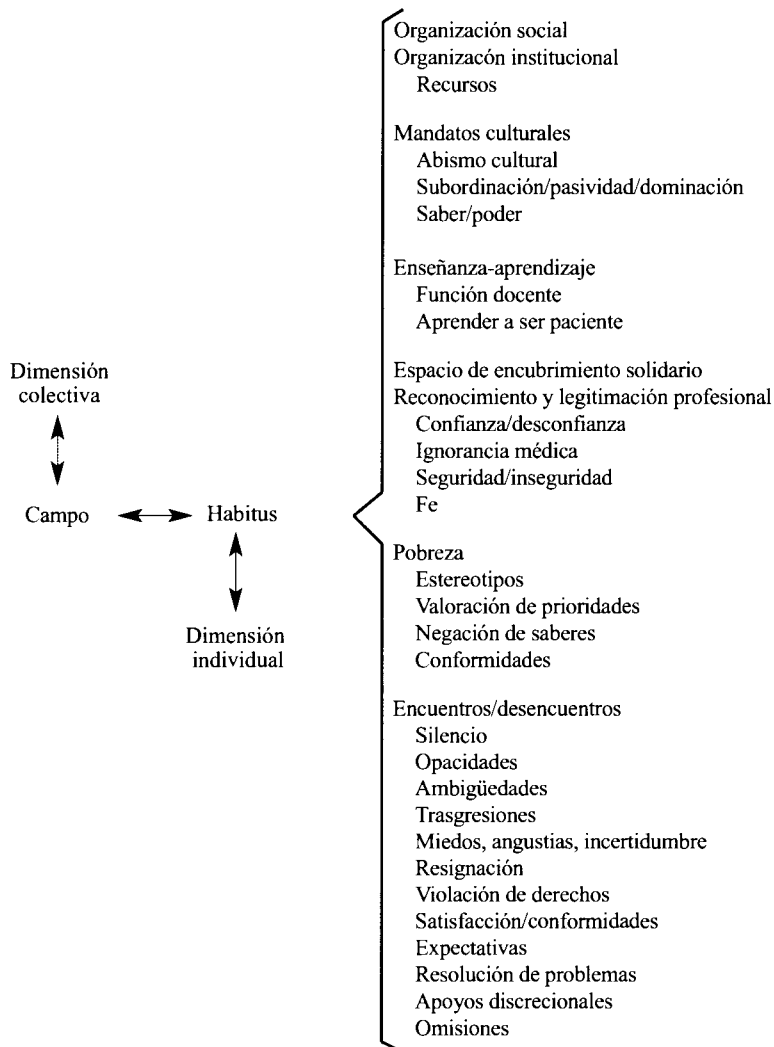
Con todos estos elementos, se considera que el encuentro médico-paciente representa una situación micropolítica, en palabras de Waitzkin (1991), por el evidente uso del poder sobre el espacio, el habla, las rutinas, la información y el tiempo. Con base en un análisis sociolingüístico de las conversaciones médico-paciente en una consulta de planificación familiar, Todd concluyó que la relación médico-paciente es implícitamente un conflicto. La autora señala que “el sociólogo puede observar la interacción situada, características de organización, las estructuras institucionales, las definiciones conceptuales, y las asunciones culturales de la reproducción” (1993a, 206).

El diagrama 4 hace un recuento de las distintas dimensiones y los aspectos particulares, contenidos en la consulta médica, que fueron identificados a medida que se avanzaba en el análisis; también enfatiza los niveles de la interacción, sus actores y sus características principales. Asimismo, se pueden observar los distintos niveles que componen la interacción médica, por ejemplo la dimensión de mandatos culturales, en la que se conjuga el ámbito sociocultural de corte contextual macro,

el propio de cada paciente y el de los médicos. A la izquierda aparece la interrelación entre habitus y campo, como los puentes entre las dimensiones individual y colectiva.

Diagrama 4

La consulta como microcosmos social



Fuente: elaboración propia.

“...PUES SINCERAMENTE NO LE ENTENDÍ”
APROPIACIÓN DE DERECHOS Y TOMA DE DECISIONES

El derecho a la información de los pacientes está reconocido en acuerdos internacionales de derechos humanos, así como en la legislación y normatividad nacional, es decir, es un derecho legislado indiscutible en el ámbito del cuidado de la salud. Como se verá en los siguientes apartados, el derecho a la información se relativiza; cuando se ofrece es fundamentalmente en términos técnicos o se omite en la cotidianidad de la atención médica, lo que atenta contra un derecho legitimado y reconocido, y contra el derecho a recibir una mejor calidad de vida cuando se está enferma, al fomentarse la apropiación de los procesos de mejoramiento a través de la relación médico-paciente.

El manejo de la información, en palabras de Foucault, representa un dominio y un poder; la profesión médica es uno de los campos especializados que cuenta con un lenguaje propio que excluye a los legos, y en esa exclusividad se monta gran parte del poder de su ejercicio. En el ámbito de la gestión, la circulación de información es limitada y no fluye igual para todas las pacientes. Nos interesa empezar con este punto, que junto con el campo de la atención en la consulta médica, apoyará conclusiones que apuntan hacia la falta de apropiación y ejercicio de derechos en la institución de salud, y de un respeto relativo a esos mismos derechos por los prestadores, a veces de manera evidente y otras en forma sutil.

ESTRATEGIAS PARTICULARES: DESINFORMACIÓN/NO APROPIACIÓN

Una manera de conocer las dinámicas del hospital es acudir a una ya “conocida”. Esta estrategia permitió a una minoría de mujeres conseguir una mejor orientación o beneficios más directos. La mayoría acude con otras mujeres de sus redes familiares y sociales que sean o hayan sido pacientes del hospital, o bien, se informan en la propia institución. Sin embargo, cualquiera que sea la forma de orientarse, se observaron trayectorias distintas basadas en decisiones tomadas en el momento. Como decía Mary:

¡No! de hecho yo me formé en la fila porque vi que todas se formaron, entonces le pregunté a la enfermera: ‘Verás permítame’ le dije, ‘¿me cuida el lugar?’, le dije a la señora, y fui directamente pero se quedaban mirando muy feo [el resto de las señoras], pero pues lo siento dije, el que no pregunta pues nomás no: ‘Señorita disculpe’, le dije, ‘¿para qué es esta fila?, ¿para consultar?’ ‘No señora’, me dijo, ‘es para pesarlas y darle su tarjeta’, ‘¡Ah okey!’ le dije ‘¿y cómo van a saber que ya vamos a entrar?’, le dije, ‘si ya estamos pesadas ¿o no?’ (E2).

Las prácticas en la gestión se relacionan con la capacidad de las mujeres pacientes para “moverse” en los diferentes espacios. Esta capacidad está en función de la forma en la que asumen el rol de usuarias y pacientes en la institución de salud, y como personas activas con capacidad para tomar decisiones. Las formas de agencia llevadas a cabo por las mujeres van conformando las trayectorias particulares, aunque se vean limitadas por las condicionantes de constreñimiento a las que se enfrentan.

Lock señala que la *agencia* implica acción, actividad y gestión para lograr cosas, al tiempo que involucra resistencia, adecuación o adaptación a las condicionantes externas.

la agencia se convierte en un asunto central y constitutivo de la realidad tal y como se actúa y se experimenta la vida cotidiana [...] Las respuestas de los individuos no son simplemente la aceptación

renuente o resistencia; de hecho [...] podría no haber respuesta. Las prácticas y conductas diferentes son parte de esa resistencia y adaptación, sin violar o forzar ninguna de ellas (1998, 208).

Este concepto refiere el *margen de libertad* que las mujeres tienen en sus vidas. Éste se objetiva en las distintas trayectorias reconocidas entre las usuarias y pacientes, aunque de manera muy acotada, conforme a sus condiciones de vida, educación y situación social expresada en el hospital y fuera de éste. El margen de libertad en la gestión no constituye un mapa de direcciones, de ahí las distintas trayectorias y beneficios que a lo largo de su enfermedad van obteniendo o dejando de lado.

Al analizar cómo y por qué las mujeres usuarias y pacientes hacen lo que hacen en la gestión, frente al médico y la propia institución, se entienden las distintas dimensiones involucradas. Una se refiere a las condiciones objetivas reconocidas en las gestiones, es decir, la posibilidad de obtener uno u otro resultado según la gestión o la decisión tomada; un pragmatismo en acción que aunque constreñido por las circunstancias sociales, con frecuencia es orquestado e iniciado por individuos que se manejan estratégicamente para beneficiarse de las redes del poder (Lock 1998, 208). Pero esas condiciones objetivas también incluyen saber (tener información) que la gestión es posible en distintos lugares de asistencia social o civil y conocer las maneras de hacer la solicitud, o cuando menos, averiguarlas a través de sus redes familiares y sociales.

Giddens señala algo similar cuando alude a la “conciencia práctica”,⁷¹ la inherente de “ser con” en las rutinas de la vida social. Define la agencia como la capacidad del individuo para recibir la influencia de las condiciones macrosociales y externas, a su control para procesarla y funcionar dentro de la sociedad, o bien, “ver cómo arreglárselas con la vida” (Ibid., 44).

⁷¹ La conciencia práctica se refiere a que los actores conocen (o creen conocer) las condiciones sociales, en especial las de su propia acción, pero que no pueden expresar discursivamente; éste es un saber de tipo práctico, es decir, un saber mutuo, el cual “la mayor parte de ese saber es de origen práctico: es inherente a la capacidad de ‘ser con’ en las rutinas de una vida social (Giddens 2003, 42).

El autor asigna al actor la capacidad de ser *agente* en tanto que:

Es capaz de ‘obrar de otro modo’[...] [y] de intervenir en el mundo, o de abstenerse de hacerlo, con la consecuencia de influir un proceso o estado de cosas específicas. Esto presupone que ser un agente es ser capaz de desplegar (repetidamente, en el fluir de la vida diaria) un espectro de poderes causales, incluido el poder influir sobre el desplegado por otros (bid., 51).

Sin embargo, la aptitud transformadora del agente será matizada por las condiciones de constreñimiento material o por el entorno institucional. Éstas se van presentando en el trascurso de la gestión, y aluden tanto a las de las mujeres, que las caracteriza como individuos con biografías propias, socioeducativas, de vida y recursos, como a las externas a sí mismas, relativas al entorno social y a las instituciones, entre éstas las de salud y los prestadores de la atención.

Todas las entrevistadas expresaron que frente al diagnóstico de cáncer de mama debían arreglárselas para luchar, “primero Dios”, como dice Verónica:

[...] pues usted sabe que sin dinero no se hace nada, no se hace nada, claro que uno pues puede hacer su luchita, ir y buscarle ¿no?, por salud pero ya no está tan fácil, ahorita estamos muchos sin trabajar... (E4).

De igual forma, Mary, con patología mamaria benigna, relata sus decisiones conforme a sus limitaciones económicas:

[...] y se me ocurrió [ir al hospital público] porque yo pensaba juntar un dinero y después seguirme checando con el doctor que yo voy, pero me sale muy caro el estudio [...] entonces fui y me pusieron la cita, como yo no sabía nada de nada, ni dónde llegar, pues preguntando ¿no?, y pregunté primero enfrente dónde estaba y ya me dijeron, fui y ya me puso la cita la muchacha (E2).

Ella asume que su margen de opción en estos servicios será limitado. Esto se observa en el diálogo que sostiene con la recepcionista que le asigna la cita de consulta:

–C: ¿Y usted sabía qué doctor era?

–M: No, de hecho no, no me dijeron qué doctor, como era la primera vez, iban a ver qué especialista.

–C: ¿Pero usted no preguntó qué doctor?

–M: No, me dijeron que eran cuatro y de hecho ya me había nombrado la muchacha el otro doctor [...] por eso le digo que al tanteo [se ríe], me vio la doctora, porque siempre es más confianza con una mujer, siempre para que te revise, para las preguntas creo yo, también para eso soy muy especial, y entonces ya vi a la doctora y ya estuve más tranquila...

–C: ¿Por qué la habían nombrado en otro consultorio?

–M: Pues es que yo creo que traía las hojas, porque yo le dije a la muchacha: ‘Me toca aquí’, y me preguntó el apellido. ‘Creo que sí’, me dijo, entonces ese creo no lo vi muy convincente y dije yo [...] ‘no pues, no sé si me toca aquí o allá...’ (E2).

Al conocer las trayectorias de gestión y atención, es posible comprender las decisiones que las mujeres van tomando sobre el cuidado de su salud y los obstáculos que enfrentan. A través de esta deconstrucción podemos identificar las prácticas de autonomía, expresión y práctica de la autodeterminación propias de la ciudadanía; se reconoce que la autonomía existe hasta ciertos niveles, sólo en ciertos ámbitos y que las trayectorias pueden mostrar que la institución es un espacio para ejercer u obstaculizar los derechos.

Las prácticas de autonomía se dan en márgenes de libertad que pueden ser amplios o estrechos, pero que representan la oportunidad de dirigir sus vidas como sujetos activos en sus procesos de atención. La agencia de las pacientes se lleva a cabo en esos márgenes, y este es el sentido que se traduce al tratar de entender cómo se conforman sus prácticas durante sus trayectorias.

Por ello, el concepto de *agencia* es un puente de explicación posible entre las situaciones individuales, microsociales, que se llevan a cabo en el espacio cotidiano de la atención, junto con las condiciones de vida de las mujeres y las reglas institucionales ubicadas en un plano macro-social.

La gestión para conseguir distintas ayudas, en los casos de enfermedad grave como el cáncer de mama, va adquiriendo características más personales, con un tinte de urgencia ante la gravedad del diagnóstico. Todas las mujeres con este cáncer implementaron estrategias diversas en las instituciones, muchas de ellas apoyadas por sus redes familiares y sociales, y expresaron distintos tipos y niveles de constreñimiento.

Ante estas experiencias, la pregunta es por qué algunas mujeres buscan y gestionan de manera más activa una respuesta o apoyo a su necesidad de atención, y por qué ninguna asume un papel activo como ciudadana informada que ejerce sus derechos, frente a una adversidad en su salud reproductiva como la patología mamaria, y más grave aún, cuando se trata de un cáncer de mama y no se cuenta con más recursos que los servicios de salud dirigidos a la población abierta y los propios (personales, familiares y sociales). Cómo ante una situación de esta naturaleza, ante un diagnóstico de tal seriedad, no “activan” su dimensión ciudadana de gestión y exigencia de una atención de calidad; más bien, todas reforzaron su fe e iniciaron prácticas religiosas que no tenían antes.

El caso de Verónica es ilustrativo porque la posiciona como una de las mujeres más activas en la gestión, pues al tener el diagnóstico de cáncer, emprendió varias estrategias para obtener “ayudas”: pidió a la líder de su colonia que solicitara al gobernador recién electo, un apoyo para pagar su atención oncológica. La líder había participado activamente en la campaña electoral y aceptó ayudarlo. Verónica, al mismo tiempo, empezó a hacer antesala en instituciones como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), donde consiguió pases de descuento para estudios de laboratorio y radiológicos:

[...] pues tuve suerte, fue por mi suerte, tuve suerte que como estaba en el programa del Bours [candidato a gobernador], este de la cam-

pañe de la salud. Por él fue que me metí allí. Y cuando me iban operar pues me dijeron que no, no se me iba a dar apoyo, que no sé qué, y le mandé una carta al amigo... cuando ahí de... compitiendo, le mandé una carta y me dijo que sí, que no iba pagar nada, que me iba meter en el paquete de gobierno, ni en la operación no me cobraron ni un cinco, nada, nada se me cobró... (E4).

* * *

Pues palanca, palanca, no [tengo], él le dijo a la líder, más bien por la líder, ella es la que me ha hecho los movimientos de todo esto (E4).

La afirmación *tuve suerte* expresa la falta de autorreconocimiento de las actividades de gestión, una no apropiación de la decisión de hacer antenas y elegir algunas opciones, por limitadas que fueran, y una identidad genérica de subordinación. Pero también se expresa la ausencia de una percepción de derechos en la atención de su salud.

Las redes familiares y sociales de las mujeres enfermas salen a relucir más que nunca, en los casos en los que cuentan con ellas. Verónica consiguió medicamentos con el hijo de su madrina, que es visitador médico; también lo hizo con una amiga de su hermana que trabaja en la Secretaría de Salud. Otras entrevistadas hicieron alusión a “una conocida” en el hospital que las apoyó; se acercaron a ella para que les facilitara los trámites, las orientara en la organización, otras fuentes de apoyos y para conseguir descuentos. Las ayudas dependieron de su cercanía con ellas y su poder dentro de la institución. Tales fueron los casos de Laura, Consuelo y Julia.

Fíjese que tengo una amiga ahí; y le dije, ‘L a lo mejor me van hacer un ultrasonido... ahí me echas la manita ¿no?’ ‘Sí’, me dijo [...] (E1).

* * *

[...] y el doctor Anaya se ha portado maravilloso con nosotros... él nos ayudó, y él habló y nos hicieron descuento...(E8).

* * *

[...] y ahí me cobraron 350 pesos, por mi amiga, como tiene un convenio ella por el George [Agrupación George Papanicolaou] (E8).

* * *

[...] ella me ayudó mucho ahí en el DIF,⁷² mucho me ayudó, pobre-cita [...] (E11).

* * *

[...] y se enojó mucho porque no le avisé en cuanto me dijeron que me fuera al DIF, sino que yo esperé el día pues, que me dieron la cita, y ella se enojó, y me dijo, desde cuando estuvieras curada, operada mujer, me dijo, si me hubieras avisado ese mismo día, entonces, no, le dije, yo quiero hacer las cosas como me las van diciendo pues (E11).

Para las mujeres es muy importante lograr una relación empática con los prestadores, ya que están convencidas de que de esa manera se logran mayores beneficios. No sólo se trata de solicitar los posibles beneficios y apoyos ya establecidos en la institución, sino que los responsables de autorizarlos o recomendarlas, lo hagan. Se observan prácticas de una “cultura del privilegio”.

Las mujeres muestran su desinformación y la falta de apropiación de un derecho al apoyo de un programa institucional, que cuenta con lineamientos de operación, criterios de inclusión/exclusión de sus beneficiarias, y tiene un fondo, aunque mínimo, que puede exentar de pago a las pacientes; pero no lo hacen porque no reciben información, o no emprenden gestiones para conocer sus procedimientos o criterios de selección; la estrategia más cercana es acudir con “sus conocidas”.

Julia expresa que una amiga logró que la incluyeran en un programa de apoyo a mujeres con cáncer de mama:

Entonces ella me ayudó, me consiguió un plan que hay ahí, que algo del cáncer así que... es que ahí me atendieron desde análisis y todo me hicieron ahí... las radiografías sí me cobraron ... los análisis creo

⁷² Así se le conoce al hospital, pues perteneció al DIF en sus primeros años.

que también, pero las consultas no me las cobraron y la operación tampoco me la cobraron... yo pienso que hay ciertos casos, porque como yo estuve diez días internada ahí, yo me di cuenta que otras señoras no estaban en el plan en que yo estaba... nunca dije nada, yo no, porque pues no, no sabía si debía platicarlo o no platicarlo, pero yo me daba cuenta que no estaban en el mismo plan que yo (E11).

La desinformación entre las mujeres pacientes, por un lado, y la falta de socialización del programa de apoyo, por el otro, generan las prácticas discrecionales aludidas por las entrevistadas. A pesar de las respuestas claras y contundentes de una directiva media responsable de llevar a cabo este programa en el hospital, que explica el procedimiento de selección de pacientes. Lo que sigue es el testimonio de la responsable del programa de apoyo para las mujeres con cáncer:

–Enfermera: Las pacientes que vienen a la consulta y salen con cualquier tipo de problema, ya sea displasias [...] cáncer en cualquier parte de la matriz, en los pechos, todos esos entran al programa. Cuando vienen a la consulta y la paciente, ya que traiga una bolita aquí [se toca un pecho], que necesito biopsias, que necesito laboratorios y todo eso, a esas gentes no se les cobra ni un cinco porque se meten directamente al programa de detección oportuna de cáncer.

–C: ¿Y eso es generalizado, no lo tienen que gestionar, tramitar?

–E: No, basta y sobra que el doctor ponga el diagnóstico en la papejería de la paciente, de la biopsia, de los estudios que le están haciendo y ya pasan como exentos, nosotros manejamos un documento para hacer el exento ¿no? y ahí especificamos ‘paciente del programa de detección oportuna de cáncer’, incluso en las tarjetas de las pacientes se les pone... la firma del trabajador social y el paciente del programa DOC, entonces ya, a cualquiera de la consulta externa, con la trabajadora social que vaya, ella ya sabe que son del programa y ya las mete en el programa.

–C: ¿Y la exención es respecto a qué... qué cubre?

–E: Le cubre hospitalización, laboratorios, consulta, lo que tenga el hospital... las cosas que no tiene el hospital, pues ya sería cuestión de canalizar a las instituciones de asistencia que les proporcionen apoyos o los mismos familiares, incluso nosotros lo que le hacemos cuando ya no hay recursos en el hospital para esto... se les hace una canalización a las diferentes instituciones ¿no?

–C: Me imagino que tiene que presentar un estudio socioeconómico para la atención ¿o no es así?

–E: No, es generalizado. Esto es por decreto, mira, ahorita de momento no me acuerdo, porque hace muchísimos años por decreto presidencial el apoyo... si se elabora un programa para este tipo de paciente y entonces está estipulado ya no es porque yo digo, ya está estipulado y por eso, por eso se meten en ese programa, pero ahorita de momento no me acuerdo ¿no? en qué parte está este reglamento (DM2).

Según documentamos en el capítulo anterior, las mujeres echan a andar diversas estrategias y caminos de gestión para conseguir apoyos. Julia recuerda haber firmado una hoja para el apoyo en el hospital, pero no leyó las especificaciones:

J: En trabajo social firmé eso yo.

C: Ah, ¿en trabajo social?

J: Si, llené una hoja.

C: Una hoja de...

J: Donde me dijo la señora, la trabajadora social me dijo: ‘Mire en esta hoja, esta hoja le va servir a usted para que no haga gastos aquí en el hospital’. Me imagino que es el plan ese donde me puso Araceli, y esa hojita ahí se quedó (E11).

Pero Eloísa, quien no emprendió estas estrategias, no recibió ningún apoyo; tuvo que pagar la cirugía, los estudios y los medicamentos que le fueron solicitados. También pagó con grandes esfuerzos el tratamiento de quimioterapia en el hospital oncológico.

Aunque existen diferencias en la información entre las pacientes y las responsables del programa, el asunto primordial es la forma en la que se toman las decisiones en la institución, que reflejan una buena dosis de discrecionalidad en la distribución de los recursos. Cabe señalar entonces la repercusión que estas formas tienen sobre la calidad de la atención y en el respeto de los derechos de las pacientes, a un acceso justo a los recursos de la institución en sus procesos de atención. Dentro del grupo de entrevistadas, quedaron claras las diferencias entre las estrategias que llevaron a cabo para solventar los gastos de la atención por cáncer de mama, ninguna aludió haber entrado al programa de apoyo, y a pregunta expresa describieron su gestión directa, o a través de una “conocida” que las anotó. Verónica reconoce que recibió ayuda de quienes podían hacerlo, pero no por las gestiones o por el derecho de acceso a ese programa:

[...] y me salía la operación mía, me salía por 3 525 pesos creo, la pura operación, porque cuando fue por mí mi hermana, que ya me dieron de alta... le dieron la hoja, le dije no... si a mí me dijo la trabajadora social que no se me iba a cobrar... a mí no; no, por ese lado tuve mucha ayuda, no me cobraron... ni un cinco me cobraron y dicen que no me van a seguir ayudando, ojalá y no lo necesite, y si lo llego a necesitar y me dan ese apoyo pues qué bueno, ¿no?, porque ahora sí nos las hemos visto negras... (E4).

Las redes familiares también apoyan eventualmente en las gestiones y la obtención de recursos. Las mujeres, sus parejas, hijas, hermanos o amigas acuden a sus “conocidos” para ayudar a su familiar. Julia mencionó que gracias a su hija había ido con un médico particular, porque ella lo conocía por su trabajo:

[...] mi hija trabajó mucho tiempo en el gobierno cuando estaba Bours [gobernador] y ahí conoció al doctor, y le dio mucho gusto al doctor verla, entonces ahí mismo el doctor en el consultorio me hizo la biopsia, para que salga rápido tu mamá, dijo... (E11).

De igual forma, el apoyo se utiliza para conseguir medicamentos, como fue el caso de Verónica:

Yo conseguí muestras médicas, tengo un amigo, un hijo de una nina, que trabaja... visitando consultorios, y se las pedí a él, él me las consiguió y me consiguió... yo le entendí al doctor que era medicamento por siete días, pues ahí anduve carrereando, y mi hermana también ahí en los semesones [anterior nombre de los servicios de salud de la SSA], que me consiguiera medicina con los señores esos, y sí conseguí medicamento por siete días... (E4).

El hospital pide a las pacientes programadas para cirugía de mama que lleven los medicamentos principales como analgésicos y antibióticos. Cuando continúan su atención en el hospital oncológico, por lo general se les indica medicina contra las náuseas, para contrarrestar los efectos de la quimioterapia, se trata de medicamentos especializados caros, que no todas pudieron comprar o conseguir.

Cuando las mujeres que llegan a cirugía no tienen forma de obtener los medicamentos solicitados, según comentó uno de los médicos entrevistados, el personal vuelve a solicitarlos a los familiares; mientras, en el hospital aplican las primeras dosis, y esperan que se adquieran los nuevos para continuar. Si esto no es posible, los médicos y enfermeras buscan si otra paciente “dejó” alguno que ya no necesitará, o consiguen muestras médicas; la situación casi siempre se resuelve, en mayor o menor tiempo. Las pacientes con cirugía de mama permanecen hospitalizadas entre cinco y siete días, o más, en casos de gravedad.

Los familiares que por lo común apoyan en la gestión son las hermanas o las hijas, en ningún caso se registró que se hiciera a través del compañero o esposo, a excepción de dos, quienes llevaban y acompañaban a las mujeres, pero ellas indicaban la estrategia a seguir. Idalia justificó porque su esposo no podía acompañarla: “o va a trabajar o no comemos” (E10). Aunque en algunos casos la pareja estaba desempleada, no aparece como acompañante.

El acompañamiento de la pareja aparece en los casos que hubo una cirugía y va de visita al hospital, además, sus esposas justificaron que “él

está pendiente de los hijos”, cuando son niños o adolescentes, junto con la hermana o mamá que se compromete a cuidarlos.

Y mi mamá se vino a ayudarme... ella es la que me estaba apoyando aquí, iba ella o mi papá, iban cuando iba a las quimios (E10).

* * *

Yo ya había ido a hablar con la trabajadora social y me había explicado todo, y me habían hecho un presupuesto, a la hora que subo bajó mi hermana, a hacer los trámites y ya... (E7).

* * *

Siempre me acompañó mi hija, la casada (E11).

* * *

Iba con mi hermana y le decía yo, ‘tú pregúntale al doctor lo que a mí se me olvide’, llegando allá, asustada ella también (E6).

Ir a las consultas, averiguar los procedimientos, acompañar en “las vueltas” y durante el tratamiento, es un asunto más bien femenino entre estas mujeres.

La participación del personal paramédico en estas trayectorias muchas veces marca la diferencia, pues son ellas, en el caso de las enfermeras y trabajadoras sociales, quienes indican las gestiones que faltan o los lugares donde pueden solicitar algún apoyo. Aunque no es la regla en este grupo de entrevistadas, tales consejos se conjugan con las capacidades de las mujeres para la gestión; sin embargo, el poder de parte de los primeros se imprime como un sello generalizado en las relaciones que las mujeres van estableciendo con los distintos prestadores del servicio. Por ello, todas las entrevistadas expresaron la importancia de establecer una buena relación.

Puede ser ilustrativo señalar que la posición que ocupa la recepcionista, sobre todo la de la puerta de entrada al hospital, puede redirigir trayectorias, orientando de la mejor o peor forma, al entregar fichas para consulta y pases de entrada; es decir, su posición clave apoya la fluidez del servicio al mismo tiempo que obstaculiza algunas gestiones. Las mujeres pacientes van conociendo estas conductas y buscan ser empá-

ticas con el personal, sobre todo cuando se trata de un evento tan importante como pasar por una cirugía y quedarse en el hospital casi una semana.

De acuerdo con Foucault, el poder es capilar tanto en términos positivos, como negativos. La microfísica del poder se expresa “en sus extremidades (en las instituciones), en sus confines últimos, allí donde se vuelve capilar, de asirlo en sus formas e instituciones más regionales, más locales [...] allí donde adopta la forma de técnicas y proporciona instrumentos de intervención material” (2001, 142). A pesar de que las rutinas están establecidas en la institución, dichos personajes poseen un margen de decisión significativo sobre los caminos a indicar a las mujeres en la gestión de la atención. Algunas entrevistadas se refirieron a las recepcionistas en ambos términos, pero en general las consideraron amables y dispuestas a ayudar.

“...PUES SINCERAMENTE NO LE ENTENDÍ”

Es indispensable conocer y entender la información para la toma de decisiones en la atención de la salud, porque representa una característica central de la calidad de la atención. También es un derecho fundamental de hombres y mujeres recibir y entender la información en la consulta, establecido en la Ley General de Salud, o en la relativamente nueva carta de los derechos de los pacientes en México. Sin embargo, estos preceptos se relativizan en la consulta cotidiana, y se acotan a una entrega de información pocas veces accesible y por lo general escueta, si es que no es nula, cargada de términos médicos que confunden a las pacientes.

Estas prácticas atentan contra el derecho a la información de las pacientes, y contra la toma de decisiones que deben ejercer en el servicio de salud, precepto explícito en acuerdos internacionales y en la normatividad nacional. También atenta contra la posibilidad de que las mujeres ejerzan una apropiación de sus procesos de recuperación, cuando la información sobre cuidados específicos y prevención de daños mayores no es entregada por los prestadores. En el mismo sentido, las omisiones

de información oportuna y accesible interfieren en los procesos de recuperación que mejorarían la calidad de vida de las pacientes con un diagnóstico grave como el cáncer de mama.

La observación en consulta, así como las narrativas de las mujeres, registran una gran cantidad de testimonios sobre esto; es un patrón de la conducta médica que se mantiene y una forma de expresión de la calidad en la cotidianidad de la atención.

Información y toma de decisiones

–C: ¿Viste al doctor?

–Elba: Sí, al ginecólogo y luego ya ahí... según la valoración de éste ya te valora el otro y te manda hacer los estudios... y luego empieza con los ultrasonidos, mamografías... pues yo no sé, dije, estará bien o estará mal... Me imagino, los pechos en uno, la menopausia (sic) es otra y... ¿y la inflamación de los ovarios?

–C: Pero no te dijo el doctor para qué... ¿No le preguntaste tú, qué tiene que ver una cosa con la otra?

–E: Pues no le pregunté porque no me dio chanza, salió todo apurado, o sea... nomás me dijo: ‘Le voy a dar dos órdenes’, me dijo, ‘una para el 25 con el oncólogo y otra para...’ dijo, ‘ya según la opinión que dé’, dijo, ‘la segunda opinión’, dijo, ‘ya ... ya le voy a dar hormonas’. Dicen que las hormonas no... están bien ¿verdad?

–C: Pero, ¿andas baja de hormonas?

–E: Pues él dijo que no. Pues lo malo es que no dan los resultados ahí de nada ¿verdad?

–C: Pero tú los llevas...

–E: Pero yo no le entiendo... (E3).

Elba vivía una etapa de incertidumbre en su proceso de atención, estaba a la espera de un diagnóstico y no entendía por qué se le indicaban estudios y se le canalizaba con el especialista en oncología, si el motivo de consulta por el que había asistido al servicio había sido otro. De todas maneras estaba siguiendo las indicaciones del médico, con el afán de descartar problemas mayores.

Los médicos asumen que las mujeres no entenderán la información que puedan explicar. Cabe preguntarse entonces, ¿cómo toman las decisiones las pacientes?, o ¿quién toma las decisiones de sus tratamientos, medicamentos y cirugías?, y ¿con base en qué criterios autorizan dichas decisiones? Julia comenta lo siguiente:

–C: ¿No le explicó el doctor cuando la mandó a las radiaciones?, ¿qué es lo que hacían las radiaciones y todo?

–J: No, yo supe para qué eran las radiaciones en pláticas ahí con L [sesiones del Grupo Reto] (E11).

En el caso de los diagnósticos de cáncer, hay una transición rápida entre el momento de darlo y la indicación de tratamiento, entregada de manera prescriptiva, que no deja un margen de discusión sobre las opciones y consecuencias de la decisión tomada. Las palabras como cáncer, pronóstico, muerte, calidad de vida, curación y mutilación son evitadas por los médicos, y las pacientes tampoco las mencionan. Muchas veces la palabra cáncer es sustituida por “células malas” o “tumor malo” (EM5). Por el contrario, hay expresiones esperanzadoras, contundentes-prescriptivas, a veces ambiguas y confusas; en ocasiones se alude a la fe religiosa, por ejemplo. Estas observaciones coinciden con otros resultados de investigación, que señalan que los médicos usan palabras como “tratamiento”, que generan expectativas positivas de curación en los pacientes con cáncer (The et al. 2000). Los residentes aprenden de sus titulares el lenguaje de la esperanza, como una resonancia soteriológica de la medicina; Good (2003, 167) señala que los médicos y los residentes “oscilan entre la dedicación a las prácticas clínicas y la reflexión moral. El lenguaje de la esperanza, dada su forma narrativa en las discusiones clínicas acerca del cáncer y de otras enfermedades que amenazan la vida, adquiere cada vez más un carácter trascendente”.

Esta información también sugiere la manera en la que las mujeres deciden su tratamiento y los procedimientos médicos a seguir. Por lo general acatan las indicaciones del médico respecto al paso que sigue, sin cuestionarlas. No se tiene registro de un solo caso donde el médico

haya dicho “puede ser así o así, ¿cuál prefiere?”, o bien, “están estas dos opciones, pero ésta es el más conveniente”. Por tanto, las pacientes pueden optar sólo en términos de tomar el tratamiento que el médico y la institución ofrecen, o bien, no tomarla, dos opciones extremas en las que ambas posibilidades quedan implícitas. Con expresiones como “es necesario”, “todo va a salir bien”, los médicos minimizan la necesidad de ofrecer explicaciones más amplias y con esta conducta ponen de manifiesto que ellos son los expertos y debe confiarse en sus decisiones. Diversos estudios han dado cuenta que el uso del lenguaje en la interacción médico-paciente demuestra que ésta representa una negociación, un encuentro de poder y dominación, y una forma de control social (Todd 1993a; Sherwin 1998a; Anderson y Helm 1982; Bianco 1998; Bloom y Wilson 1996).

Una vez más es necesario aclarar que no se pone en duda la pericia de los médicos, sino que se cuestiona su obligación de proporcionar explicaciones necesarias que aporten información accesible a las pacientes y permitan que sean ellas quienes tomen las decisiones.

Eloísa manifestó su rechazo a la única opción ofrecida, llevada más por el miedo que por el razonamiento de sus consecuencias, las cuales nunca fueron explicadas:

me puse negativa con el doctor y le dije que no, entonces me dice él, se me quedaba mirando él, tan buena gente el doctor. Y luego me dice él: ‘¿Sabe qué?, le voy a dar dos días para que la piense’, yo fui un martes y dice: ‘El jueves tengo consulta, venga el jueves y me dice, dos días’. Yo le dije: ‘Doctor pues si quiere firmo, o sea, si quiere apúnteme ahí’, le digo, ‘pero no sé si vaya a venir a la operación’. Yo sí estaba enojada, y luego me dice el doctor: ‘Mire piénselo y luego viene conmigo’. Yo estaba atacada así ¿no?, pero contestándole al doctor lo que me decía, ¿no? pero que ‘mire que hay muchas personas que ya quisieran, que están esperando’. ‘Es que no sé doctor, no puedo pensar’, le decía yo. Después bien avergonzada ahí voy [a decirle que sí] (E6).

De nuevo observamos que cuando las mujeres toman las decisiones, su posición de subordinación aflora al confesar: “me puse negativa”, y sentir vergüenza por ello.

Por lo general, las decisiones que se toman en la consulta se hacen con base en el miedo, sus condiciones de vida y al final, como la única opción ofrecida por el médico. La intención aquí no es responsabilizar al prestador por las limitaciones institucionales que restringen las opciones de tratamiento, no es este el sentido que busca el análisis, sino señalar la forma en la que se lleva a cabo la toma de decisiones y las contradicciones entre el discurso y las prácticas de los médicos y prestadores. En estas decisiones también interviene un aspecto nodal en las expresiones de las entrevistadas: la fe. Y no sólo la fe religiosa depositada en un ente divino, sino la construida alrededor de los propios médicos. Una paciente con cáncer cérvicouterino expresó al término de la consulta:

La señora regresa de la exploración y pregunta:

–S: ¿Está muy grande, doctor? [tiene un tumor cervical]

–D: Cuatro centímetros.

–S: ¿Y con la quimio lo va a reducir?

–D: Sí, lleve esto al doctor A [del hospital oncológico], y cuando termine regresa conmigo.

La señora se despide y se levanta para dirigirse a la puerta de salida.

–D: Que le vaya bien.

Cuando la señora se dirige a la puerta de salida y pone la mano en el picaporte, voltea y dice: ‘Doctor yo no le voy a dejar, yo a usted le tengo mucha fe’, el doctor se sonríe: ‘Gracias, que le vaya bien’. La señora sale. Su expresión fue conmovedora cuando estaba por salir, su cara y su tono eran de plena confianza y “fe” en el médico. Por su parte, el médico no expresó sorpresa ni entusiasmo (ECM5).

La toma de decisiones llevadas a cabo en el consultorio, frente a los médicos, expresa las limitaciones de las mujeres en cuanto al manejo de información comprensible y el convencimiento de la necesidad de la

acción, que después se refleja en un alto ausentismo en las citas programadas, cuando deben presentarse al hospital para internarse por cirugías. Varios estudios citados por Thompson señalan que una buena comunicación tiene grandes consecuencias prácticas como mayor adherencia y seguimiento de instrucciones, con la consecuente mayor satisfacción de la consulta (1990a, 110).

El doctor Luna considera que las mujeres programadas para cirugía que no asisten, son pacientes irresponsables y desidiosas. En una consulta que puede ilustrar al respecto se registró lo siguiente:

–R3 [Doctora]: ¿Cómo estás?

–S: Pues me anda queriendo bajar [R3 revisa el expediente].

–R3: ¿Por qué pienso que te he visto muchas veces?

–S: Es que he venido retrasando la operación...

–R3: Sí, es que te vi internada...

–D: Pase para revisarla.

La señora se levanta y va al vestidor. Los doctores comentan lo que leen en el expediente.

–D: Ha dado muchas vueltas desde hace casi dos años.

–R3: Sí, trae una tumoración, pero no quiere la cirugía.

–D: ¿Sí?, entonces es lo mismo.

Se escucha que la señora sale y se prepara. Los doctores pasan a revisión, cuando terminan regresan y la R3 pregunta: ‘¿Ahora sí te vamos a operar?’

–S: Sí, pero, ¡ay doctora es que me da tanto miedo!, si en el legrado me puse muy mal, ¿verdad? [me mira a mí].

La R3 no levanta la vista y dice: ‘No, no te fue tan mal’.

–S: ¿Y va ser operación por abajo?

–R3: No, abdominal, es muy grande, así [ademán con las manos].

–S: ¿Pero me van hacer cardio o algo?

–R3: Pues por tu edad, no creo, ¿cuántos años tienes?

–S: 39.

–D: Pues no, hay que oírle el corazón y pulmones.

La enfermera va por el estetoscopio. El doctor la revisa y pregunta:

–D: ¿Tienes algo, alguna enfermedad?

–S: No.

–D: Es que te oyes bien, no vas a tener problemas.

–S: Es que me puse muy mal la otra vez, parecía que me iba a estallar la cabeza, fue una cosa espantosa, ¿y si me pongo otra vez así?

–D: Pero, ¿se te subió la presión?

–S: No sé, no me dijeron.

–D: Porque aquí dice que no tienes problemas de presión [leyendo en el expediente]. ¡Piénsalo!, te tienes que operar, no hay de otra.

–S: ¿No me puede dar algo por mientras?

–D: Es que no tiene mucho caso...

–S: Pues sí, a ver si me animo.

El médico le da una receta y la señora se levanta y se va (OCM3).

Durante la interacción con la paciente, el médico trató de convencerla sólo en términos del beneficio físico, pero no indagó más sobre sus quejas pues, como comentaron el titular y la residente, ella ya sabía a lo que se exponía. El médico insistió en comentar⁷⁴ este caso porque a su ver esta conducta es irresponsable y la paciente una desidiosa:

–D: ¿Se acuerda que le comentaba sobre la falta de compromiso de las pacientes? Pues esta señora [refiriéndose a la paciente que se va], mire y fijese [con el expediente en la mano], para una buena calidad de la atención se requiere del compromiso tanto del médico como de las pacientes. Por condiciones que no sabemos bien, ha subido a 50 por

⁷⁴ Durante este intercambio, la R3 realizó la consulta de la P6. Yo me sentí muy incómoda pensando que mi presencia podía distraerlas, sin embargo, el doctor no pareció molestarse por esta situación y continuó dirigiéndose a mí. Al final accedí a responder algunas preguntas, en voz muy baja. Por otro lado, me di cuenta de que él había relacionado el caso con la investigación, por lo que estaba emitiendo una opinión que no había expresado ampliamente en la entrevista del día anterior (OCM3).

ciento el ausentismo en cirugías programadas, que no vienen, ¿por qué?, pues no sabemos, pero es por falta de compromiso, y eso trastorna la programación, la eficiencia, porque atendemos a menos pacientes, ellas le quitan una oportunidad a otras pacientes y pues la calidad también baja.

–C: ¿Será que no estaban convencidas?

–D: Convencidas están, pero no están decididas.

–C: Pero si estuvieran convencidas de la necesidad, de que es la mejor opción...

–D: Creo que convencidas están, ellas saben que con eso resuelven su problema, pero no lo hacen, lo dejan pasar, pues creen que no pasa nada, y por desidia también, no se comprometen con el cuidado de su salud.

–C: ¿Usted cree que sólo es desidia?

–D: Bueno, también es falta de educación.

–C: ¿Hay sanciones para ellas?

–D: No, de ningún tipo... y hay que atenderlas como sea, y como ellas quieran, y a veces con una actitud que [...] casi todas son tranquilas, pero hay otras que no, y así las tiene que atender uno... [tomando el expediente] mire ella tiene el diagnóstico desde marzo del 2002, esa opción se le dio y no, no quiso.

–C: Pero finalmente es una opción para ellas, ¿no?

–D: Sí, pero trastorna la programación, los recursos y no los respetan, y ahí la llevan, pero no debería ser así.

–C: Pero es que a lo mejor ellas están decididas, a sufrir esos síntomas, los pueden aguantar...

–D: Sí, pero también es desidia... sí deberían... (OCM3).

Es necesario diferenciar distintos niveles de decisión. Cuando se describen las trayectorias de gestión de las pacientes, se afirma que tienen un margen de libertad en la toma de decisiones, desde el momento que deciden acudir al servicio de salud. A partir de allí, buscan los distintos caminos de gestión para llegar con el especialista. Sin embargo, las decisiones más importantes en todas las trayectorias se refieren a

aquéllas que tienen que ver directamente con su problema de salud y que atenta contra su corporalidad, motivo por el cual siguen todo el proceso. En el espacio de la consulta médica, las mujeres parecen depender de las decisiones que los prestadores ofrecen tomar por ellas. Aunque no todas asumen tajantemente las indicaciones, la pregunta es hasta qué punto el derecho a la toma de decisiones se diluye en la falta de autonomía.

De ahí una posible explicación del elevado ausentismo de las pacientes programadas para cirugía, por último deciden no acudir cuando ya habían aceptado la indicación del médico en la consulta. Esto también podría tomarse como una forma de resistencia hacia decisiones que ellas no tomaron, que les fueron impuestas; aunque ninguna expresó haber hecho algo específico como una forma de protesta, algunas de sus decisiones parecen apuntar en este sentido. Tal fue el caso de Eloísa, cuando el médico le notificó el diagnóstico de cáncer y la necesidad de realizar la cirugía lo más pronto posible:

Porque yo le dije: ‘Doctor pues si quiere firme, o sea, si quiere apúnteme ahí’, le digo, ‘pero no sé si vaya a la operación’ (E6).

Se podría señalar una contradicción entre la percepción de los médicos y las pacientes sobre la atención de calidad que se ofrece en el hospital, y el alto ausentismo de las mujeres a pesar de eso, o bien, habría que cuestionar el discurso institucional de la buena calidad y respeto de los derechos, y la forma en la que se toman las decisiones en la atención médica.

El respeto del médico a la decisión de las pacientes se observa claramente cuando se llevará a cabo una intervención quirúrgica, pues en términos formales ellas deben firmar el consentimiento informado como requisito de internamiento. Se trata de un respeto que también se tiene de hecho, porque las mujeres deciden no presentarse a la cita, a pesar de haber sido convencidas antes de la necesidad de la intervención. El consentimiento informado es la forma legal de aceptación y se firma sólo en estas ocasiones.

Otras decisiones contrarias a las indicaciones del médico apuntan sobre todo a sus condiciones de vida precaria. Como se observa en el

siguiente caso, el médico no puede ofrecer más que algunas palabras de aliento ante este tipo de situaciones, a pesar de la urgencia del tratamiento y de la cirugía:

–D: ¿Cómo está?

–S: Pues aquí desesperada, que me diga qué salió [le tomaron una biopsia en la cita anterior].

–D: A ver, a ver qué vemos [lee los resultados]. Sí, trae un tumorcito en su pecho, pase para revisarla.

–S: ¿Es un tumorcito malo?

–D: Sí, es un tumorcito malo.

–S: ¿Sabe que a veces se me inflama?, a veces me lo toco y está duro y a veces blando.

–D: ¿Sí?

[Terminan y los doctores regresan. El doctor explica al R4: ‘Es un CA etapa III A’. La señora regresa y el doctor se dirige a ella]. Necesitamos darle tratamiento con medicamento y como es una bolita grande hay que hacerla chiquita, porque se pueden ir celulitas por los nervios, después del medicamento, para operar, de todas maneras hay que operar y quitar todo el pecho.

–S: ¿Me lo va a quitar?

–D: Sí. La primera parte del tratamiento es en el hospital oncológico y después de tres o cuatro semanas de terminar esa fase, la vamos a operar.

–S: Doctor, pero yo trabajo en el campo [viene de La Costa].

–D: Ahorita no puede hacer esfuerzo con su brazo...

–S: [Con cara de angustia. El doctor sigue explicando que debe operarse]. Oiga doctor, pero yo tengo que trabajar para mantener a mis hijos, no tengo quién me ayude.

–D: Allá le van a ayudar, hay una clínica, que le ayuden allá y cuando operemos aquí, veremos que se le ayude, para que no le salga cara la operación.

–S: ¿Y los tratamientos que me van a dar, por cuánto tiempo es? ¿tres o cuatro semanas?

–D: No, dependerá del doctor, pero creo que puede ser varias sesiones y se lo dan cada tres o cuatro semanas.

–S: ¿Y para qué es el tratamiento?

–D: Pues como le acabo de decir, para hacer chiquita la bolita y poder operar y quitarle las celulitas que hayan quedado.

–S: ¿Ahorita me van a ver allá?

–D: Va a ir a hacer la cita.

El doctor se levanta para dirigirse a la puerta, se despide y se va dejando al R4 para que haga las órdenes de referencia y de estudios. El doctor pide al R4 verlos el sábado. Hay silencio total, la señora ya no hace preguntas, está muy asustada, toma las órdenes y se va (OCM5).⁷⁵

Llama la atención que el médico no envíe a la paciente al Departamento de Trabajo Social del propio hospital para que sea inscrita en el programa de apoyo, o bien a otras asociaciones civiles conocidas en la ciudad que pueden ofrecer alguna ayuda. Estos casos se complican aún más cuando las mujeres expresan que sus redes son muy limitadas y no viven en la ciudad.

Otras consecuencias generadas por la falta de información oportuna se refieren a las repercusiones en los procesos de recuperación, que de distintas maneras se refleja en la salud de las pacientes. Se verán especialmente dos ejemplos documentados: el uso del medicamento llamado Tamoxifen y los cuidados posoperatorios de una mastectomía.

El Tamoxifen se prescribe a mujeres con cáncer de mama, cuando el tumor o lesión maligna es sensible a la recepción de estrógenos (Kaur 2003; Clorfene 1996). Este tratamiento también es conocido como

⁷⁵ Yo me quedé pensando cómo podría emprender el proceso de atención, conociendo las complicaciones mencionadas por otras entrevistadas. A riesgo de especular sólo, pensé que ella no lo iniciaría en corto tiempo, ya que no preguntó cómo llegar al hospital oncológico.

hormonoterapia y se recomienda cuando existen receptores hormonales positivos en el tumor, sin importar la edad de la paciente, según la norma oficial (SSA 2003). A pesar de sus beneficios terapéuticos, este medicamento posee una serie de efectos colaterales que deben explicarse, para que la paciente decida si acepta encarar los riesgos, o fortalece el autocuidado y la autopercepción de su propia salud. Sin embargo, nunca se informó sobre sus efectos. Algunas de estas ocasiones se registran a continuación:

Los doctores regresan de la revisión. El doctor explica a la hija: ‘Va a tomarse una pastilla diaria para evitar que vuelva a aparecer [el cáncer], por cinco años... le darán radiaciones mes y medio, aproximadamente seis semanas, todos los días’. Regresa la señora. Tiene que ir al especialista... para empezar radiaciones, la señora escucha, no pregunta. ‘Va a tomar una pastillita...’ Le dan receta y se van (OCM5).

* * *

Señora de mediana edad. Viene a chequeo por cirugía de mama; dice que se ha sentido muy bien... Los médicos revisan su cicatriz en el pecho y el doctor comenta que va muy bien... Terminan y regresan... La señora regresa después.

–D: Señora, está muy bien, por las células que encontramos usted debe tomar unas pastillitas para evitar que vuelvan esas células a su pecho, por uno o dos años [la señora no pregunta más, toma la receta y se va] (OCM5).

* * *

Señora mayor de 72 años, viene a chequeo por cirugía de mama.

–D: ¿Cómo ha estado?

–S: Bien doctor, de la operación muy bien, pero fijese que antes yo no tenía nervios y ahora sí, ¿es por la pastillita?

–D: No, para nada, es por el estrés de todo lo que ha pasado (OCM5).

No se cuestiona la pertinencia y beneficio que aporta el medicamento, pero sí la falta de atención para el mejoramiento de la calidad de vida

de las pacientes al enfrentar o paliar los posibles efectos secundarios. Por su parte, las pacientes tampoco cuestionan qué tipo de medicamento es, cuáles son sus efectos, y qué podría pasar si no se tomara. Para ellas, la indicación de que debe tomarse la “pastillita”, para “evitar que vuelva a aparecer” el cáncer, es más que suficiente para entender que su vida depende de ello.

Otro caso se refiere al cuidado del brazo en las mujeres mastectomizadas, sobre todo si han sido extirpados ganglios de la axila. Dicha cirugía representa una serie de cuidados especiales para evitar complicaciones como la retención de líquidos, que puede llegar a ser grave;⁷⁶ las indicaciones incluyen algunos ejercicios para mejorar el movimiento y el drenaje linfático de la extremidad, así como cuidar de no exponerla a altas temperaturas, lesiones como cortadas y canalizaciones (inyección en las venas, por ejemplo poner suero). Durante la observación no se hicieron este tipo de recomendaciones, a pesar de ser una consulta especializada en oncología, donde los casos de mastectomías son frecuentes. Esta omisión se constató entre las entrevistadas con cirugía de mama, y en las entrevistas con las coordinadoras del Grupo Reto, que lo señalaron.

Dos mujeres con esta cirugía habían sufrido complicaciones por la falta de cuidados posoperatorios adecuados. A pregunta expresa sobre este asunto, Julia señaló que desconocía esta información, a pesar de haber pasado por varios médicos especialistas (cirujano oncólogo, oncólogo, residentes y enfermeras):

–C: O sea que [...] el doctor Anaya, la doctora, la otra, (todos los que vio durante su proceso de atención)... ¿nadie le había dicho a usted, ese brazo debe...?

–J: [No] antes no me dijeron nada.

–C: ¿Y cuándo se enteró?

–J: Hasta que llegué con L [del Grupo Reto] (E11).

76 Diagnóstico médico: linfedema del brazo y mano.

Ella misma cuenta cómo se asustó y tuvo que ser atendida de manera urgente en un hospital:

Yo me sentía bien y me puse y saqué una caja de esas cafeceras de plástico llena de basura, cargando para afuera, iba a pasar la basura y lo saqué, como me sentía bien metí una escalera que tengo, de esas de aluminio, me subí y estuve allá arriba, anduve limpiando. Para la noche tenía el brazo así [ademán de que estaba muy inflamado], con unos moretones rojos así, y me dolía, mucho me dolía, me dolía hasta acá... pues llegó mi nuera, la que le digo que siempre está muy pendiente de mí, llegó y ¡me va viendo!, sentía el brazo hirviendo, caliente lo sentía así muy feo y yo llorando del dolor, le digo: ‘Mijita verás cómo me duele el brazo, no te imaginas’. ‘Ándele vámonos, la voy a llevar con el doctor...’ Y ya me dijo el doctor que no debería de andar haciendo eso: ‘Si usted todavía tiene que estar en reposo...’ y desde entonces me empezaron a tratar el brazo ese, porque se me puso muy feo, mira unas verrugonas así rojas (E11).

Por su parte, Verónica tuvo momentos de desesperación ante la incertidumbre de no conocer las etapas del proceso de recuperación de la cirugía. Ella se preguntaba si la lentitud con la que transcurría la recuperación de movilidad de su brazo era normal:

Cuando me duele, me asusto mucho, me pongo a pensar, ¿qué estará pasando allí adentro?... El tiempo corre... (E4).

Con todos estos elementos cabe preguntar: ¿cómo se lleva a cabo el consentimiento informado? Los médicos entienden que representa la autorización firmada de la paciente para realizar cualquier procedimiento quirúrgico. Uno de ellos señaló que representa un trámite más para evitar problemas legales. Sin embargo, entre los casos observados no se explicó en qué consistía, ni para qué servía, tampoco se llevó a cabo la firma en el propio consultorio, pues sólo era señalado como un requisito para internarse. El doctor Luna alguna vez le pidió a una de las pacientes:

Llévese esta hoja, la firma y la trae cuando se interne (OCM3).

El mismo médico describe la ruta formal que debe seguirse para que la paciente decida:

Se debe de hacer una descripción del problema, y se debe de... presentar opciones de tratamiento, opciones de tratamiento, y la decisión, esas alternativas de tratamiento, de esas alternativas de tratamiento se debe recomendar la mejor opción al paciente, a fin de cuentas el paciente debe de decidir en base a las opciones que se presentan. Pero la decisión final la tiene el paciente, es quien autoriza el procedimiento que se va realizar, si el paciente... recibe una opción, pero él desautoriza, evidentemente no podemos ayudarlo, porque eso implica un desacuerdo y, un problema legal potencial en la relación de médico paciente (EM3).

Y abunda concretamente sobre la autorización escrita:

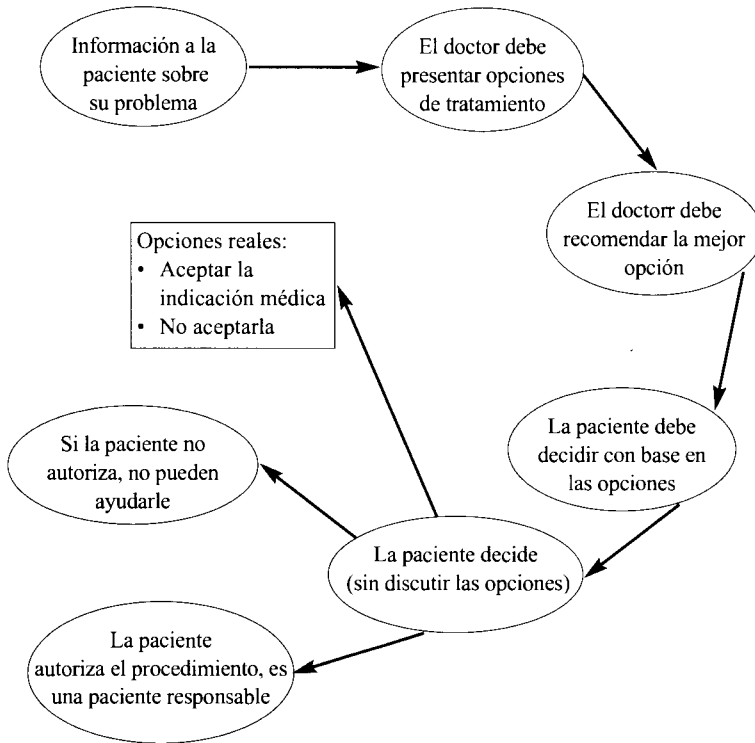
La autorización se realiza cuando el paciente está de acuerdo, él la firma conforme el médico, y deben de estar presentes, de preferencia, dos o tres testigos, para poder...programar una paciente. No en todos los casos se pueden llenar esos requisitos porque habrá necesidad a veces, cuando son menores de edad, que intervengan los padres... La carta de consentimiento informado, o sea... cuando primero se le da una información, debe de darse una información amplia a los pacientes acerca de... cuál es la alternativa del tratamiento, cuáles son los beneficios que pudiera obtener, cuáles son las complicaciones que pudiera haber, infecciones, como lesiones físicas u órganos... es como sangrados, eso es (EM3).

Se ha venido diciendo que las diferencias entre el decir y el hacer se tornan más claras en ciertos momentos que en otros; la descripción anterior pertenece a las más evidentes.

En el diagrama 5 se señala la ruta de la toma de decisiones. Los círculos representan el discurso de los médicos, donde se aprecia lo dispuesto en la normatividad. El cuadro contiene la observación cotidiana de la práctica.

Diagrama 5

La toma de decisiones según discurso médico, normatividad y prácticas



Fuente: elaboración propia, con base en entrevistas a médicos, normatividad y observación en consulta.

El derecho a tomar decisiones se restringe a seguir la indicación médica o rechazarla, y no incluye otras opciones de tratamiento. Como se observa en la ilustración, existe la fuerte percepción médica de que quien toma las decisiones es la paciente, un discurso que se entrelaza con lo declarado en la normatividad, que representa el “deber ser” en la toma de decisiones, con otra serie de estereotipos que ubican a la paciente como una persona irresponsable cuando no sigue la indicación, o bien, se expresa la autopercepción del médico como quien ayuda cuando es aceptada.

Si bien es cierto que las mujeres eligen una u otra opción, tales procesos no están acompañados de la comprensión de sus consecuencias, sino que son orilladas por otra serie de constreñimientos como sus condiciones de vida, la pobreza, sus creencias y el miedo, que no necesariamente aportan a su bienestar. Entonces, la toma de decisiones como ejercicio de un derecho, en este caso el de la información, se vuelve difuso.

LAS CONFORMIDADES DE LAS MUJERES EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Obediencia es la palabra que se ha empleado para describir la conducta de salud en el paciente, que se apega a las instrucciones del médico. Se han empleado otros términos, como anuencia, adhesión, cooperación, colaboración y alianza terapéutica, cada uno de los cuales representa un significado diferente de la dimensión autoritaria-democrática en la cual se mezclan supuestos ideológicos relacionados sobre cómo se espera que se comporten pacientes y médicos. La obediencia trae consigo el significado implícito –lamentable– de que los pacientes obedecen pasivamente o desobedecen voluntariamente a la sapiencia médica, todo lo cual dice más acerca de los supuestos inherentes en que se funda la práctica médica que sobre el proceso mismo de la consulta (Thompson 1990b, 126).

En general, las mujeres expresaron una opinión positiva de la atención recibida, aunque al profundizar en las entrevistas señalaron algunas

deficiencias que fueron minimizadas y aceptadas. Estas apreciaciones contrastan con la información recabada en la observación en consulta. Busto (1994) encontró, con base en diversos estudios sobre la evaluación de la calidad en Chile, que su observación de la atención a mujeres pacientes en servicios de salud reproductiva, distaba mucho de la propia opinión de las mujeres entrevistadas. Las investigadoras consideraron pertinente problematizar estas diferencias de apreciación, y reconocer desde dónde se hacía la evaluación, revisar los marcos teóricos que contenían los conceptos por manejar y relacionar las opiniones y sentimientos de las mujeres con sus expectativas. La identidad de género resultaba en especial útil para comprender las *conformidades* de las pacientes.

Autores como Castro (2000, 2004), Castro y Erviti (2002), Matamala et al. (1995), Pittman (1999), Bronfman et al. (1997a, 2003) y Figueroa (1996), así como diversas publicaciones de la OPS y CEPAL entre otros, han encontrado desde diferentes ángulos y metodologías de investigación, que la pobreza y el entorno de escasos recursos en los servicios de salud, construyen las conformidades de las mujeres ante la violación de sus derechos en la atención, sean reconocidas o no.

En México, las evaluaciones sobre la satisfacción de la atención han obtenido sistemáticamente buenas calificaciones; entre 75 y 92 por ciento de la población encuestada opinó que la calidad recibida fue buena (diversas encuestas nacionales y regionales: ENADID- INEGI 1992; ENSAMISSA 1994a; FUNSALUD 1994; ENAPLAF-CONAPO 1995; ENCOPLAF-CONAPO 1996; ENIPLAF-CONAPO 1996; ENADID- INEGI 1997; ENSARE-IMSS 1998; IMSS-SOLIDARIDAD 1999; ENVIF-INEGI 1999; ENAJUV-INEGI-IMJ 2000; SEDESOL-PROGRESA 1998; PROGRESA 2000; ENSA-SSA 2000). Muchas de esas evaluaciones recogieron la percepción de las usuarias desde su posición como sujeto social, y encontraron que sus condiciones de vida y su experiencia en los servicios van condicionando las expectativas referidas al servicio y trato que recibirán.

Como se señaló en apartados anteriores, la información muestra contradicciones entre el decir y el hacer. En la consulta médica se observó que:

- La información oportuna, accesible y entendible que se ofrece a las pacientes en la consulta médica es muy limitada o inexistente.
- La atención cálida se ve cuestionada, en tanto amabilidad, disposición a escuchar, acompañamiento o potenciación de comportamientos saludables, en palabras de Matamala.
- La acción de optar es muy limitada. Y la toma de decisiones de manera informada se reduce a firmar un papel, en caso de cirugía, o seguir la indicación médica para los tratamientos y cuidados.

Sin embargo, todas las entrevistadas agradecen la atención recibida. Como señala Busto, nuestros conceptos no coinciden exactamente con las nociones de las mujeres, pero hay que llamar la atención de lo que pudieran considerarse indicios de una expresión de derechos: las mujeres pacientes, en una relación de confianza, no dejan de expresar molestias, inconformidades, desconfianza y resistencias durante su proceso de atención, y a veces toman decisiones contrarias que apenas bosquejan la expresión de un margen de libertad estrecho, ya sea de manera consciente o no racionalizada. Pero al final lo que prevalece y se impone es su falta de control del evento médico y su posición subordinada frente al médico. Cabe preguntar, ¿es posible afirmar que existe una serie de prácticas que enmascara una violencia simbólica en la consulta médica y en la relación médico-paciente?

Bourdieu llama *violencia simbólica* al hecho de que las personas asuman e internalicen en sus narrativas y prácticas las reglas, normas, valores y discursos del dominante y la aceptación sin cuestionamiento del estado de cosas que no le son favorables, en una relación de poder desigual. El autor se refiere a esa “violencia suave, invisible, ignorada como tal, elegida tanto como sufrida, la de la confianza, el compromiso [...] [que] se impone como el modo de dominación más económico por ser el más conforme con la economía del sistema” (1991, 214).

Las entrevistadas expresaron su preocupación de ser atendidas, conseguir el dinero para pagar los estudios y medicamentos e iniciar el tratamiento. En los casos graves de cáncer de mama, se vuelve un asunto de vida o muerte, pero nunca se plantearon que ellas tuvieran derechos, o

que fuera obligación del gobierno respetar su derecho a ser atendidas. ¿Por qué ante una situación de emergencia las pacientes no se plantean la posibilidad de ser sujetas de derechos, que pueden exigirlos en la institución de salud? ¿Qué mecanismos subyacen en el agradecimiento de las pacientes a pesar del agravio o la inconformidad?

Una de las posibles explicaciones apunta hacia sus *expectativas* al llegar al servicio, las cuales se han ido conformando con experiencias pasadas (“ya ve cómo son los doctores”) y en relación con sus condiciones de vida. Todos estos factores representan condiciones de posibilidad para el ejercicio de derechos, y si no existen, las mujeres no pueden percibirlos. Las prácticas sostenidas de manera sistemática aluden a lo inscrito en los hábitos de los actores de la situación, pero también a la lógica de los campos en donde ocurren los encuentros.

Se observó que las pacientes regresaban a una cita fijada con anterioridad, a pesar de no haber llevado a cabo el tratamiento indicado, ni haberse realizado los análisis clínicos. El argumento que daban cuando el médico preguntaba sobre el tratamiento o los requerimientos, era que estaban ahí “para no perder la cita”, como si esperaran obtener un mejor diagnóstico, o que su enfermedad hubiera desaparecido. Esto sugiere además, que deben aprovechar la consulta que la institución ofrece. En todos los casos, el diagnóstico y los requerimientos fueron los mismos. Fue una excepción que el medicamento se cambiara por otro más barato.

Las pacientes consideran que las condiciones en la consulta son hechos inmutables y rígidos, y forman parte de las estructuras fundantes de la calidad de la atención en los servicios de salud, que se aceptan y se perciben, como afirma Matamala, como “naturales”. Las mujeres pacientes reconocen que son diferentes a los prestadores (médicos, enfermeras, funcionarios), pero no perciben la desigualdad y las relaciones de poder ejercidas en la consulta. El concepto de *violencia simbólica* explica estas contradicciones aparentes en el discurso de las mujeres pacientes y las prácticas observadas en la relación con el médico.

Algunas entrevistadas refirieron la ausencia de información oportuna, sin reconocer que esto es una omisión del médico y una falta de respeto al derecho a la información. También reportaron su incomodidad por las

repetidas exploraciones ginecológicas, pero no consideraron la posibilidad de negarse; una de ellas expresó de manera reiterada la desconfianza que le provocaba que el médico no le dijera la verdad sobre su enfermedad, sin embargo, nunca solicitó explicaciones de manera directa.

En este sentido, quisiera profundizar en el análisis de esos nudos en la información que, conjugados con el marco teórico y algunos conceptos, arme una explicación más amplia que permita relacionar las estructuras micro y macrosociales que intervienen en la calidad de la atención.

Las mujeres pacientes en una relación de dominación

El establecimiento de relaciones con las pacientes en la dominación médica alude a las relaciones de poder cotidianas entre médico y paciente, fortaleciendo al mismo tiempo las prácticas en la institución y contribuyendo al mantenimiento y robustecimiento del no ejercicio y apropiación de derechos de las pacientes y usuarias. Es el status quo en el espacio de la atención de la salud. La dominación, como la define Bourdieu, es aplicable a los servicios de salud, al observar no sólo la distribución desigual del poder entre los agentes de la atención, sino también al reconocer en los discursos y en las prácticas de la atención un conflicto entre éstos y una serie de mecanismos de legitimación de prácticas violatorias de derechos de las mujeres, que se presentan sutiles y aceptadas. Castro los denomina dispositivos sociales que operan a nivel implícito, discretamente permitidos, no atacados de raíz, que terminan legitimando prácticas explícitamente condenadas (2004, 48). Al tratar de indagar sobre el posible error de diagnóstico, Idalia comentó:

–I: Sí, y me dijo el doctor que no, y le dije... no irá a haber un problema en caso de que no me baje [la menstruación] y todo eso... ‘No’, me dijo, yo le decía que sí me dolía... y a donde va y pega es a los pechos.

–C: ¿Esa fue la explicación? ¿Qué dijo el doctor cuando le dijiste?

–I: No, no me dijo nada.

–C: ¿Te explicó cómo o por qué?

–I: No, no, yo le dije ese problema del doctor M, que me había dicho... y qué iba hacer, ya no había nada qué hacer tampoco... ya el cáncer ya estaba... sí pues, pero él no me decía nada, el [doctor] A. ‘Entonces ahora de aquí para adelante’, me dijo (E10).

Idalia se convenció de que atenderse el problema de cáncer era lo prioritario y no se cuestionó si había sido un error de parte del médico, aunque hay una queja apenas visible. Estas prácticas en el desarrollo de la interacción con los médicos resultan ser los mecanismos a nivel micro-social, presentes en las instituciones de salud, sobre los que se basan las violaciones a los derechos de las mujeres pacientes (Castro y Erviti 2002, 251), y que terminan pasando desapercibidos, porque ellas no se plantean que la situación puede ser diferente, que pueden actuar de otra manera. Esto se explica en términos más amplios, pues los hábitos de las mujeres pobres se constituyen bajo condiciones que no les enseñan a asumir una posición de poder frente a los médicos y la institución. Esta afirmación puede y debe matizarse, pero los mecanismos que sostienen la dominación trastocan las distintas trayectorias de gestión y atención de las mujeres, pero es en las primeras que ellas tienen un margen de decisión más amplio, por ello se observaron más diferencias entre ellas cuando gestionaron el acceso, pero al llegar a la consulta, las prácticas y sus conductas se homogenizan claramente. Y esto obedece a su interacción en un espacio por demás controlado por el titular médico, aunque enmarcado en el mismo contexto, las condiciones de posibilidad que necesitan los derechos para ser ejercidos se reducen sustancialmente en una relación de poder y dominación, sin que éstas sean cuestionadas. Bourdieu llama la homogenización objetiva de los hábitos de grupo o de clase “que resulta de la homogeneidad de las condiciones de existencia, es lo que hace que las prácticas puedan ser objetivamente concertadas sin cálculo estratégico alguno, ni referencia consciente a una norma, y mutuamente ajustadas *sin interacción directa alguna* y, *a fortiori*, sin concertación explícita” (1991, 101).

A pesar de reconocer los márgenes de libertad en la toma de decisiones, se evidencian prácticas violatorias de distintos derechos que se cons-

truyen en la cotidianidad: en el derecho a la información, en distintos niveles; y en el derecho a la privacidad, referido al respeto a la intimidad y a la dignidad de la paciente, cuando personas ajenas a la consulta entran al consultorio en el momento de la exploración, con la anuencia silenciosa del médico titular, el residente y la enfermera, lo que expresa que es una práctica aceptada y hasta naturalizada en este espacio.

En la consulta médica se observa en las mujeres una triple subordinación, que hace difícil señalar dónde empiezan y terminan los límites de cada una de esas posiciones: ser mujeres, pacientes y pobres. Por un lado, son mujeres frente a prestadores médicos que asumen un rol de género que no les permite apropiarse de la palabra, interrumpir cuando ellos hablan, ni negarse a realizar ciertas acciones como la práctica reiterada de la exploración. La totalidad de los médicos en consulta externa son varones y las médicas residentes, es decir las alumnas de la especialidad, son muy pocas.

La otra posición de subordinación es la de ser pacientes ubicadas en el extremo de una relación caracterizada por la jerarquía entre el que sabe y la que no, entre el poder institucional que da el servicio y quien cuenta con escasos recursos y espera ser atendida a pesar de ello. Esto debilita al paciente frente al médico. Además, como mujeres desinformadas, sus saberes quedan invisibilizados o minimizados, y quizá esta situación haya influido en algunos casos de diagnósticos tardíos de cáncer de mama. Idalia expresa cómo el médico desestimó su información:

Me estaba checando yo cada año pues, y seis meses antes de que me la hicieran ahí en el George [el Papanicolaou], me detecté una bolita yo y yo le dije al doctor... [¿Le dijiste?] Sí, pues eso es lo peor del caso, que me hizo el doctor la exploración y todo eso, y yo le dije que me molestaba la bolita esa que tenía... ‘Te vamos a mandar un ultrasonido...’ me dijo que era una bolita de grasa, y le dije: ‘¿Y esa bolita de grasa no se podrá quitar?’, ‘No’, me dijo, ‘es como quererte quitar 50 años de encima y no se puede...’ (E10).

Según explica Parsons (1982, 437), la subordinación de los pacientes se compone por una doble incapacidad, pues por un lado su falta de entrenamiento médico no les permite resolver sus problemas de salud, y por otro, han sido calificados como enfermos, y como tales, están incapacitados para desenvolverse en sus roles sociales. La combinación de su incapacidad técnica, su situación de enfermo y la perturbación emocional que conlleva, vuelven al paciente susceptible de la explotación médica; esta combinación de factores hace que la jerarquía médica y la subordinación de la paciente permitan la violación de derechos en la atención. Así como se habló de los determinantes de la subordinación femenina entre las pacientes, hay que señalar el doble dominio de los médicos: ser varones y médicos.

Ser mujer, paciente y además pobre, hace que se entrelacen prácticas, valores y percepciones de ellas mismas y de los prestadores, sobre lo que debe ser y lo que se define normativamente como calidad de la atención, con lo que sucede en la práctica cotidiana de la consulta médica y en la relación médico-paciente. También pone en el escenario los distintos niveles del entramado social a través de la desigualdad de género, de percepción, apreciación y ejercicio de derechos, de educación, de cultura profesional y de las condiciones socioeconómicas en las que viven las pacientes. De ahí que la definición de calidad de la atención sea compleja y se traduzca de manera relativa, siempre acotada a las condiciones del servicio, tanto de infraestructura como de capacitación de los prestadores médicos. Pero estas especificidades contextuales no eliminan una serie de derechos básicos de las pacientes como los mencionados antes.

Dicha acotación no deja fuera acciones que podrían aportar a una apropiación del derecho a una atención de calidad y al respeto de los derechos por los prestadores, a través de acciones de dignificación, conciencia y ejercicio de derechos (consentimiento informado como el principal indicador), potenciación de comportamientos favorables, competencia técnica y vínculo interpersonal (Matamala et al. 1995, 17-18).

Se aprecia en distintos niveles una falta de lo que Matamala et al., señalan como acciones de dignificación y potenciación de comportamientos: al dar información escueta o no darla, los médicos se asumen

como sus propietarios, ya sea por su formación técnica y por el poder de decisión del que se saben poseedores para hacerla accesible, o para tratar de traducirla a un lenguaje lego que la acerque a la paciente, quien a su vez no es conocedora del lenguaje técnico. El habitus médico se expresa al no cuestionarse si son ellos los responsables de esta traducción, o al no preguntarse si las pacientes necesitan recibir información accesible a su comprensión. Los médicos no cuestionan esta falta de su parte, pero sí señalan la incapacidad de la paciente para entender la información médica, partiendo de la seguridad de que sus decisiones no serán rebatidas o puestas en duda.

La observación de la interacción médico-paciente permite reconocer los mensajes que cotidianamente se manejan y se emiten, los cuales refuerzan la subordinación como característica predominante.

En un estudio de Kathryn Taylor (1988), citado por Kaufert (1998), se observó que la comunicación de los oncólogos hacia las mujeres enfermas podía clasificarse en dos vertientes: una actitud paternalista y el uso de términos que las mujeres no entienden, y de eufemismos para contestar preguntas directas. Quedó claro que el oncólogo tenía el control de la información especializada disponible para las mujeres. Los grupos y redes civiles que se han opuesto a estas prácticas han abierto la posibilidad de una mayor socialización de la información y han podido incidir en los niveles micropolíticos del encuentro médico-paciente. Otras investigadoras han reportado conclusiones similares, como Todd (1993b), Susan Sherwin (1998a, 1998c), Sue Fisher (1984, 1989) y Candance West (1984).

Esta serie de prácticas evidencian la dominación en la relación médico-paciente y pareciera que las mujeres pacientes no tienen un margen de libertad mínimo en el espacio de la atención. A pesar de que esta afirmación debe matizarse, los alcances en la toma de decisiones de las mujeres expresan claramente los límites de las decisiones que sí toman, las cuales no trastocan las disposiciones institucionales y las prácticas médicas respecto a su propio proceso de atención y sus cuerpos.

Aunque en algunas entrevistadas se vislumbran indicios de un cambio en la percepción de la calidad de la atención como un derecho a ejer-

cer (“aunque uno tenga derechos [...]”), ésta podría ubicarse como producto de la socialización masiva de la calidad de la atención y la posibilidad de demandar negligencias médicas, si bien ninguna de ellas expresó en lo personal esa posibilidad (ni siquiera en el caso de Julia, cuyo médico insinuó que “hubiera” podido interponer una demanda). Idalia y Julia expresaron un “¿ya para qué?” quejarse de un posible error de diagnóstico. Aquí cabe señalar ese poderoso mecanismo de dominación expresado a través del concepto de violencia simbólica, pues las mujeres pacientes de alguna manera justifican este estado de las cosas.

El estudio de Rivas, Amuchástegui y Ortiz (1999) desentraña cómo mujeres de distintos grupos de base en el país, con un origen social del medio popular, han ido construyendo su percepción y apropiación de derechos sexuales y reproductivos, y cómo se han apropiado de distintas estrategias de ejercicio desde experiencias de participación social o comunitaria. El amplio discurso y las campañas masivas de planificación familiar han dado la oportunidad y el espacio para impactar el discurso de las mujeres en este campo, pero no han repercutido de la misma manera en otros ámbitos de la salud reproductiva. Las participantes del estudio de Rivas et al., son mujeres con experiencia en grupos organizados en participación en salud y desarrollo comunitario, la apropiación de derechos se visualiza como un proceso de construcción, con base en esa experiencia de vida, que podría ser una influencia significativa en su conformación como mujeres pacientes más apropiadas de sus derechos.

Hay que reconocer que la convivencia de las mujeres en grupos organizados con una perspectiva social y de género influye y contribuye a su empoderamiento, como mujeres pacientes en los servicios de salud. Sin embargo, se observan conductas distintas en las mujeres de esta investigación, que no tienen dicha experiencia, y sus procesos de apropiación son aún incipientes. Habría de cuestionarse si estos indicios -apenas perceptibles en el discurso de algunas de ellas, sin ser claramente explícitos y mucho menos llevados a la práctica- pueden encontrarse, aun mínimamente, en sus discursos sobre la calidad de la atención; las nociones de “apropiación” y “derechos” son conceptos alejados en las narrativas de las entrevistadas.

A excepción de Eloísa, quien se expresó al respecto, nadie más aludió al asunto ni manejó de forma explícita tales conceptos:

[...] aunque uno conozca sus derechos, pero si no sabe luchar, ¿de qué sirve?... Si no sabe defenderse ¿de qué le sirve?... Es que es muy difícil para mí... lo que le digo de los derechos, es que yo no tengo escuela, yo tengo la primaria nada más, y fui criada de una manera que yo no enfrenté nada, o sea, ‘tú cállate, tú no hables, tú no digas nada, tú...’ (E6).

Las mismas mujeres delimitan el enlace de los distintos ámbitos de su vida al encarar sus procesos de gestión y atención en los servicios de salud, y reconocen que la no apropiación de derechos forma parte de una carencia educativa. Eloísa se refirió a esto diciendo:

–E: Es que es muy difícil para mí, lo que le digo de los derechos, es que yo no tengo escuela, yo tengo la primaria nada más, y fui criada de una manera que yo no enfrenté nada, o sea, ‘tú cállate, tú no hables, tú no digas nada, tú...’, o sea, le digo a mi mamá, ¿y ahora? Yo no estudié, le digo a mi mamá, eso le cierra a uno mucho las puertas, vas y te tratan como negra a veces, y a mí me da mucho coraje...

–C: Pero, ¿eso es porque así es en el hospital o es porque crees que tú no tienes estudios?, ellos no saben que no tienes estudios...

–E: No, no sé defenderme, o sea, yo creo que ahí entra también, porque si tú no sabes defender tus derechos, muchas de las veces te callan, o sea, llega cualquier persona y te calla aunque no tenga la razón, y yo siento que es porque yo no sé, yo no estudié, yo no sé defenderme. Y da mucho coraje, a mí me da mucho coraje, así nos pasó con mi papá, y ahora ando con mi mamá, y digo, y yo creo que es parte de que no estudié, pues no sé, no, no sé defenderme.

–C: ¿Pero si conoces tus derechos?

–E: ¡Ah! [ríe apenada] pues es que los pisotean tanto que ya hasta crees que ni de plano, que ni los tienes esos derechos... (E6).

Dalia manejó una noción del derecho al referirse que en tanto las personas se quejen, protesten y exijan habrá una respuesta de la institución o del médico, pero también reconoce que esta práctica es poco común entre los pacientes, pues es un comportamiento no apropiado.

Pues indiscutiblemente que si empiezas a pegar de gritos y te ven que eres relajenta y que todo, y que empieces a pegarles de gritos para que te atiendan, ahí delante de la gente, te van atender porque te van a atender... Pero no todas somos así, no toda la gente... es gente que se atreve, pero la mayoría de la gente pues no nos atrevemos... queremos buen servicio pero, supuestamente para eso estamos pagando los impuestos pues... para que haya medicamentos, que haya buen servicio... (E5).

La percepción de que hay que “atreverse”, en el sentido de lucha, es contraria a la de recibir el beneficio de un derecho por ser sujeta del mismo. Dalia expresa su inconformidad por no recibir una buena atención aunque se paguen impuestos para ello, pero al mismo tiempo piensa que se debe luchar por los derechos y ganarlos.

Consuelo fue la única que mencionó la posibilidad de entablar una demanda, debido a la negligencia médica de la que fue objeto al no recibir un diagnóstico oportuno, pero al mismo tiempo desestima dicha acción ante el diagnóstico confirmado, y expresa la resignación ante los hechos, “¿ya para qué?”:

Sí... y ahí ya en el oncológico me vieron, se asustaron, el doctor C enojadísimo y puso ahí en mi expediente que no era porque [no hubiera ido]... ‘Fíjese doctor, hicimos una limpia y ahí tiré las mamografías que tenía...’ Y dice: ‘¡Ay, señora, con eso le hubiéramos metido una demanda!’ , pero pues ni modo le digo, y yo le digo: ‘¿Ya para qué?’ (E8).

La expresión de resignación fue la misma en Idalia:

[¿Te explicó cómo o por qué?] No, no, yo le dije ese problema del doctor M, que me había dicho... ¿y qué iba hacer?, ya no había nada que hacer tampoco... ya el cáncer ya estaba... (E10).

Para hacer énfasis de nuevo, las mujeres pacientes no aluden al sentido de derechos, no sólo a través de expresiones explícitas, sino de otras acciones observables en la práctica o en sus narrativas como la toma de decisiones, la exigencia de servicios, o en el plano más general, la apropiación y ejercicio de sus derechos. En la mayoría de sus narrativas, se expresa una resignación mayor ante un estado de cosas percibidas como inamovibles y su autopercepción de impotencia para lograr una mejor atención. Dalia expresa al respecto lo siguiente:

como te digo pues, o sea que ahí atienden a un montón, no prestan su servicio que te hagan sentir que eres... pues que te están atendiendo a ti, o sea, cómo te podré decir, como individualista pues, que te digan... [¿Personalizado?] Personalizado, exactamente es la palabra, pues que digas tú, ahí sí es... a mí me están atendiendo cada vez... entendiendo, oyendo bien mi problema y me va ayudar o me da la solución (E5).

La observación en consulta dejó claro que la subordinación también se sostiene con los sentimientos de *vergüenza e incomodidad*, observados durante las distintas etapas de la consulta, pero en especial en la exploración ginecológica. Aquí cabría preguntarse hasta dónde representan un mecanismo de control sobre las conductas de las mujeres en su desempeño como pacientes, ya que la vergüenza es un constructo sociocultural con un gran peso en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, que tienen relación estrecha con los problemas mamarios y el cáncer de mama.

Bourdieu dilucida que las conductas de los dominados contribuyen a su propia dominación; para el caso presente, se puede entender la manera en la que las mujeres contribuyen a su propia dominación en la relación médica, por lo general sin saberlo, incluso quienes se resisten a ser exploradas terminan aceptando:

al aceptar tácitamente los límites impuestos, adoptan a menudo la forma de *emociones corporales* –vergüenza, humillación, timidez, ansiedad, culpabilidad– o de *pasiones* y de *sentimientos* –amor, admiración, respeto–; emociones a veces aún más dolorosas cuando se traducen en unas manifestaciones visibles, como el rubor, la confusión verbal, la torpeza, el temblor, la ira o la rabia impotente, maneras todas ellas de someterse, aunque sea a pesar de uno mismo y como de *mala gana*, a la opinión dominante y de manera también de experimentar, a veces en el conflicto interior y el desacuerdo con uno mismo, la complicidad subterránea que un cuerpo rehuye las directrices de la conciencia y de la voluntad que mantiene con las censuras inherentes a las estructuras sociales⁷⁷ (Bourdieu 2003, 55).

La dimensión sociocultural del cáncer en el ejercicio de derechos

Muchas descripciones de ahora en nuestros días, sobre enfermedades y padecimientos llevan implicaciones morales. Por ejemplo, las nociones de enfermedades crónicas y malignidad son derivados del latín ‘malus’ (evil).

B. TURNER (1995, 20).

Dos entrevistadas dudan y se preguntan si su cáncer de mama se desarrolló por su culpa, quizá por sus pecados. Todas aluden a su fe como camino a la salvación de su vida (curación del cáncer), y expresan resignación ante la posible muerte con la consabida frase: “Que sea lo que Dios quiera”, o la de “Dios sabe lo que hace y porqué lo hace”. Julia recuerda cuando recibió el diagnóstico:

De momento no, yo sentí coraje porque... sabe, no, ¿por qué a mí? Yo pienso que yo no le he hecho mal a nadie... Pero es que yo pensé así,

⁷⁷ Subrayado en el original.

fijese, como que era castigo [se le llenan los ojos de lágrimas], así lo tomé... (E11).

Socialmente, la palabra “cáncer” se equipara con “muerte”. Las mujeres enfermas de cáncer de mama aprenden a través del discurso médico que no necesariamente es así y que deben tener fe.

Las pacientes con este diagnóstico perciben que más que ir a la institución a exigir un derecho que les corresponde, la posible solución depende de un ámbito sagrado que adquiere concreción a través de un profesional como el médico, o cuando menos una buena parte de la solución.

La medicina, así como el derecho y la religión, califican la enfermedad, el delito y el pecado como desviaciones sociales; estas instituciones pertenecen al sistema de control social, según señalan Foucault y Freidson. Todas estas profesiones mantienen un discurso moral sobre su objeto de estudio y de trabajo.

El cáncer de mama viene a ser un castigo por los pecados cometidos, según palabras de algunas entrevistadas, o una prueba divina frente a la cual hay que demostrar que se merece salir airosa. Autores como Turner (1995) y Tavares y Bomfim (2005) se refieren a estas creencias como parte de la interpretación lega de la enfermedad, considerada temible y fatal. Frente a las declaraciones de las mujeres con cáncer, cabe hipotetizar y preguntarse si tienen en su mira responder a esta demanda de fe y no confrontar al status quo médico institucional, ya que sólo en el fondo de su percepción se mantiene una apreciación de su derecho a ser atendidas en los servicios de salud. Entonces es posible responder que la idea de cáncer alude directamente, por un lado, a su condición de creyente –la fe puede ayudarles o salvarles la vida–, y por otro, a su capacidad de gestora de recursos, de acudir a lugares y con funcionarios que pueden ayudarlos a resolver el problema. Esto forma parte de su “lucha” o “combate” contra la enfermedad, atendiendo el precepto bíblico de “ayúdate que Dios te ayudará”. En este sentido, como señala Good, en el hospital se vive, no sólo la construcción del cuerpo medicalizado, sino el ámbito del drama moral, donde la medicina “está implicada, profundamente, en

la imagen de lo que constituye el sufrimiento, del que todos deseamos vernos libres, y en la visión que tiene nuestra cultura de los medios de redención” (Good 2003, 166), en la atención al cáncer, por ejemplo, la lucha y la gestión por la salud se encamina a la salvación, según las narrativas de las mujeres enfermas, al responder con esfuerzo y sufrimiento. Y para los médicos, “la salvación o, por lo menos, una representación parcial de la misma, está presente en la eficacia técnica de la medicina” (Ibid., 167).

Pero su apreciación sobre un derecho a recibir una atención de calidad en su problema mamario, se ubica en expresiones y prácticas caracterizadas por la subordinación en los servicios de salud. En esta línea, se deben cuestionar los mecanismos que mantienen esta dominación y preguntarse respecto a las fuentes de cambio y las prácticas activas en la atención a la salud. Como sujetos sociales, las mujeres pacientes reciben la influencia de una serie de condicionantes socioculturales que aportan al mantenimiento o a la transformación de su estatus de subordinada, además se ha visto que la consulta médica no es un espacio social cuya función sea transformadora; más bien se aprecia una que tiende a mantener el status quo de la jerarquía médica en la atención de la población, a pesar de representar un espacio idóneo para ello, como señalan Matamala et al. (1995). Las fuentes de cambio pasarían por otros campos y no por el médico, una podría ser la participación de las mujeres en grupos organizados, como se señala en el estudio de Rivas, Amuchástegui y Ortiz (1999).

La ciudadanía de las mujeres pacientes se expresa, en términos generales, como un conjunto de preceptos apenas delineados a través de las prácticas que se han analizado. Todas ellas hacen uso de los servicios de salud públicos porque saben que allí sí pueden y deben ser atendidas, lo que expresa la apropiación sutil que se ha venido observando, aunque se encuentra cargada de ambigüedad, y es así como se vive en los servicios. No se pueden señalar las fronteras entre las diversas subordinaciones que viven como sujetos en sus procesos de atención a los problemas mamarios, pero sí podemos deconstruir las diversas prácticas y discursos que mantienen en sus descripciones.

Las mujeres sin servicios de salud de la seguridad social, de escasos recursos y baja escolaridad reciben mensajes desde distintos frentes que

les indican que sus estrategias de gestión son posibles hasta cierto punto, pero no las exigen ni las viven como derechos en los términos definidos en esta investigación. Sus nociones de derechos se diluyen ante conductas que los contradicen, pero que están permitidas y legitimadas en los servicios de salud.

Otros espacios a los que las mujeres acceden en sus procesos de atención, especialmente aquéllas diagnosticadas con cáncer de mama, tampoco contribuyen a su empoderamiento social, como enfermas que necesitan recibir una atención de calidad. Enseguida se hace una breve mención de los grupos de apoyo y autoayuda a los que acuden.

Redes y grupos asistenciales de apoyo a mujeres con cáncer

Las mujeres, al saberse con un problema de la magnitud del cáncer, buscan en menor o mayor medida, apoyos que solventen sus carencias de recursos. Las redes familiares y sociales son muy importantes para resolver el problema de los gastos de atención, pero en algunos casos, estuvieron ausentes, por lo que se recurrió a grupos asistenciales. En el cuadro 14 se aprecia el tipo de apoyo recibido por las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

A todas las entrevistadas, excepto Tania, les ayudaron sus familias y redes sociales; todas asistieron en menor o mayor medida al Grupo Reto de autoayuda; cuyo apoyo es sobre todo psicológico en los procesos de atención, así como al pago o descuentos de estudios como la mamografía.

Por su parte, la Agrupación George Papanicolaou, fundada en 1984, cuenta con una clínica de detección oportuna –con la participación de médicos especialistas– que canaliza a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama o cérvix. Este grupo tiene un albergue para mujeres de otras localidades que acuden a los servicios en la ciudad de Hermosillo, que no cuentan con familiares o amigos que puedan recibirlas. Ahí se les proporciona el transporte a los hospitales que deben acudir y trabajan en acciones conjuntas con el Grupo Reto.

Cuadro 14

Redes de apoyo de las mujeres con cáncer de mama

Mujer paciente	Red familiar o social	Institución pública o servicios de salud	Grupos de ayuda o de autoayuda	Tipo de ayuda recibida
E4 Verónica	A través de la líder de su colonia, del político y de su familia	Hospital DIF	Grupo Reto	Medicamentos, exención de pago en el hospital y apoyo psicológico
E6 Eloísa	De su familia, que solventó los gastos	Hospital	Grupo Reto	Apoyo psicológico
E8 Consuelo	De su familia	Hospital	Grupo Reto	Descuento en el costo de la cirugía; apoyo psicológico
E9 Tania		Hospital	Agrupación G. Papanicolaou, Grupo Reto	Exención de pago, pago de estudios y análisis, albergue y traslado; apoyo psicológico
E10 Idalia	De su familia	Hospital	Agrupación G. Papanicolaou, Grupo Reto	Descuento en el hospital, en estudios y análisis y apoyo psicológico
E11 Julia	De su familia	Hospital	Grupo Reto	Descuento en el hospital; apoyo psicológico

Fuente: elaboración propia.

Ambos grupos pertenecen a la asistencia privada. La agrupación es financiada principalmente por un patronato de empresarios, aunque cuenta con un amplio grupo de voluntarios; tiene presencia en varias localidades del estado y mantiene relaciones sólidas con instituciones de salud, a través de la SSA. Entre sus actividades está la difusión de información sobre el cáncer de cérvix y mama, aunque en últimas fechas ha incluido al cáncer de próstata en su folletería.

El Grupo Reto es de creación reciente, pero mantiene una estrecha relación de colaboración con el hospital especializado en oncología; cuenta con pocos recursos propios, pero ha desarrollado una importante presencia en el proceso de acompañamiento y asesoría de las mujeres con cáncer de mama que llegan a sus sesiones. También realiza actividades de difusión, apoya y enseña la elaboración de prótesis de bajo costo a mujeres que lo deseen, y vende pelucas, turbantes y prótesis baratas en las instalaciones del propio hospital.

El Grupo Reto ofrece un mayor acompañamiento a las mujeres con cáncer, a través de asesoría psicológica e informativa. Las coordinadoras expresan que la falta de información es una de las mayores demandas en sus sesiones porque los médicos no la ofrecen, por ello uno de sus objetivos principales es proporcionarla. Una de las entrevistadas (L) expresa al respecto:

–C: He visto que es una queja, a veces casi en forma de comentario, que [las mujeres] expresan su malestar por no recibir información oportunamente.

–L: Así es, siempre ellas se quejan por eso.

–C: ¿Y qué hace Reto respecto a esas quejas?, me imagino que tú como terapeuta y como miembro de Reto lo ves cotidianamente.

–L: Sí, pues nosotros les damos la información, y algunos temas, y ya ves que con eso los médicos siguen igual.

–C: Sí, recuerdo a las señoras que van de otros servicios.

–L: Sí, aquí es algo que cuidamos, pero de todas maneras los médicos, ya ves que dan poca información.

–C: Me di cuenta que en las dos salas de espera hay un póster sobre los derechos de los pacientes...

–L: Sí, hace tiempo que los pusieron.

–C: ¿Y las mujeres te han hablado sobre sus derechos de pacientes?

–L: ¡No!, para nada, de eso no se habla así...

–C: Yo he visto que nadie lo hace, ¿y ustedes como grupo lo hacen?

–L: Pues a veces que nos piden alguna orientación, pero no en casos legales, esos no los vemos.

–C: ¿Por qué consideras que las mujeres no se apropian de sus derechos?

–L: Pues creo que es una cosa cultural, ellas creen que si se quejan los médicos ya nos les darán bien los tratamientos.

–C: ¿Es decir, que ellas desconfían de los médicos en la forma en que llevan los tratamientos?

–L: Sí, creo que sí, pero de todas maneras ellas hacen lo que los médicos les dicen.

–C: Las pacientes, la mayoría son bastante pasivas...

–L: Sí, son pasivas.

–C: ¿Cómo es posible que estén entre la pasividad y la desconfianza?, eso he visto en algunas de mis entrevistadas.

–L: Sí, así es, ellas se confían plenamente de los médicos.

–C: ¿Pero no crees que también es de más?, por un lado, ¿y luego también desconfían?

–L: Sí, así es... Ellas no ejercen los derechos, creo que ni los conocen realmente. Fíjate lo que pasó, pusieron esos carteles, pero, ¿y? (CGR1).

La posición del Grupo Reto es de plena colaboración con el gremio médico, a pesar de algunas diferencias en cuanto a la práctica, sobre todo, la omisión de información importante para el cuidado de las pacientes. Sin embargo, consideran que suplen de alguna forma esta carencia. Reto nació con el apoyo de uno de los directivos del hospital, por ello tienen un espacio en el mismo para sus sesiones y pláticas informativas. Aunque su trabajo abarca la difusión a través de su presentación a otros grupos y

escuelas que lo solicitan, éste es modesto todavía. Su trabajo principal se reduce a las llamadas sesiones de autoayuda, así como a asesoría psicológica que llevan a cabo en ese espacio institucional. Una de las coordinadoras expresa una diferencia con el personal médico, pero termina aceptando que la relación se desarrolla de esa manera:

–L: Si no te creas. Hay ciertas cosas en el hospital, aun con toda la buena atención que tiene, yo no digo que no, pero a veces [...] Y luego, ¿no te ha tocado que no les dicen, o que no se les había diagnosticado bien?

–C: Sí, me ha tocado, apenas acabo de hacer dos entrevistas en las que se quejaron de que no les diagnosticaron a tiempo, a pesar de haber insistido con sus médicos.

–L: Sí, es terrible eso, aquí llegan muchos casos de esos.

–C: ¿Y qué haces tú como terapeuta? Porque me imagino que te cuentan su experiencia en la consulta.

–L: Pues les doy alguna orientación o más información (CGR1).

Como se había dicho antes, la condición para la formación de los grupos locales es que participen mujeres que hayan tenido o tengan cáncer de mama, con el objetivo de prestar testimonio de su mejoramiento y procesos de atención. La ventaja es que ellas conocen mejor los procesos por los que pasan las mujeres con cáncer de mama o con mastectomía. Una de ellas (M) expresa que eso también ha permitido cuestionar la falta de información accesible y oportuna a las pacientes, lo cual ha generado problemas que se reflejan en el poco apoyo que reciben del gremio médico, a pesar de estar en la misma institución.

–M: Esto ha sido una discusión, muchos médicos no creen en nosotros, en el trabajo de Reto. ¿Te acuerdas de aquella reunión donde una de las señoras se quejó de porqué ella no se enteró de nosotros? Mira a pesar de que nosotros nos hemos presentado a muchos médicos, ellos saben que estamos aquí para ayudar, para orientar, ellos no nos avisan, ni nos mandan a las pacientes, ¿por qué?, porque no creen en nosotros.

–C: Pero ¿por qué no creen en ustedes?, ¿será que no están de acuerdo con ustedes?, ¿en cómo hacen su trabajo?

–M: Pues no sé, pero no creen en nosotros. No es tanto la falta de información sobre lo que hacemos.

–C: Es que quizás no están de acuerdo, y eso que ustedes están aquí, en este espacio.

–M: Pues fíjate, por eso, pero por ejemplo allí en el [hospital] Infantil les hemos dicho que nos pueden llamar, que nosotros podemos ir a visitar a las pacientes cuando reciben un diagnóstico así y nada, nunca nos llaman.

–C: Es verdad, en alguna entrevista con un médico, él me dijo que allí en el hospital había un departamento de apoyo psicológico y que podían hablar con las pacientes que recibían este diagnóstico.

–L: [Interviene la otra coordinadora] No, yo nunca he sabido de que haya ese apoyo allí. De veras que no sé, siempre he sabido que no hay. De hecho ya sabes que muchas mujeres que llegan aquí, ya vienen con la cirugía y nunca recibieron ningún tipo de apoyo (CGR2).

Algunos médicos entrevistados en el hospital donde se hizo la investigación refirieron que había apoyo psicológico para las mujeres con un diagnóstico de cáncer, sin embargo, ninguna de nuestras pacientes entrevistadas recibió o fue canalizada para allá. En la entrevista con las coordinadoras del Grupo Reto se confirmó que el hospital no ofrece ese servicio. Esto nos da pie para señalar de nuevo las inconsistencias entre el decir y el hacer, y la desinformación entre los prestadores sobre otros programas existentes en la institución. La entrevista con el Grupo Reto fue valiosa en tanto se reconfirmaron prácticas que se han señalado antes, fundamentalmente la negación de información de parte de los médicos y otros prestadores, así como la necesidad de que las mujeres la reciban para llevar un mejor autocuidado posoperatorio.

–M: Es increíble que las mujeres no reciban información, sobre todo después de la cirugía [mastectomía], y mira que el cuidado del brazo

es muy, pero muy importante y no se lo dicen, puedes incluir esa pregunta a tus entrevistadas, dígame, ¿el médico le informó cómo debía cuidarse su brazo?, y te aseguro que nadie te va a contestar que sí, a nadie prácticamente se le informa.

–C: Pero, ¿qué no es una información básica de cuidados posoperatorios?

–M: Sí, definitivamente. Aquí nosotros hasta tuvimos problemas porque les insistíamos a las señoras que no se dejaran inyectar, sacar sangre, o tomar la presión o pinchar algún dedo del lado del brazo que se operó, pues eso es malísimo, puede provocar una (linfedema), y las enfermeras, los enfermeros, no entendían, se enojaban cuando las señoras les decían que en ese brazo no, y ellos les mal contestaban diciendo que por qué no, que allí tenían que ser, que debían tomar la presión o tomar sangre, y las señoras insistían que de ese brazo no, pues podían lastimarlas, y ellos se enojaban diciendo que no era cierto, que no pasaba nada. Mucha ignorancia, mucha desinformación entre ellos, faltaba mucha capacitación. Incluso hubo una vez en que un enfermero se enojó y dijo que nosotros estábamos exagerando, que nosotros no teníamos la razón, cuando nosotros, ya habíamos pasado por allí, ya sabíamos a lo que nos exponíamos (CGR2).

La experiencia del Grupo Reto le ha permitido mantenerse en colaboración con el hospital especializado en oncología, y a pesar de ser un grupo con pocos recursos, cumple la función principal de brindar acompañamiento y asesoría a mujeres con cáncer; a ellas se les ofrece información accesible, *tips* para mejorar los cuidados, la traducción de términos que los médicos expresaron y no entendieron, así como información sobre tratamientos y otras opciones. Esta es una primera lectura que hay que reconocer: las funciones que Reto realiza, no las hace ningún otro grupo en la ciudad, o en otras partes del estado. Pero hay otra lectura que podría quedar delineada aquí. El grupo reconoce la asimetría en la relación médico-paciente, la falta de una atención completa al no brindarse información, y la ausencia de apoyo de los prestadores al no dirigir a sus pacientes hacia la ayuda que ellas pueden ofrecer, sin embargo, no pasa de ser una

organización asistencial que no tiene entre sus objetivos lograr un cambio en la atención médica establecida.

En esta segunda lectura, se podría decir que estos grupos cumplen una importante función ideologizadora del sistema médico, representan una asistencial que no plantea entre sus objetivos cuestionar el status quo del sistema de atención, y termina generando una serie de prácticas desalentadoras para las mujeres respecto a exigir una atención de respeto a sus derechos. Su función es valiosa, pero cuestiones como género, derechos, ciudadanía, desigualdad, jerarquía y violación de derechos son asuntos que están fuera de su interés como organización.

RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES

La pregunta central de investigación indagó sobre cómo se presenta el derecho a la calidad de la atención para las mujeres pacientes en el servicio de salud, es decir, cómo ejercen o no su derecho a recibir una atención de calidad, en un problema específico de salud reproductiva como la patología mamaria, incluyendo al cáncer de mama como uno de los principales. La calidad de la atención es un derecho de todos los ciudadanos, respaldado por los alcances del reconocimiento social y estatal, y por la incorporación explícita en la legislación y normatividad que de alguna manera ha permeado la atención en los servicios de salud, aunque no ha sido un proceso amplio y homogéneo. Sin embargo, desde la voz de las mujeres, la calidad de la atención se relativiza en la cotidianidad de la atención a sus problemas de mama, sin que ellas, *motu proprio*, reconozcan que representa una serie de violaciones a sus derechos en el cuidado de su salud.

El interés en deconstruir las prácticas alrededor de la calidad de la atención e identificar cómo se expresan los derechos en la atención médica de las mujeres, fueron dos focos de cuidado en un proceso de indagación paralelo. La construcción de nuestro objeto de estudio, desde una perspectiva sociológica, implicó reconocer las dimensiones sociales presentes en la construcción de la calidad de la atención en los servicios de salud, en particular en el espacio de la consulta médica y en la relación médico-paciente.

Esta construcción también supuso rebasar la visión dominante en el estudio y evaluación de la calidad en salud, limitado a los abordajes administrativos y gerenciales, que ubican el problema en un plano fundamentalmente técnico-administrativo. Uno de los mayores aportes de esta investigación ha sido la construcción del objeto de estudio desde una perspectiva sociológica, que pone en discusión otras dimensiones de la calidad que han quedado poco reconocidas, como el derecho a la misma, así como la construcción cotidiana de las relaciones de poder, dominación y subordinación en la institución de salud y en la relación médico-paciente; se reconoce además la importante participación de la lucha de las mujeres para lograr una mayor equidad en la atención de su salud, que ha visibilizado deficiencias y violaciones a sus derechos en este sensible aspecto de su vida.

En nuestro país, este campo de estudio es prometedor, pero aún limitado en su producción teórica y metodológica, por ello se considera que esta investigación puede ser una aportación a este campo del conocimiento.

La presente recapitulación ofrece un recuento de los hallazgos principales, atendiendo las preguntas de investigación, y concluye con un breve redimensionamiento teórico-metodológico sobre su pertinencia en este tipo de estudios. Pero antes de desarrollar dichos puntos, nos interesa recordar dos asuntos:

a) Se ha discutido que la salud constituye un bien social y un derecho humano, y que es parte del bien social que el Estado garantice a la población criterios de universalidad y equidad. Como ciudadanas, las mujeres tienen derecho a recibir una atención que respete su autonomía en la toma de decisiones, su dignidad y privacidad, además de obtener una calidad técnica que asegure la resolución y mejoramiento de su calidad de vida. Sin embargo, se ha mostrado que tales derechos se relativizan en la cotidianidad de la atención, poniendo en discusión que sean respetados.

b) Se ha partido de que para comprender los mecanismos de reproducción de prácticas y discursos alrededor de la calidad de la atención es necesario utilizar un abordaje metodológico, que privilegie el estudio de la cotidianidad de la atención a la salud de las mujeres, a nivel microso-

cial y con un abordaje cualitativo, que permita acceder a la subjetividad de los informantes, sus opiniones y experiencias, así como algunas de sus prácticas, al tiempo de reconocer las condicionantes macrosociales presentes en la institución, la cultura médica y las condiciones de vida de los actores. En el mismo sentido, el marco teórico que guió el análisis incorpora un abordaje que reconoce tales niveles en la conformación del problema, pero mantiene la flexibilidad suficiente para construir, desde el estudio empírico, otros conceptos en conjunción con el resto.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN: DEFINICIONES Y PRÁCTICAS

Para dilucidar la forma en que se presenta el derecho a una atención de calidad en la cotidianidad del servicio de salud, debe comprenderse que existen distintas definiciones de calidad de la atención que se expresan en las prácticas de la atención médica. Las diferencias de estas definiciones entre prestadores, directivos y funcionarios de la calidad en los servicios de salud dependen de su posición en el campo médico, su responsabilidad institucional y si se está frente a la paciente, pero todos comparten un trasfondo teórico-político que se refiere al modelo hegemónico de la medicina, social y profesionalmente legitimado.

En la literatura se señala que el concepto de calidad es multidimensional y relacional, que depende del contexto sociohistórico que la condiciona y la determina. Dentro de estas diferencias, el modelo donabediano puede considerarse como la visión hegemónica en el estudio y evaluación de la calidad en México y Latinoamérica, desde hace más de dos décadas. Su traducción a las prácticas de calidad asume que en tanto la organización, la infraestructura y los recursos sean usados con eficiencia, el resultado necesariamente será una mejor calidad de la atención que se reflejará en la satisfacción de las pacientes. Sin embargo, la visión del modelo, a pesar de incluir al paciente como un eslabón importante de la cadena de la calidad, queda subsumida a dar una opinión sobre la atención recibida y no se plantea incidir en lo que representa el dominio simbólico del médico, la consulta médica y la relación médico-paciente.

Existen dos diferencias básicas entre los funcionarios encargados de implementar las acciones para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud y los directivos de la institución: una referida a la toma de decisiones locales y la operacionalización de las medidas acordadas, y la otra, a la relación de los directivos con los médicos (operativos) de la institución, la cual se caracteriza por el respeto a la autonomía del médico, en su desempeño en la consulta.

Respecto a los médicos, en las narrativas se identifican dos ámbitos distintos, tomados en cuenta para definir y considerar cómo es la calidad de la atención. Por un lado, y esta asociación es enfatizada especialmente, se alude a la falta y uso de recursos; su percepción es que la institución y el Estado deben cubrir dichas necesidades, así como decidir las acciones de calidad que mejorarán la organización y la eficiencia de recursos. El segundo ámbito se refiere a su desempeño profesional en la consulta médica y su trabajo en quirófano; se asume que su capacidad técnica y su ayuda a las pacientes aportan y aseguran la calidad reconocida en la institución. Es decir, para los médicos la responsabilidad de la calidad recae en condiciones externas al ámbito de la consulta y sus intervenciones quirúrgicas, pues en éstas ya se encuentra asegurada por ellos. Las diferencias en el discurso y en las prácticas se resumen en el cuadro 15.

Como se observa, las mujeres pacientes reducen su percepción de una buena calidad de la atención, a que el médico las atienda bien y brinde información sobre su problema.

Sin embargo, y de manera consistente, la paciente es tomada como objeto, no como sujeto activo de la atención, en un doble sentido: a través de la relación médico-paciente que es de poder, y mediante la función docente que representa la consulta médica, que se asume que no es un espacio de conflicto, y las quejas conocidas de las pacientes se minimizan y obvian para continuar sosteniendo las mismas prácticas. La función docente de la consulta participa de este objetivo, al representar la oportunidad de formación para los nuevos especialistas, y fortalece los hábitos de los involucrados. De esta manera, la consulta médica, en su función docente, no sólo forma nuevos profesionistas en el desempeño jerárquico, sino además enseña a las pacientes a reconocer esta jerarquía.

Cuadro 15

Discursos y prácticas de la calidad de la atención de los actores

Posición	Definición/discurso	Práctica
Funcionarios	La calidad se considera un área aparte Es cuestión de cultura, al interior de las instituciones Es muy difícil cambiar patrones culturales Hay un rezago en calidad	Buscar la eficiencia administrativa y organizacional Talleres de sensibilización sobre la necesidad de incorporar la calidad como responsabilidad de todos
Directivos	La calidad como buena organización y eficiencia	Cambios en área física, mejoramiento de procedimientos administrativos y eficiencia en la prestación del servicio
Médicos	Calidad se equipara a recursos (de infraestructura, tecnología y económicos) Calidad asumida con su desempeño técnico en la consulta médica y su función profesional de ayudar al paciente	Se mantiene una relación de dominio y jerarquía en la relación médico-paciente Se mantiene una posición fuera de la toma de decisiones institucionales respecto a la calidad
Enfermeras	Que los médicos atiendan bien Que la institución se organice bien	Hacer bien su trabajo de apoyo al médico Responder a las preguntas de las pacientes y ayudarlas en lo posible
Pacientes	Que el médico las atienda bien Que el médico dé información sobre su problema	Conducta fundamentalmente pasiva en su interacción con el médico No preguntan o piden información

Fuente: elaboración propia, con base en información de entrevistas.

Un hallazgo relevante ha sido el reconocimiento de las diferencias entre el decir y el hacer de los médicos, documentadas en las distintas fuentes de información de la investigación. Hay que subrayar cómo estas inconsistencias se interrelacionan e influyen mutuamente, que en palabras de Bourdieu recuerdan que la lógica de la norma, no es la lógica de las prácticas. Vale la pena vincular este hallazgo con la pertinencia de las técnicas definidas para el estudio, pues dio la oportunidad de reconocer ambos niveles en campo. Los médicos hablaron de manera clara del “deber ser” de las prácticas de calidad en su consulta, pero por otro lado, la observación de la relación médico-paciente aportó información sobre la expresión de la lógica de las prácticas, siendo en ocasiones contradictorias al discurso.

En un estudio sobre los servicios de salud del IMSS en México, Salas (2004) llega a conclusiones similares e identifica que los médicos mantuvieron tres cosas en común: lo que expresan discursivamente como el “deber ser”; la distancia práctica entre esto y lo que hacen y la omisión discursiva respecto a la relación médico-paciente, el entorno laboral y las características particulares de los pacientes.

Nuestro análisis comprobó, a través del concepto de habitus, que los médicos, en tanto sujetos sociales, son profesionales que expresan las características principales del campo de ejercicio al que pertenecen y asumen dicha cultura como algo dado; su formación y pertenencia al gremio les provee una serie de herramientas para el desempeño en la consulta. En su relación con la paciente, se expresaron una serie de prácticas caracterizadas por el dominio en la relación (al dirigir, indicar, prescribir, manipular y controlar las distintas rutinas, así como participar en la toma de decisiones), la jerarquía en la toma de decisiones y la exclusión de la paciente del saber, el cual resulta un dominio exclusivo de su formación.

El cambio sociopolítico no va a la par del cultural, como lo expresó uno de los funcionarios estatales. Los argumentos planteados en la normatividad y en los documentos programáticos del programa de La Cruzada señalan que la calidad de la atención debe pasar por un cambio cultural en la práctica médica. Sin embargo, no han ocurrido cambios evidentes y consistentes que corran paralelos a los logrados en la legis-

lación y en el reconocimiento social de los derechos. Si bien es cierto que en la práctica médica el asunto de la calidad, desde un marco de derechos, se ha ido abriendo camino poco a poco, sobre todo en el discurso aún persiste y se mantiene una definición que es equiparable a recursos, y el prestador se autorreconoce en ella asumiendo que su desempeño técnico y humano es suficiente para asegurar la calidad de la atención, sin cuestionar prácticas que atentan contra los derechos de las pacientes, sobre todo los referidos al acceso a la información, toma de decisiones, respeto a la dignidad y su privacidad de ciudadanas.

Las enfermeras y el personal paramédico de apoyo en la consulta expresaron que su función fundamental es asistencial al trabajo de los médicos. Su opinión respecto a la calidad se refirió a dos asuntos: su desempeño técnico como apoyo en la consulta y el acompañamiento que dicen prestar a las pacientes. Hay que destacar que al reconocerse más cercanas a las mujeres, su discurso se diferencia del resto de los prestadores, aunque no podemos asegurar estas afirmaciones en términos de prácticas, ya que durante la observación sólo se comprobó su función de apoyo. Lo que sí pudimos constatar es que las pacientes en consulta no se dirigen a ellas casi para nada.

En resumen, el concepto de calidad es una noción cercana a estos actores, pero el de derechos es todavía lejano en sus discursos. Lo mismo pudo comprobarse en las narrativas y prácticas de las mujeres pacientes, información que fue reafirmada por los propios médicos.

Las mujeres pacientes participan en una relación desigual, donde la distribución del poder en la institución se les presenta en distintos niveles y matices. Por lo general, las entrevistadas afirmaron que la calidad en el hospital es buena, algunas dijeron que era “muy buena”, ya que cuenta con buenos médicos. Sin embargo, al profundizar en sus experiencias manifestaron una serie de inconformidades, preocupaciones y dudas respecto a la atención recibida. El asunto detrás de estas inconformidades fue un punto central en el análisis para entender porqué las mujeres actúan como lo hacen frente a prácticas médicas con las que no están de acuerdo, o bien, porqué no preguntan durante la consulta, a pesar de tener dudas o no haber entendido el diagnóstico y los tratamientos o

procedimientos a seguir; es decir, cuáles son los mecanismos que mantienen o reproducen estas prácticas.

Uno de los mecanismos de reproducción se refiere al manejo de las expectativas de las mujeres pacientes al llegar al servicio de salud y frente al médico, que expresan la relación cercana entre pobreza, género y expectativas bajas; otros estudios han llegado a conclusiones similares al demostrar que las expectativas de las pacientes son más bajas en tanto tienen menos recursos y opciones de otros servicios de salud (Figueroa 1991, 1999b; Gómez G. 2002b; Lantis, Green y Joyce 2002). En otros se ha demostrado que estas expectativas son formadas por la experiencia de ser tratadas con poca diligencia y respeto, en tanto son mujeres pobres (Creel, Sass y Yinger 2002a).

Algunos médicos y enfermeras señalaron que las pacientes sí se quejan, pero no de manera formal, es decir, por escrito. Un directivo señaló que no se recibían muchas quejas más allá de las “usuales”, pero que éstas no llegaban a ser demandas legales, y cuando existían, solían arreglarse a través de acuerdos.

Las mujeres usuarias y pacientes consideran que si se quejan o no siguen las reglas de la institución y de los médicos, no serán atendidas. Una de las entrevistadas expresó que el médico podría darle una atención deficiente. Aunque puede ser un argumento de peso para explicar sus conductas, la débil posición en la que se ubican frente a los prestadores en la institución, las lleva a creer que las condiciones de la atención son un ámbito lejano a su influencia, apreciación que a su vez influye en una toma de decisiones enmarcada en un margen de libertad limitado. La situación de pobreza en la que viven, y los escasos recursos con los que cuentan restringen sus opciones de atención, por lo que su dependencia al lugar al que acuden se magnifica, sobre todo cuando se trata de problemas de salud tan graves como el cáncer de mama. En estas expectativas se observa lo que Bourdieu señala como el habitus de los sujetos, que nos hace guiarnos en la vida y confiar en lo que ya está establecido.

El concepto de calidad de la atención tiene definiciones distintas entre los actores involucrados, aunque se identifica un trasfondo teórico común en los planteamientos del modelo donabediano. Sin embargo, estas dife-

rencias suelen ser mucho más significativas en su traducción a prácticas en la consulta médica. Por un lado, los directivos y funcionarios hablan abiertamente de la necesidad de lograr cambios en la dimensión cultural de la práctica médica, aunque no se formulan acciones que intervengan en el dominio de la consulta respetando la autonomía en el desempeño profesional; por otro lado, los médicos se mantienen al margen de la toma de decisiones en ese tipo de medidas, ya que las asigna como propias de las áreas directivas y administrativas. Esta distancia entre discursos expresa las diferencias entre quienes toman las decisiones, y entre quienes mantienen el control sobre su espacio de atención y están en contacto directo con las pacientes.

EL DERECHO A UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

A partir del movimiento amplio de mujeres en el escenario nacional e internacional que demandó una mayor equidad y aplicación de la perspectiva de género en las políticas públicas, el Estado ha reconocido que la calidad de la atención representa una seria limitación en los servicios de salud. Los logros del movimiento se han reflejado en distintas normativas y líneas programáticas de la política en salud que plantean acciones específicas con distintos alcances.

A pesar de los cambios sociales y políticos ocurridos en las últimas dos décadas en México, relativos al reconocimiento de un conjunto de derechos dentro del marco de los derechos sociales, el cambio cultural en la población que impulse su apropiación y ejercicio no ha sido un proceso claro y homogéneo, al conjugarse con una serie de condicionantes sociopolíticas y económicas que no posibilitan su desarrollo. Las mujeres pobres, con menor escolaridad y condiciones de vida precarias no poseen un desarrollo pleno como ciudadanas, que les permita un ejercicio de derechos en la atención de su salud. Su posicionamiento social en desventaja en un campo social como el médico, obstaculiza la apropiación de derechos. En esta investigación se ha privilegiado la observación del derecho a la información, a la toma de decisiones y al respeto de la dignidad y privacidad de la paciente.

Nos preguntamos cuáles serían los mecanismos por los que las prácticas violatorias de derechos se mantienen y se reproducen en la atención médica. Recordemos que los derechos mencionados están establecidos en distintas normatividades y se han explicitado en diversos niveles alrededor del derecho a recibir una atención de calidad. Un derecho reconocido ampliamente en la normatividad es al de la información y al consentimiento informado, así como el respeto a la dignidad y a la privacidad de las pacientes, pues expresan derechos humanos como la autonomía (autodeterminación) contenidos en la categoría de ciudadanía de todos los individuos. Todas las ciudadanas, en tanto integrantes de una comunidad, tienen el derecho a decidir sobre su propio cuerpo como expresión de su capacidad de autodeterminación. Es en este sentido que se traduce el derecho a una atención de calidad en salud.

El cáncer de mama, una patología seria de la salud reproductiva, es un diagnóstico grave para quienes lo viven, aunque la literatura reporta que una detección temprana aumenta las expectativas de resolución. Sin embargo, para las mujeres pobres o que no cuentan con servicios de salud de la seguridad social, esta situación se convierte en algo de vida o muerte, pues su atención depende de los recursos que obtiene en sus redes familiares y sociales, y de la gestión de apoyo en las instituciones. Podríamos pensar que esta gravedad podría “activar” la capacidad de las mujeres como ciudadanas para hacer uso del derecho a la atención, sin embargo, su apropiación incipiente refleja prácticas de subordinación, acatamiento de indicaciones y la expectativa de ser bien atendidas; su interés en obtener los apoyos y avanzar en el proceso de atención, subordina cualquier práctica que pueda ser confrontacionista en el servicio de salud.

Esta conducta no es un proceso de decisión consciente, es decir, racionalizar la toma de decisiones en un sentido o en el otro. Se acepta que la institución y los médicos establecen las reglas; que los profesionales tienen el poder del saber y seguir las indicaciones en aras de “que todo salga bien”, como manifestaron varias entrevistadas. Entre las mujeres pacientes se expresaron indicios, en situaciones imaginarias, de prácticas que confrontan estas reglas, pero que están fuera de su desempeño. Quizá esto indique la apropiación de nuevas conductas en su tránsito por los

servicios de salud, aunque por lo que se expresó en sus trayectorias de atención, se trata de un proceso todavía incipiente.

Las prácticas violatorias de derechos acotados a este ámbito se resumen en el cuadro 16.

Cuadro 16

Prácticas violatorias de derechos

- Los prestadores no aclaran a la paciente quién la está atendiendo
- No se pide el consentimiento de la paciente para ser explorada o consultada por los médicos en formación (residentes)
- No se ofrece una información accesible y oportuna en consulta
- No se ofrece información clara y básica sobre cuidados posoperatorios, lo que puede entorpecer la recuperación (riesgos)
- No se ofrece información sobre efectos colaterales y riesgos para la salud de los medicamentos recetados
- Irrupción de otros prestadores al área de exploración, que viola la privacidad y el pudor de la paciente
- El médico no pregunta a la paciente sus dudas, ni se asegura de que todo haya sido comprendido
- No hay indicaciones claras sobre los procedimientos en la exploración ginecológica
- No hay explicación sobre la observación en la exploración ginecológica
- No hay asesoría psicológica antes de la cirugía, por lo que se incrementa la incertidumbre y la angustia
- No hay acompañamiento durante el proceso (diagnóstico, cirugía, recuperación)
- No hay criterios claros para el acceso a los recursos destinados al programa de atención del cáncer de mama
- No se explican los procedimientos de presentación de quejas. No hay un buzón visible para ello
- Se descalifican los saberes de las pacientes
- No se explica en qué consiste el consentimiento informado

Fuente: elaboración propia.

Aunque hemos mostrado este conjunto de prácticas violatorias de manera precisa, acotadas a la práctica médica y a la institución de salud, no quiere decir que se den de manera aislada en este espacio; tampoco que los prestadores obren de mala fe, con malas intenciones, por incapacidad y de manera racional. Además, no todos los médicos, los prestadores, ni en todas las consultas se observan este tipo de prácticas; muchas de ellas no se observan, otras veces son sutiles o encubiertas, en ocasiones sólo se presenta una, pero puede ser de tal magnitud que minimiza otras menos trascendentes.

De nuevo debe enfatizarse que detrás de esto se identifican las condicionantes sociopolíticas, culturales y económicas más amplias que van conformando las prácticas. Hay que recordar también que en el espacio de la atención de la salud se expresan los habitus no sólo de los profesionales, sino también los de las mujeres pacientes, quienes ponen en escena sus propias condicionantes (pobreza, bajas expectativas y pasividad, por ejemplo).

En este sentido, ¿cuáles son los mecanismos que permiten, fomentan y legitiman prácticas violatorias de derechos en la atención? Éstos representan las múltiples dimensiones que repercuten en las prácticas de calidad en las instituciones. Dichos mecanismos rebasan los acotados al espacio de la consulta médica y la propia institución, pues en ellos confluyen distintas condicionantes que van formando el entramado social que las permite, fomenta y en dado caso, las enfrenta con acciones afirmativas que buscan disminuirlas.

En el cuadro 17 hemos agrupado mecanismos que legitiman prácticas violatorias, que de manera sistemática se registraron en las distintas fuentes. Entendemos por mecanismo un proceso, es decir, una sucesión de pasos, así como la estructura de un cuerpo generado por una combinación de sus partes constitutivas. Un mecanismo es una “estructura de un cuerpo natural o artificial, y *combinación de sus partes constitutivas; proceso (sucesión de fases)*” (RAE 2005). De esta forma, un mecanismo central se refiere al fuerte control de la profesión médica que interviene no sólo en la formación de nuevos profesionistas, sino en la exclusividad de su saber técnico, que rebasa las áreas propiamente técnico-médicas

que excluyen al sujeto al que se dirige su trabajo, convirtiéndolo en objeto de la atención. El control también se ejerce para evitar la injerencia de otros grupos no especialistas en la relación médico-paciente.

Otro mecanismo es la forma en la que funciona la pobreza en las conductas de las mujeres. Entre nuestras entrevistadas, el sentido de precariedad estaba definido por la falta de empleo del esposo; aunque sus condiciones de vida generales no rayaban en la falta de alimento, debían acudir al hospital como único recurso de atención al no contar con otra opción. La pobreza determina fuertemente sus expectativas en la atención, así como las prácticas en torno a ella. De esta manera se va conformando lo que hemos llamado triple subordinación.

Aunque nuestra investigación ha profundizado en el nivel microsocioal, vale insistir sobre otras condicionantes que confluyen en los mecanismos señalados, que aportan a la complejidad y a la necesidad de un análisis relacional en el estudio del derecho a una atención de calidad.

Las mujeres siguen siendo diagnosticadas de manera tardía en etapas avanzadas del cáncer, y esto disminuye sus expectativas de vida y encarece los costos de la atención. En tal situación interviene no sólo el acceso a una atención oportuna, sino recibir una de calidad, en términos técnicos y de respeto a sus derechos, que permita comprender la mejor forma de optimizar su calidad de vida. La falta de recursos que se destinan al programa en el ámbito nacional, no ha permitido una mayor socialización de los recursos diagnósticos para una detección temprana; por otro lado, el problema de salud, catalogado como de salud pública por sus alcances poblacionales y de pérdidas humanas, no ha sido asumido por grupos organizados que demanden una atención prioritaria de manera sistemática y vaya posicionando el tema en el imaginario social de la población.

La atención que el Estado ha prestado al problema alude a una falta de recursos, caracterizada por las medidas de restricción presupuestal que ha permeado al sector salud desde hace más de dos décadas; cuya reforma, realizada en el marco de un modelo económico de corte neoliberal, ha privilegiado una política pública que se focaliza en los grupos más pobres, donde las prioridades de atención no incluyen necesariamente al cáncer de mama.

Cuadro 17

Mecanismos que legitiman prácticas violatorias

<p><i>Institución, prestadores y tomadores de decisiones</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuerte control de la profesión médica sobre la formación y el desempeño de sus profesionales (formación de habitus médico, violencia simbólica, el derecho de entrada a campo) • Fuerte jerarquía interior y exterior de la profesión médica, reconocida socialmente (legitimación) • A través de la organización institucional se asegura la autoridad en el funcionamiento del servicio, que debe ser respetada por los pacientes • Los pacientes son el objeto de los servicios, no sujetos activos (dominación) • Los prestadores depositan la responsabilidad de la calidad en la institución y el Estado, por la falta de recursos • La coexistencia de distintas definiciones de calidad se traduce en prácticas distintas • La presencia del gremio médico en las propias prácticas, como organización de protección a la cultura médica (campo social) • Subordinación del personal paramédico • Distribución desigual del poder y capitales en la institución (saber exclusivo) • Capacitación limitada para una detección temprana del cáncer de mama • Falta de acciones afirmativas en la cultura médica e institucional, que fomente un empoderamiento de las mujeres pacientes
<p><i>Las mujeres pacientes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres reconocen su propia condición de mujeres pobres en desventaja (contexto de pobreza) • Construcción y desigualdad de género (pasividad, subordinación, sufrimiento) • Triple subordinación: ser mujeres, pacientes y pobres • Las mujeres perciben que las condiciones en la consulta son hechos dados como inmutables y rígidos (violencia simbólica) • Cultura del cuerpo, falta de apropiación de prácticas saludables que tienen relación con tocar su cuerpo y conocer su sexualidad (diagnóstico tardío del cáncer de mama) • La subordinación se sostiene por los sentimientos de vergüenza e incomodidad de las mujeres pacientes, al estar involucradas su sexualidad e intimidad, que quedan expuestas al médico • Se descalifican los saberes de las pacientes • No se explica en qué consiste el consentimiento informado

Fuente: elaboración propia.

El grupo de mujeres entrevistadas sufría los estragos de la falta de empleo en su familia; todas afirmaron que sus esposos estaban desempleados, habían sido “recortados” y se dedicaban a sacar “trabajitos” en el empleo informal. Por lo que su preocupación era mayor ante la contingencia de la enfermedad.

Por su parte, los médicos también aludieron en forma constante a la falta de recursos para una mejor atención médica, señalaron los bajos salarios y las dobles y triples jornadas que mantenían para aumentar sus ingresos. Todas estas condicionantes repercuten de diversas formas en la calidad de la atención en lo cotidiano.

Los problemas de salud de un grupo social desfavorecido de triple manera (mujer, paciente, pobre), por su situación de no derechohabientes en una institución de salud que por obligación las cubriría, obstaculiza que como ciudadanas se apropien y asuman sus derechos como parte de su condición de usuarias y pacientes en la institución de salud para población abierta. En este contexto, a pesar del reconocimiento político que recibe la salud reproductiva y su priorización dentro de la política pública de salud, su efecto se ve limitado no sólo por la escasez de recursos, sino también por las restricciones de las gestiones de los grupos políticos que pudieran impulsar su desarrollo. El análisis de la formulación de las políticas públicas, en atención a las patologías de salud femenina, debe incorporar en su dimensión histórica y espacio-temporal a los actores que la demandan. La atención del cáncer de mama, específicamente, es un problema emergente, su cambio de posición como la séptima causa de mortalidad en 1970, a la segunda en 1990, lo coloca como un problema prioritario, pero no asumido totalmente por los grupos políticos defensores de la salud femenina.

Esta breve alusión a la interrelación de las condicionantes muestra también una de las limitaciones de la investigación. En aras de profundizar sobre los mecanismos, no fue posible atender otras dimensiones igualmente importantes en la conformación del derecho a una atención de calidad.

UNA VUELTA DE REDIMENSIONAMIENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

El marco teórico con el que se desarrolló el análisis permitió identificar la interrelación entre los distintos niveles del problema de estudio. Conceptos de Bourdieu, Foucault, Freidson, Matamala et al., Sherwin, Lock y otros dieron solidez al trabajo, pero sin una estrategia metodológica como la definida no hubiera sido posible profundizar en las percepciones, significados, experiencias y prácticas alrededor del derecho a la calidad. Esta complementación teórico-metodológica puede considerarse una de las aportaciones de la investigación.

Por otra parte, asumir una posición de investigadora en un problema por demás complejo y sensible en la vida de las mujeres, requirió una reflexión continua sobre mis alcances intrusivos en sus procesos de atención. Espero que los momentos vividos con incomodidad, se hayan compensado con la construcción de una relación respetuosa y clara sobre mis limitaciones respecto a sus necesidades. Las mujeres también fueron claras al asumir que estaba de paso en sus vidas, y supusieron que sus narrativas podrían ser útiles para mejorar la atención de este tipo de problemas.

La relación construida con los prestadores de salud no sufrió sobresaltos ni momentos de desesperanza, en tanto hubo una relación mucho más igualitaria en términos profesionales, pero carente de la cercanía lograda con las mujeres pacientes. Debo reconocer que dicha ventaja profesional no suplió el esfuerzo de guardar silencio y expresar opiniones sobre las prácticas, que desde un marco de derechos, resultan violatorias.

La metodología cualitativa enfatiza la explicitación del posicionamiento de la investigadora frente a sus investigados, pero estoy convencida de que una posible limitación del trabajo fue la falta de profundización en asuntos que se expresaron como incómodos, sobre todo para las entrevistadas. A pesar de tratar de rodear el objetivo por caminos menos espinosos, no siempre fue posible alcanzar la profundidad que se esperaba.

Aunque en el desarrollo de la investigación he sostenido el interés de marcar un énfasis teórico desde la sociología, tanto en la construcción

del objeto de estudio como en su análisis, no quiere decir que la comunicación con otras disciplinas como la antropología, no se haya hecho presente. De ésta hemos aprendido varias técnicas cualitativas y conceptos como “modelo médico hegemónico”, acuñado en la antropología médica, que han sido útiles para describir algunas prácticas observadas en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- AbouZahr, Carla y Carol Vlassoff. 1996. Quality Health Care for Women: A Global Challenge. *Health Care for Women International* 17: 449-467.
- Abramovich, Víctor. 2006. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL* 88: 35-50.
- Aguilar C., Francisco, Carlos Álvarez L., Miguel Ángel Lezana F., Benito Salvatierra I., Bertha Vivanco C., Raúl Miranda O., y José R. Carbajal V. 1993. Tendencias de investigación en servicios de salud en México, 1984-1991. *Salud Pública de México* 35 (5): 550-555.
- Al-Quotob, R., y S. Mawajdeh. 1996. The Assessment of Reproductive Health Services: A Conceptual Framework for Prenatal Care. *Health Care for Women International* 17: 423-434.
- Alatorre, Javier, Ana Langer y Rafael Lozano. 1994. Mujer y salud. En *Las mujeres en la pobreza*, compilado por J. Alatorre et al., 217-241. México: El Colegio de México, Grupo Interdisciplinario Sobre Mujer, Trabajo y Pobreza (GIMTRAP).
- Alatorre, W. E. 1998. Las mujeres y el derecho a la salud. *Revista Mexicana de Justicia* (4): 51-56.

- Albrecht, Gary L., Ray Fitzpatrick y Susan C. Scrimshaw (editores). 2000. *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*. Londres: Sage.
- Alexander, Jeffrey y Bernhard Giesen. 1994. De la reducción a la vinculación: la visión a largo plazo del debate micro-macro. En *El vínculo micro-macro*, compilado por Jeffrey Alexander, Bernhard Giesen, Richard Münch y Neil J. Smelser, 9-58. Guadalajara: Universidad de Guadalajara (U de G).
- Álvarez Hernández, Gerardo. 2005. *Salud reproductiva en Sonora, 1990-2000: perfil epidemiológico y retos para su atención*. Hermosillo: El Colegio de Sonora (COLSON).
- Ander-Egg, Ezequiel. 1995. *Técnicas de investigación social*. Argentina: Lumen.
- Anderson, W. Timothy y David T. Helm. 1982. El encuentro médico-paciente: un proceso de negociación de la realidad. En *Pacientes, médicos y enfermedades*, compilado por E. Gartly Jaco, 427-446. México: IMSS.
- Arillo Santillán, Edna, Eduardo Lazcano Ponce, Merce Peris, Eduardo Salazar Martínez, Jorge Salmerón Castro y Patricia Alonso. 2000. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención de cáncer cervical. Alternativas de educación médica. *Salud Pública de México* 42 (1): 34-47.
- Artiles Visbal, L. 2002. Importancia de la conciencia de género para las políticas públicas en salud y los derechos ciudadanos. *Revista de Ciencias Sociales* 3 (97): 127-135.
- Asociación Médica Americana (American Medical Association). 1998. Informed Consent. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4608.html> (marzo de 2006).

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesté, Mercedes y Ana María Hernández. 1996. *La salud sexual y reproductiva. Reflexiones de SIPAM sobre una experiencia de atención a mujeres con perspectiva de género (Cuaderno de trabajo no. 1)*. México: GIMTRAP.
- Barzelatto, José. 1998. Desde el control de natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución de un concepto a nivel internacional. En *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e problemas*, organizado por Elisabete Dória Bilac y Maria Isabel Baltar da Rocha, 39-49. Brasil: Programa Latinoamericano de Población (PROLAP), Asociación Brasileña de Estudios de Población (ABEP), NEPO/UNICAMP.
- Bascuñán R., M. L. 2005. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile* 133 (1): 11-16.
- Batliwala, Srilatha. 1994. The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action. En *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment, and Rights*, editado por Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln C. Chen, 127-138. Boston: Harvard School of Public Health.
- Berger, Peter y Thomas Luckmann. 2001. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bianco, Mabel, Cristina Zurutuza, Teresa Durand y María Alicia Gutiérrez. 1998. *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)*. Buenos Aires: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM).

- Bloom, Samuel W. y Robert N. Wilson. 1996. Relaciones entre médicos y pacientes. En *Ética y salud reproductiva*, compilado por Gloria Careaga Pérez, Juan Guillermo Figueroa Perea y María Consuelo Mejía Piñeros, 211-257. México: Porrúa, UNAM, Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG).
- Blumer, Herbert. 1982. *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora.
- Bobadilla, J. 1997. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medios y bajos. En *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*, compilado por Julio Frenk, 255-274. México: FUNSALUD.
- Bobbio, Norberto y Nicola Matteucci. 1982. *Diccionario de política*. México: Siglo XXI.
- Boltanski, Luc. 1977. *Descubrimiento de la enfermedad. Medicina popular y medicina científica. Relación médico-paciente y distancia social*. Argentina: Ciencia Nueva.
- . 1975. *Los usos sociales del cuerpo*. Argentina: Periferia.
- Bono Olvera, I. y M. Salas Valenzuela. 2002. Propuesta desde la perspectiva de género y la ciudadanía. *Mujer, Salud* 2: 48-50.
- Bórquez E., G., G. Raineri B. y M. Bravo L. 2004. La evaluación de la 'capacidad de la persona': en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. *Revista Médica de Chile* 132: 1243-1248.
- Borrego Verdín, Gilberto. 2001. Experiencias del Instituto Mexicano del Seguro Social en la implementación de una cultura de calidad. Ponencia presentada en la reunión anual del Colegio de Profesionales en Salud Pública del Estado de Sonora A. C., 2001, Hermosillo, Sonora.

BIBLIOGRAFÍA

- Bourdieu, Pierre. 2003. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- . 2001. *Poder, derecho y clases sociales*. España: Palimpsesto.
- . 1997. *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- . 1991. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron. 2004. *El oficio de sociólogo*. Argentina: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre y Loic J. D. Wacquant. 2005. *Una invitación a la sociología reflexiva*. México: Siglo XXI.
- . 1995. *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Brenes Berho, Víctor M. y Alicia Mesa Bribiesca. 1998. *Marco jurídico del consentimiento informado*. México: Population Council, INOPAL.
- Brink-Muinen, A. V. D. 1997. Women's Health Care: For Whom and Why? *Social Science and Medicine* 44 (10): 1541-1551.
- Bronfman, Mario, Sergio López, Carlos Magis, Alejandra Moreno y Shea Rutstein. 2003. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública de México* 45 (6): 445-454.
- Bronfman, Mario y Catalina Denman (editores). 2003. *Salud reproductiva*. Temas y debates. Cuernavaca: INSP.
- Bronfman, Mario y Roberto Castro (coordinadores). 1999. *Cambio social y salud en América Latina. Perspectivas desde las ciencias sociales*. México: EDAMEX.

- Bronfman, Mario, Roberto Castro, Elena Zúñiga Herrera, Carlos Miranda y Jorge Oviedo. 1997a. Del 'cuánto' al 'por qué': la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 39 (5): 442-450.
- . 1997b. 'Hacemos lo que podemos': los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México* 39 (6): 546-552.
- Bruce, Judith. 1998. *Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual sencillo (Documentos de trabajo no. 21)*. México: Population Council, INOPAL.
- Bunch, Charlotte, Claudia Hinojosa y Niamh Reilly (editoras). 2000. *Los derechos de las mujeres son derechos humanos. Crónica de una movilización mundial*. México: EDAMEX.
- Busto, Miren Asunción. 1994. 'Silencio es palabra de mi vocabulario'. Problematizando el tema de la calidad de trato. En *Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos*, editado por T. Valdés y M. A. Busto, 65-75. Chile: Corporación de Salud y Políticas Sociales.
- Cabrero M., E. 2000. Usos y costumbres en la hechura de las políticas públicas en México. Límites de las *policy sciences* en contextos cultural y políticamente diferentes. *Gestión y Política Pública* 9 (2): 189-230.
- Camarena Córdova, Rosa María. 1991. *Instituciones sociales y reproducción*. México: El Colegio de México (COLMEX).
- Campero-Cuenca, Lourdes. 1996. Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género. *Salud Pública de México* 38: 217-222.

BIBLIOGRAFÍA

- . 1990. Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: El caso de Oaxaca, México. *Salud Pública de México* 32 (2): 192-204.
- Canals S., Josep. 2002. El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado de Bienestar. Tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili.
- Cano Valle, Fernando. 2001. *Percepciones acerca de la medicina y el derecho*. México: Facultad de Medicina, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.
- Cano-Vindel, Antonio, Agustina Sirgo, Ma. Benigna Díaz-Ovejero y Gumersindo Pérez-Manga. 1997. Ansiedad, racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. *Revista Electrónica de Psicología* 1 (1), http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/artic_5.htm (marzo de 2006).
- Careaga, Gloria, Juan Guillermo Figueroa y María Consuelo Mejía (compiladores) 1996. *Ética y salud reproductiva*. México: Porrúa, PUEG-UNAM, Programa Universitario de Investigación en Salud.
- Carranza Torres, Luis R. s.f. El derecho a la información en la relación médico-paciente. http://www.informatica-juridica.com/trabajos/informacion_medico-paciente.asp (noviembre de 2004).
- Carrillo, F. Luz María. 2002. *La responsabilidad profesional del médico*. México: Porrúa.
- Cartwright, Elizabeth, Gilda Salazar y María del Carmen Castro. 2004. "Soy muy mujer". Percepciones del cáncer cérvicouterino en mujeres mayores: Hermosillo, Sonora y Tucson, Arizona. En *Compartiendo historias de fronteras. Cuerpos, géneros, generaciones y salud*, editado por Catalina A. Denman, Janice Monk y Norma Ojeda de la Peña, 181-209. Hermosillo: COLSON.

- Castro, Roberto. 2004. *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. México: UNAM
- . 2001. Sociología médica en México: el último cuarto de siglo. *Revista Mexicana de Sociología* 63 (3): 271-293.
- . 2000. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), UNAM.
- . 1996. En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, compilado por Ivonne Szasz y Susana Lerner, 57-85. México: COLMEX.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2002. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En *Hacia una política de salud con enfoque de género*, coordinado por B. Rico, M. P. López y G. Espinoza, 245-263. México: SSA-Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).
- Castro, Roberto y Mario Bronfman. 1999. Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. En *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, coordinado por ídem, 49-64. México: EDAMEX, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- . 1998. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. En *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, compilado por Juan Guillermo Figueroa Perea, 205-238. México: COLMEX.

BIBLIOGRAFÍA

- . 1995. Investigación cualitativa en salud y reproducción. El caso de Ocuituco. En *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*, editado por Gustavo Nigenda y Ana Langer, 53-68. México: INSP.
- Castro Vásquez, María del Carmen. 2006. El derecho a la salud en la atención del cáncer de mama, un derecho relativo. *Savia* 4: 17-22.
- . 2004. La cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica. *región y sociedad* XVI (30): 43-86.
- . 1998. La práctica de la prueba del Papanicolaou y el conocimiento del cáncer cérvicouterino de las mujeres de los sectores medio y popular en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales. Revista de Investigación del Noroeste* 8 (6): 68-84.
- Castro Vásquez, María del Carmen y Gilda Salazar Antúnez. 2001. *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cérvicouterino: Un estudio en Hermosillo, Sonora*. Hermosillo: COLSON.
- . 2000. *Salud reproductiva en Sonora. Un estudio exploratorio*. Hermosillo: COLSON.
- CEPAL. 2000. Ciudadanía, igualdad y cohesión social: la ecuación pendiente. En *Equidad y desarrollo*, 345-362. México: Comisión Económica para América Latina.
- Cervantes, Alejandro. 2001. Universalización, desigualdad y ética: intervenciones en la teorización sobre derechos humanos. En *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, coordinado por Juan Guillermo Figueroa, 41-74. México: Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud (PUIS), PUEG.

- . 2000. Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: una propuesta analítica. En *Mujer, género y población en México*, coordinado por Brígida García, 363-430. México: COLMEX, Sociedad Mexicana de Demografía.
- . 1996. De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México. En *Ética y salud reproductiva*, compilado por Gloria Careaga Pérez, Juan Guillermo Figueroa y María Consuelo Mejía, 315-346. México: Porrúa, PUIS, PUEG-UNAM.
- Chiarotti, Susana. 2005. Aportes al derecho desde la teoría de género. Ponencia presentada en un evento convocado por el grupo Derecho y Género de la Facultad de Derecho de Uruguay y Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) Montevideo. <http://www.insgenar.org.ar/documentos/Aportes-al-Derecho-desde-la-teoria-de-Genero.pdf> (septiembre de 2005).
- Christman, John. 2004. Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the Social Constitution of Selves. *Philosophical Studies* 117: 143-164.
- Cisneros C., María Teresa. 1994. Mortalidad por cáncer en la edad reproductiva. En *Maternidad sin riesgos*, editado por María del Carmen Elú y Ana Langer, 99-105. México: Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí (IMES).
- CLADEM. 1999. *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú. 1996-1998*. Perú: CLADEM.
- Cleary, Paul y Susan Edgman-Levitan. 1997. Health Care Quality. Incorporating Consumer Perspectives. *JAMA* 278 (19): 1608-1612.

BIBLIOGRAFÍA

- Clorfene, Liane. 1996. *Breast Cancer: Poisons, Profits, and Prevention*. Monroe, Michigan: Common Courage.
- Cockerham, William C. 2005. Medical Sociology and Sociological Theory. En *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, editado por William C. Cockerham, 3-22. Alabama: Blackwell Publishing.
- . 2002. *Sociología de la medicina*. España: Pearson Educación.
- Coffey, Amanda y Paul Atkinson. 2003. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston [Boston Women's Health Book Collective]. 2000. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas la guía definitiva para la salud de la mujer latina*. Nueva York: Seven Stories.
- CONAMED. 2004. *Consentimiento válidamente informado*. México: CONAMED.
- . 2001 Carta de los derechos generales de los pacientes. *Revista CONAMED*. Año 5, 10 (21): 31-32.
- CONAPO. 2000. Sistema de seguimiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar. México: CONAPO.
- . 1996a. *ENCOPLAF*. México: CONAPO.
- . 1996b. *ENIPLAF*. México: CONAPO.
- . 1995. *ENAPLAF*. México: CONAPO.

- Consejo, Carolina y Carlos Viesca. 2005. Ética y poder: formación de residentes e internos. *Revista Médica del IMSS* 43 (1): 1-3.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. 2001. México: Anaya Editores.
- Cook, Rebeca, B. Dickens y M. Fathalla. 2003. *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Bogotá: Profamilia.
- Cook, Rebeca. 1995. Human Rights and Reproductive Self-determination. *The American University Law Review* 44 (4): 975-1016.
- . 1994. *La salud de la mujer y los derechos humanos*. Washington: OPS.
- . 1993. El derecho internacional y la salud de la mujer. En *Género, mujer y salud en las Américas*, organizado por la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS.
- . 2003. *Salud de la reproducción y los derechos humanos*. Bogotá: Profamilia.
- . s.f. Salud de la reproducción y los derechos humanos (enero de 2005).
- Correa, Sonia. 1994. *Population and Reproductive Rights: Feminist Perspectives from the South*. Nueva Jersey: Zed Books.
- Correa, Sonia y Rosalind Petchesky. 2001. Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, coordinado por Juan Guillermo Figueroa, 99-135. México: Porrúa, PUIS, UNAM.

BIBLIOGRAFÍA

- Crabtree, Benjamin, William Miller y Richard Addison (editores). 1994. *Exploring Collaborative Research in Primary Care*. Thousand Oaks: Sage.
- Creel, C., Liz, Justine C. Sass y Nancy V. Yinger. 2002a. La calidad centrada en el cliente: perspectivas de los clientes y obstáculos para recibir atención. *Nuevas Perspectivas sobre la Calidad de la Atención* 2: 1-8.
- . 2002b. Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. *Nuevas Perspectivas sobre la Calidad de la Atención* 1: 1-8.
- De Andrade, Celia Regina, Dóra Chor, Eduardo Faerstein, Rosane Harter Griep, Claudia S. Lopes, Maria de Jesus Mendes da Fonseca. 2005. Apoyo social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 21 (2): 379-386.
- De Barbieri, Teresita. 1992. Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. *Revista Interamericana de Sociología* 6 (2/3): 147-179.
- De los Ríos, Rebeca y Elsa Gómez Gómez. 1991. La mujer en la salud y el desarrollo: un enfoque alternativo. En *La mujer en la salud y el desarrollo: un enfoque alternativo*, editado por Y. Arango. Washington: OPS.
- De S. Minayo, María Cecilia. 2002. La etapa de análisis en los estudios cualitativos. En *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética*, compilado por Francisco Javier Mercado, Denisse Gastaldo y C. Calderón, 239-269. México: U de G, Servicio Vasco de Salud Osakidetza, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Delgado, Juan Manuel y Juan Gutiérrez (coordinadores). 1999. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- DelVecchio Good, Mary-Jo y Byron J. Good. 2000. Clinical Narratives and the Study of Contemporary Doctor-patient Relationships. En *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, editado por Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick y Susan C. Scrimshaw, 243-258. Londres: Sage.
- Deming, W. E. 1989. *Calidad, productividad y competitividad*. Colombia: Legis.
- Denman, Catalina y Jesús Armando Haro. 2000. *Por los rincones. Una antropología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo: COLSON.
- Dettmer G., Jorge. 2001. Problemas fundamentales en la articulación macro-micro: reflexiones sobre algunos intentos no consumados. *Estudios Sociológicos* 19 (55): 79-100.
- Devereux, George. 1998. *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
- Donabedian, Avedis. 1993a. Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. *Salud Pública de México* 35 (1): 94-97.
- . 1993b. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública de México* 35 (3): 1-27.
- . 1990. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: Perspectivas en salud pública*. México: INSP.

- . 1984. *La calidad de la atención médica y los métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Ehrenreich, Barbara. 2001. Welcome to Cancerland. A Mammogram Leads to a Cult of Pink Kitsch. http://200.44.120.106/Volumenes/fnuap/FNUAP_CD/fnuap97/capitulo1.htm (marzo de 2005).
- Ehrenreich, Barbara y Deirdre English. 1990. *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.
- Elu, María del Carmen (editora). 1998. *Cáncer cérvicouterino*. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- . 1997. *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Elu, María del Carmen y Ana Langer. 1994. *Maternidad sin riesgos en México*. México: IMES.
- Emerson, Joan P. 1970. Behavior in Private Places: Sustaining Definitions of Reality in Gynecological Examinations. *Recent Sociology* (2): 215-234.
- Escalante Gonzalbo, Fernando. 2002. *Ciudadanos imaginarios*. México: COLMEX.
- Escobar de Andreis, Margarita. 1996. Alternativas de calidad en salud reproductiva. *En otras palabras... Mujeres, salud y sociedad*: 79-91. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Espinosa D., Gisela (compiladora). 2000. *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México*. El Atajo: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).

Facio, Alda. 1999. Hacia otra teoría crítica del Derecho. En *Género y Derecho*, compilado por Lorena Fries y Alda Facio, 17-44. Santiago: LOM Ediciones, La Morada.

Facultad de Medicina. 2000. Tríptico informativo. México: UNAM.

———. 1998. Plan único de especializaciones médicas en ginecología y obstetricia. México: UNAM.

Figuroa Perea, Juan Guillermo (coordinador). 2001. *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: UNAM.

———. 1999a. El significado del consentimiento informado dentro de los procesos de investigación social sobre reproducción. *Perinatología y Reproducción Humana* 13 (1): 32-43.

———. 1999b. Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana. En *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social*, compilado por A. Ortiz, 147-90. México: UAM, EDAMEX.

——— (compilador). 1998a. *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: COLMEX.

———. 1998b. Algunas posibilidades de estructurar consensos y códigos éticos de la investigación sobre sexualidad. *Salud Sexual* 1 (1): 12-22.

———. 1996. El cuidado de la salud como un espacio de derechos: la experiencia de la introducción de nuevos métodos anticonceptivos en México. *Acta Sociológica* (17): 91-112.

———. 1991. Comportamiento reproductivo y salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios. *Salud Pública de México* 33 (6): 590-601.

BIBLIOGRAFÍA

- Figueroa Perea, Juan Guillermo y Claudio Stern (coordinadores). 2001. *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actos sociales*. México: COLMEX.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo, Margarita Ganado Aguilar y Maia Gabriela Hita. 1994. Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos. *Estudios Sociológicos* 12 (34): 129-154.
- Fisher, Sue. 1993. Reflections on Gender, Power and Discourse. En *The Social Organization of Doctor-patient Communication*, editores Tood Fisher y Sue Fisher Alexander Dundas, 287-99. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- . 1984. Doctor-patient Communication: A Social and Micro-political Performance. *Sociology of Health and Illness* 6 (1): 1-29.
- Fitzpatrick, Ray. 1990. Satisfacción con la atención a la salud. En *La enfermedad como experiencia*, editado por Ray Fitzpatrick, John Hinton, Stanton Newman, Graham Scambler y James Thompson, 173-196. México: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Fleury, Sonia. 1997. *Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina*. Argentina: Lugar.
- (organizadora). 1990. *La reforma sanitaria. En busca de una teoría*. Guadalajara: U de G.
- Fontana, Andre y James H. Frey. 1994. Interview. The Art of Science. En *Handbook of Qualitative Research*, editado por Norman Denzin e Yvonna Lincoln, 361-376. Thousand Oaks: Sage.
- Foucault, Michel. 2002. *Historia de la sexualidad. I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.

- . 2001. *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- . 1999. *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós Básica.
- . 1997a. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- . 1997b. El nacimiento de la medicina social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 3 (6): 89-108.
- . 1992. *La microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Fraser, Dunfield. 1996. Consumer Perceptions of Health Care Quality and the Utilization of Non-conventional Therapy. *Social Science and Medicine* 43 (2): 149-161.
- Fraser, Nancy. 2001. La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. En *Ciudadanía y feminismo*, compilado por Marta Lamas, 115-155. México, Instituto Federal Electoral, UNIFEM y Debate Feminista.
- Freidson, Eliot. 1978. *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Frenk, Julio. 1997. *Observatorio de la salud*. México: FUNSALUD.
- Fundación Mexicana para la Salud. 1994. Encuesta FUNSALUD. México: FUNSALUD.
- Gambone, Joseph C. y Robert C. Reiter. 1997. Hysterectomy: Improving the Patient's Decision-making Process. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 40 (4): 868-877.
- Gaminde Inda, I. 2002. La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. En Informe SESPAS 2002, organizado por Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), 568-580. España: SESPAS.

BIBLIOGRAFÍA

- García, Brígida (coordinadora). 2000. *Mujer, género y población en México*. México: COLMEX.
- García Núñez, J. 1994. *Propuesta para la evaluación programática de los servicios de planificación familiar con base en un modelo de calidad*. Chile: Equipo de Asistencia Técnica (EAT)-FNUAP, The Population Council.
- Gastaldo, Denise. 2003. Algunas reflexiones sobre las dimensiones éticas de la investigación social sobre salud. Ponencia presentada en el VII Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud, octubre, Angra dos Reis, Brasil.
- Gastaldo, Denise y Patricia McKeever. 2002. Investigación cualitativa, ¿intrínsecamente ética? En *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética*, compilado por F. J. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón, 475-479. México: U de G, Servicio Vasco de Salud Osakidetza, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Georgopoulos, Basil S. y Mann, Floyd C. 1982. El hospital como organización. En *Pacientes, médicos y enfermedades*, compilado por E. Gartly Jaco, 485-497. México: IMSS.
- Gerschman, Silvia. 1990. Sobre la formulación de políticas públicas. En *La reforma sanitaria. En busca de una teoría*, organizado por Sonia Fleury, 153-177. Guadalajara: U de G.
- Gerstein, Dean R. 1994. Desbrozar lo micro y lo macro: vincular lo pequeño con lo grande y la parte con el todo. En *El vínculo micro-macro*, compilado por Jeffrey C. Alexander, Bernhard Giesen, Richard Münch y Neil J. Smelser, 111-141. Guadalajara: U de G.

- Giddens, Anthony. 2003. *La constitución de la sociedad, bases para la teoría de la estructuración*. Argentina: Amorrortu.
- Giddens, Anthony y Jonathan Turner (editores) 1990. *La teoría social, hoy*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Alianza.
- Goffman, Erving. 1971. *Relaciones en público. Microestudios del orden público*. España: Alianza.
- Gómez Esteban, Rosa. 2002. *El médico como persona en la relación médico-paciente*. España: Fundamentos.
- Gómez Gómez, Elsa. 2002a. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11 (5/6): 454-462.
- . 2002b. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11 (5/6): 327-334.
- (editora). 1993. *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington: OPS.
- González M., Soledad (coordinadora). 1999. *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*. México: COLMEX.
- (compiladora). 1995. *Las mujeres y la salud. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer*. México: COLMEX.
- González Luna Corvera, Teresa. 2002. Los derechos humanos como condición de ciudadanía. *La Ventana* 15: 92-104.
- Good, Byron J. 2003. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.

BIBLIOGRAFÍA

- Gordon, Sara. 2001. Ciudadanía y derechos sociales: ¿criterios distributivos? En *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*, compilado por A. Ziccardi, 23-36. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Guba, Egon G. e Yvonna S. Lincoln. 2000. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, compilado por Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro, 113-145. Hermosillo: COLSON.
- Gutiérrez Castañeda, Griselda. 2002. *Perspectivas de género: cruce de cambios y nuevas clases interpretativas*. México: PUEG-UNAM
- Hall, Judith y M. C. Doman. 1998. What Patients like about their Medical Care and how often they are asked: A Meta Analysis of Satisfaction Literature. *Social Science and Medicine* 27: 935-939.
- Hammersley, Martyn y Paul Atkinson. 2001. *Etnografía. Métodos de investigación*. Argentina: Paidós Básica.
- Hartigan, Pamela. 2001. The Importance of Gender in defining and improving Quality of Care: Some Conceptual Issues. *Health Policy and Planning* 16: 7-12.
- Herrera Silva, Jorge Carlos, Aída Treviño Moore y Carlos Germán Acosta Corona. 2006. Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* Medigraphic-Artemisa en línea 63: 18-30.
- Herrera Silva, Jorge Carlos, Aída Treviño Moore y J. A. Fones. 2000. Maltrato a residentes de un hospital de tercer nivel de atención. Tesis para obtener el diploma de especialista en Pediatría Médica, Universidad Autónoma de Sinaloa.

Herrera Silva, Jorge Carlos, Aída Treviño Moore, G. C. Ácosta y C. Treviño. s.f. Una aproximación a la violencia en los cursos de especialización médica que se imparten en el IMSS. Material gris.

Huberman, Michael A. y Matthew B. Miles. 2000. Métodos para el manejo y el análisis de datos. En *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, compilado por Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro, 253-300. Hermosillo, Sonora: COLSON.

Hughes, S. y K. Mijesky. 1984. *Politics and Public Policy in Latin American*. U.S.: Westview Press.

Hunt, Linda M. y Nedal H. Arar. 2001. An Analytical Framework for Contrasting Patient and Provider Views of the Process of Chronic Disease Management. *Medical Anthropology Quarterly* 15 (3): 347-367.

IMSS, SSA/ISSSTE y Comisión Interinstitucional de Enfermería. 2001. *Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México*. México: SSA.

IMSS. 1999. IMSS-SOLIDARIDAD. México: IMSS.

———. 1998. ENSARE. México: IMSS.

Incháustegui, Teresa y Alicia Martínez. 1996. Política social y cambios a fin de siglo: contexto y valores en la relación con los nuevos actores. En *Las políticas sociales de México en los años noventa*, coordinado por Rosalba Casas y Héctor Castillo, 61-74. México: Instituto Mora, UNAM, FLACSO, Plaza y Valdés.

INEGI. 2000. ENAJUV. México: INEGI.

———. 2000. ENAJUV. México: INEGI.

BIBLIOGRAFÍA

- . 1997. ENADID. México: INEGI.
- . 1992. ENADID. México: INEGI.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas. 2002. *Enciclopedia jurídica mexicana*. México: Porrúa, UNAM.
- Iriart, Celia y Laura Nervi. 1990. Modelo médico y técnicas de investigación social: la encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de servicios de salud. *Cuadernos Médico-Sociales* (52): 27-35.
- Ishikawa, Kaoru. 1998. *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. México: Norma.
- Jaco, E. Gartly (compilador). 1982. *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS.
- Jasís Silberg, Mónica. 2000. A palabras de usuaria... ¿oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur. En *Salud reproductiva y sociedad*, compilado por Claudio Stern y Javier Echarri, 97-143. México: COLMEX.
- Jelin, Elizabeth. 1997. Los derechos y la cultura de género. En *La ciudadanía a debate*, editado por E. Mola y A. M. Portugal, 71-85. Chile: Isis Internacional.
- . 1993. *¿Ante, de, en, y? Mujeres, derechos humanos*. Perú: Red Entre Mujeres Diálogo Sur-Norte.
- Juran, Joseph M. y F. M. Gryna. 1995. *Análisis y planeación de la calidad*. México: McGraw-Hill.
- Kaufert, Patricia A. 2000. Screening the Body: the Pap Smear and the Mammogram. En *Living and Working with the New Medical Tech-*

nologies. Intersection of Inquiry, editado por Margaret Lock, 165-183. Cambridge: Cambridge University Press.

———. 1998. Women, Resistance, and the Breast Cancer Movement. En *Pragmatic Women and Body Politics, Cambridge Studies in Medical Anthropology*, editado por Margaret Lock y Patricia Kaufert, 287-308. Cambridge: Cambridge University Press.

Kaur, Sat Dharam. 2003. *The Complete Natural Medicine Guide to Breast Cancer. A Practical Manual for Understanding, Prevention & Care*. Canada: Robert Rose.

Kelsen, Hans. 1982. *Teoría para el derecho*. México: UNAM.

Kenneth Zola, Irving. 1999. La medicina como institución de control social. En *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*, compilado por C. de la Cuesta, 23-46. Antioquia: Universidad de Antioquia.

Krieger, Nancy. 2003. Genders, Sexes, and Health: what are the Connections - and why does it Matter? *International Journal of Epidemiology* 32: 652-657.

Lain Entralgo, Pedro. 1964. *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Castilla.

Lamas, Marta. 2001. Movimiento feminista y discurso político: los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna. En *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, coordinado por Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern, 177-194. México: COLMEX.

———. 1999. El espacio del ejercicio ciudadano. *Revista Perinatología y Reproducción Humana* 13 (1): 104-111.

BIBLIOGRAFÍA

- . 1996a. La antropología feminista y la categoría 'género'. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por ídem, 97-125. México: PUEG-UNAM.
- . (compiladora). 1996b. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Porrúa.
- Lantis, Kristin, Cynthia P. Green y Stephanie Joyce. 2002. La calidad de la atención y los proveedores del servicio. *Nuevas Perspectivas sobre la Calidad de la Atención* (3). Population Reference Bureau y Population Council.
- Laurell, Asa Cristina. 1997. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Friedrich Ebert Stiftung.
- Leal Felipe G. y Carolina Martínez S. 2002. *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva*. México: UAM.
- Legewie, Heiner. 2004. Anselm Strauss en conversación con Heiner Legewie y Barbara Schervier-Legewie. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-04/04-3-22b-s.htm> (marzo de 2005).
- León, Samuel. 1996. Política social y salud. En *Las políticas sociales de México en los años noventa*, coordinado por Rosalba Casas y Héctor Castillo, 235-246. México: Instituto Mora, UNAM, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Plaza y Valdés.
- Lerner Sigal, Bertha. 1996. Globalización, neoliberalismo y política social. En *Las políticas sociales de México en los años noventa*, coordinado por Rosalba Casas y Héctor Castillo, 13-44. México: Instituto Mora, UNAM, FLACSO, Plaza y Valdés.
- Ley General de Salud. 1998. *Ley General de Salud*, tomo I y II. México: Porrúa.

- Leydon, Geraldine M., Mary Boulton, Clare Moynihan, Alison Jones, Jean Mossman, Markella Boudioni y Klim McPherson. 2000. Cancer Patients' Information Needs and Information Seeking Behaviour: in Depth Interview Study. *British Medical Journal* (BMJ) (320): 909-913.
- Lister, Ruth. 2003a. Feminist Theory and Practice of Citizenship. <http://www.dvpw.de/data/doc/ad-hocCitizen.pdf> (septiembre de 2004).
- . 2003b. Justice, Equality and Dependency: A Critical Social Policy Perspective. <http://www.warwick.ac.uk/fac/soc/sociology/gender/events/symposium/lister> (septiembre de 2004).
- . 1997. Citizenship: Towards a Feminist Synthesis. *Feminist Review* 57: 28-48.
- Lock, Margaret. 1998. Perfecting Society: Reproductive Technologies, Generic Testing, and the Planne Family in Japan. En *Pragmatic Women and Body Politics*, editado por Margaret Lock y Patricia Kaufert, 206-239. Cambridge: Cambridge University Press.
- López Arellano, Olivia. 1993. La política de salud en México: ¿un ejemplo del liberalismo social? En *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, coordinado A. C. Laurell, 165-182. México: Fundación Friedrich Ebert Stiftung.
- López Arellano, Olivia y José Blanco Gil. 2001. La polarización de la política de salud en México. *Cadernos de Saúde Pública* 17 (1): 43-54.
- López Carrillo, Lizbeth, Luisa Torres Sánchez, Malaquías López Cervantes y Celina Rueda Neria. 2001. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. *Salud Pública de México* 43 (3): 199-202.
- López, P., Blanca Rico, Ana Langer y Griselda Espinoza (compiladoras). 2003. *Género y política en salud*. México: SSA.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Barreiro, Ana María. 2004. La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers* 73: 127-152.
- Martínez, S. Carolina. 1996. Una visión integral de los problemas de investigación en salud reproductiva en México. *Perinatología y Reproducción Humana* 10 (2): 121-131.
- Matamala, María Isabel. 2004. Cuerpo/sexualidad: discursos y realidad cotidiana 2003. En *Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile*, editado por T. Valdés y G. Guajardo, 135-146. Chile: FLACSO, Flora Tristán Centro de la Mujer Peruana, Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos.
- Matamala, María Isabel, Matrona Berlagoscky, Gloria Salazar y Lorena Núñez. 1995. *Calidad de la atención. Género, ¿salud reproductiva de las mujeres?* Santiago, Chile: OPS, Gobierno de Holanda.
- Mechanic, David. 1998. Los médicos. En *Manual de sociología médica*, compilado por Howard E. Freeman, Sol Levine y Leo Reeder, 245-265. México: SSA, FCE.
- Meer, Shamim y Charlie Sever. 2004. Género y ciudadanía. Informe general. www.ids.ac.uk/bridge/reports/Spanish-OR-citizenshipw2.doc (junio de 2004).
- Mejía, Raúl, Andrea Diego, María Alemán, Mónica Petracci, Susana Iriyoyen y Enrique Casal. 2001. Maltrato durante la residencia médica. Percepción de los residentes. *Medicina* 61 (1): 1-4.
- Menéndez, Eduardo L. 1999. Uso y desuso de conceptos: ¿dónde quedaron los olvidos? *Alteridades* 9 (17): 147-164.
- . 1992. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales. En *La antropología*

- médica en México*, compilado por Roberto Campos, 97-114. México: UAM.
- . 1990. *Morir de alcohol. Saber e ideología médica*. México: Alianza.
- (editor). 1983. *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Merton, Robert. 2004. Teoría y estructura social. Sobre las teorías sociológicas de alcance intermedio. <http://www.comminit.com/la/teorias-decambio/lacth/lasld-341.html> (enero de 2005).
- Meyenberg, Yolanda. 1999. Ciudadanía: cuatro recortes analíticos para aproximarse al concepto. *Perfiles Latinoamericanos* 15: 9-26.
- Miles, Matthew B. y A. Michael Huberman. 1994. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Source-Book*. Newbury Park: Sage.
- Mills, Wright. 1983. *La imaginación sociológica*. México: FCE.
- Miranda Ocampo, Raúl, Benito Salvatierra, Bertha Vivanco, Carlos Álvarez y Miguel Ángel Lezana. 1993. Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México. *Salud Pública de México* 35 (6): 576-584.
- Moctezuma Barragán, Gonzalo. 2001. *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*. México: Cámara de Diputados, UNAM.
- Moliner, María. 1992. *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- Molyneux, Maxine. 2001. Género y ciudadanía en América Latina: cuestiones históricas y contemporáneas. *Debate Feminista* 12 (23): 3-66.

BIBLIOGRAFÍA

- Mouffe, Chantal. 1993. Feminismo, ciudadanía y política democrática radical. *Debate Feminista* 4 (7): 3-22.
- Muecke, Marjorie. 1996. The Gender Analysis Imperative: Introduction to the Special Issue. *Health Care for Women International* 17: 385-392.
- Murphy, Elaine M. s.f. Best Practices in Client-provider Interactions in Reproductive Health Services: A Review of the Literature. <http://www.prb.org/pdf/NewPerspQOC-LitRev.pdf>. (marzo de 2005).
- Offe, Claus. 1984. *Contradicciones en el estado del bienestar*. México: Alianza.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2007. Declaración Universal de los Derechos Humanos. <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm> (mayo de 2005).
- . 2002. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/1cedaw_sp.htm (mayo de 2004).
- . 1995. *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing: ONU.
- ONU-UNFPA. 1994. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo: ONU.
- OPS. 2004. *Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud*. Washington: OPS.
- . 2000. *Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva*. México: FNUAP, OPS/OMS.
- Ortega, Doris. 2003. Diagnóstico tardío del cáncer de mama en México: desencuentro entre las mujeres y los servicios de salud. En *Salud reproductiva: temas y debates*, editado por Mario Bronfman, 157-179. Cuernavaca: INSP.

- Ortega-Altamirano, Doris, Lisbet López-Carrillo y M. López-Cervantes. 2000. Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. *Salud Pública de México* 42 (1): 17-25.
- Ortiz-Ortega, Adriana. 2004. Elementos y obstáculos a tomar en cuenta en la concepción y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos. *Estudios Demográficos y Urbanos* 19 (3): 599-637.
- (compiladora). 1999a. *Derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*. México: UAM, EDAMEX.
- . 1999b. Introducción. En *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*, compilado por ídem, 27-68. México: EDAMEX, UAM.
- . 1999c. El papel de los derechos reproductivos en la construcción de ciudadanía para las mujeres. En *Derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*, compilado por ídem, 207-256. México: EDAMEX, UAM.
- Parsons, Talcott. 1982. *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad.
- Peña-Viveros, Raúl, José Raymundo Rodríguez-Moctezuma y Juan Manuel López-Carmona. 2004. Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México* 46 (3): 210-215.
- Pérez-Duarte y Noreña, Alicia Elena. 1999. El marco jurídico de los derechos reproductivos. En *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*, compilado por Adriana Ortiz Ortega, 69-99. México: EDAMEX, UAM.
- Pérez-Gaspar, M. 1994. Modelos de relación médico-paciente. http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a3.htm (mayo de 2004).

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez Tamayo, Ruy. 2005. Ética médica, salud y protección social. *Salud Pública de México* 47 (3): 245-251.
- . 2002. *Ética médica laica*. México: FCE, El Colegio Nacional.
- Petchesky, Rosalind P. 2000. Rights and Needs: Rethinking the Connections in Debates over Reproductive and Sexual Rights. *Health and Human Rights* 4 (2): 17-29.
- . s.f. Derechos sexuales. Inventado un concepto, trazando el mapa de la práctica internacional. <http://www.convencion.org.uy/menu8.htm> (mayo de 2004).
- Pittman, Patricia. 1999. *Género y calidad de atención. El caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, Argentina*. México: OPS, Consejo de Investigaciones e Información en Desarrollo (CIID), Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).
- . s.f. Equidad de género en la dimensión socioemocional de la calidad de atención en salud: el caso de hipertensión y diabetes en sectores urbanos-marginales en Argentina. <http://users.movinet.com.uy/+alames/genero-salud-colectiva.doc> (mayo de 2004).
- Pittman, Patricia y Pamela Hartigan. 1996. Gender Inequity: An Issue for Quality Assessment Researchers and Managers. *Health Care for Women Internacional* 17: 567-486.
- Poblano-Verástegui, Ofelia, Juan Guillermo Figueroa-Perea y Lizbeth López-Carrillo. 2004. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Pública de México* 46 (4): 294-305.
- . 2003. Algunas condicionantes de género en el acceso al examen clínico de mama. Material gris.

- Poder Ejecutivo Federal. 1995a. *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- . 1995b. *Programa de Reforma del Sector Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar: 1995-2000*. México: Poder Ejecutivo Federal.
- Population Council. 2001. *El poder en las relaciones sexuales. Inicio de un diálogo entre profesionistas en salud reproductiva*. México: Population Council, Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional.
- . 1998. *El derecho al consentimiento informado: un ejercicio en construcción. Leyes, casos y procedimientos de quejas en los servicios de planificación familiar en México*. (Documentos de trabajo no. 22). México: Population Council, INOPAL.
- Puentes Rosas, Esteban, Enrique Ruelas, Tania Martínez Monroy y Francisco Garrido Latorre. 2005. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Pública de México* 47: 12-21.
- Ramírez S., Teresita de Jesús, Patricia Nájera Aguilar y Gustavo Nigenda López. 1998. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 40: 3-12.
- Ravelo Blancas, Patricia. 1995. Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México. En *Las mujeres y la salud*, compilado por Soledad González Montes, 199-257. México: COLMEX.
- Rawls, John. 2002. *La justicia como equidad. Una reformulación*. España: Paidós.

- Real Academia Española. 2005. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* (septiembre de 2005).
- Reina Gómez, Goliat, Pedro Román Rubio y Julio Borrego. s.f. El consentimiento informado como estrategia para mejorar la calidad y satisfacción de los servicios de salud reproductiva. <http://www.uh.cu/infogral/areasuh/vri/Comite/II.Encuentro%20UH.ELAM/Resumenes/Bioetica%20Medical/11.doc> (marzo de 2005).
- Reyes Zapata, Hilda, Laura Cuevas Miguel, Cecilia Robledo y Kathryn Tolbert. 1999. *Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género*. (Documento de Trabajo, no. 29). México: Population Council, INOPAL.
- Ritzer, George. 2002. *Teoría sociológica moderna*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rivas, Martha, Ana Amuchástegui y Adriana Ortiz Ortega. 1999. La negociación de los derechos reproductivos en México. En *Derechos reproductivos de las mujeres*, compilado por Adriana Ortiz Ortega, 257-370. México: EDAMEX, UAM.
- Robles Silva, Leticia. 2000. La subjetividad del investigador en sus análisis científicos. La construcción de explicaciones a partir de sus experiencias personales. En *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, compilado por F. J. Mercado Martínez y T. M. Torres López, 33-45. México: Plaza y Valdés, U de G.
- Rowlands, Jo. 1997. Empoderamiento y mujeres en Honduras: un modelo para el desarrollo. En *Poder y empoderamiento de las mujeres*, compilado por Magdalena León, 213-243. Bogotá: Tercer Mundo Editores, Fondo de Documentación Mujer y Género, Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo.

- Rubin, Gayle. 1986. El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. *Nueva Antropología* 8 (30): 95-145.
- Ruelas Barajas, Enrique. 1993. Calidad, productividad y costos. *Salud Pública de México* 35 (3): 298-304.
- . 1992. Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. *Salud Pública de México* 34: 29-45.
- Ruelas Barajas, Enrique y Beatriz Zurita Garza. 1993. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública de México* 35 (3): 235-237.
- Ruiz Olabuénaga, José Ignacio. 1989. *La descodificación de la vida cotidiana*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Salas Valenzuela, Monserrat. 2004. ¿Androcentrismo en el sistema biomédico? ...algunos datos, algunas hipótesis... En *Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México*, coordinado por Sara Elena Pérez-Gil Romo y Patricia Ravelo Blancas, 223-253. México: Porrúa, CIESAS.
- (coordinadora). 2001. *Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil*. México: Plaza y Valdés.
- . 1998. “Flojita, flojita”: Etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva. Tesis de maestría en Antropología Social, CIESAS.
- . 1997. Una vez más: ¿cuál es la perspectiva de género en la calidad de la atención médica? En *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, editado por María del Carmen Elu, 53-60. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

- . En prensa. Calidad de la atención en los servicios de salud: rastreando el concepto subyacente en encuestas recientes. En *Diagnóstico de salud reproductiva*, coordinado por Susana Lerner. México: COLMEX.
- Salinas-Oviedo, Carolina, Javier Laguna-Calderón y María del Rosario Mendoza-Martínez. 1994. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública de México* 36 (1): 22-29.
- Salud Integral para la Mujer (SIPAM). 2004. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres en la política de salud en el gobierno federal 2003. Un balance ciudadano. www.sipam.org.mx (marzo de 2004).
- Salles, Vania. 2001. El debate micro-macro: dilemas y contextos. *Perfiles Latinoamericanos* 18 (10): 115-152.
- . 2000. De lo micro a lo macro: acercamientos al debate y una ilustración con base en la investigación sobre familias y hogares. Ponencia presentada en la VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México: Balance y Perspectivas de la Demografía Nacional ante el Nuevo Milenio, Ciudad de México.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán. 2001. El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma? En *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, coordinado por Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern, 93-113. México: COLMEX.
- Saturno, Pedro J. 1993. La definición de la calidad de la atención. En *Garantía de calidad en atención primaria*, editado por R. Marquet, 2-29. Barcelona: Doyma.
- Schatzman, Leonard y Anselm Strauss. 1973. *Field Research Strategies for a Natural Sociology*. Englenwood: Prentice Hall.

- Schutz, Alfred. 1995. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Schwartz, H. y J. Jacobs. 1984. *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. México: Trillas.
- Scott, Joan. 1996. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 265-302. México: Porrúa, UNAM-PUEG.
- Secretaría de Salud. 2005. *Salud México, 2004*. México: SSA.
- . 2004. *Paquete de servicios esenciales de salud*. México: SSA.
- . 2003. *Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. México: SSA.
- . 2002. Carta de los derechos generales de los pacientes. *Revista de Enfermería IMSS* 10 (2): 103-105.
- . 2002a. *Guía para la elaboración de proyectos de investigación operativa en calidad*. México: SSA.
- . 2002b. Conferencia sobre los Avances de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.
http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgces/psct_tr/cncss_conf.pdf (24 marzo de 2002).
- . 2002c. Medición de la calidad de la atención médica. Conferencia presentada en los talleres regionales de capacitación a responsables estatales, México D. F.
- . 2002d. *Programa de Acción 'Arranque Parejo en la Vida'*. México: SSA.

BIBLIOGRAFÍA

- . 2002e. *Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006*. México: SSA.
- . 2002f. *Programa de Acción: Sistema Nacional de Información en Salud 2002-2006*. México: SSA.
- (editor). 2002g. *Revista Ecos de Calidad 1*. México: SSA.
- . 2002h. *Salud: México 2001*. México: SSA.
- . 2002i. *Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad, primer nivel*. México: SSA.
- . 2002j. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Principales aspectos y logros. http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/psct_tr/cncss_conf.pdf (abril de 2002).
- . 2002k. *Código de conducta para el personal de salud 2002*. México: SSA.
- . 2002l. *Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer de Mama 2001-2006*. México: SSA.
- . 2002m. *Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. México: SSA.
- . 2001a. *Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México*. México: SSA.
- . 2001b. *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, fundamentos*. México: SSA.
- . 2001d. Decálogo de la calidad. http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/decalogo.htm (junio de 2001).

- . 2001e. *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Guía para el Plan de Arranque*. México: SSA.
- . 2001f. *Programa de Calidad. Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES)*. México: SSA.
- . 2001g. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: SSA.
- . 2001h. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2000, prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México: SSA.
- . 2000a. *El derecho a la libre decisión... la planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva*. México: SSA.
- . 2000b. ENSA. México: SSA.
- . 1999. *Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico*. México: SSA.
- . 1994a. ENSAMI. México: SSA.
- . 1994b. *Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la organización y funcionamiento de residencias médicas*. México: SSA.
- . 1994c. *Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer de cuello del útero y de la mama en la atención primaria*. México: SSA.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño.
s.f. Trato adecuado: preguntas y respuestas. http://evaluacion.salud.gob.mx/evaluacion/trato/preguntas_trato.pdf (mayo de 2006).

BIBLIOGRAFÍA

- . s.f. Documento técnico. Propuesta metodológica para la construcción de un índice de trato. http://evaluacion.salud.gob.mx/evaluacion/trato/doc_tecnico.pdf (mayo de 2006).
- Shepard, Bonnie. s.f. El “doble discurso” sobre los derechos sexuales y reproductivos en América Latina: el abismo entre las políticas públicas y los actos privados. http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/cap4_7.htm (mayo de 2004).
- Sherwin, Susan. 1998a. Introduction. En *The Politics of Women's Health. Exploring Agency and Autonomy*, coordinado por ídem, 1-18. Philadelphia: Temple University Press.
- . 1998b. A Relational Approach to Autonomy in Health Care. En *The Politics of Women's Health. Exploring Agency and Autonomy*, coordinado por ídem, 19-47. Philadelphia: Temple University Press.
- . 1996a. Ética, ética ‘femenina’ y ética ‘feminista’. En *Ética y salud reproductiva*, compilado por Gloria Careaga Pérez, Juan Guillermo Figueroa y María Consuelo Mejía, 83-118. México: Porrúa, UNAM, PUIS.
- . 1996b. Hacia una ética feminista del cuidado de la salud. En *Ética y salud reproductiva*, compilado por Gloria Careaga Pérez, Juan Guillermo Figueroa y María Consuelo Mejía, 259-287. México: Porrúa, UNAM, PUIS.
- Silverman, David. 1994. *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. Londres: Sage.
- Sitzia, John y Neil Wood. 1997. Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts. *Social Science and Medicine* 45 (12): 1829-1843.

- Sontag, Susan. 2003. La enfermedad y sus metáforas. *El sida y sus metáforas*. España: Santillana.
- Straus, R. 1957. The Nature and Status of Medical Sociology. *American Sociological Review* 22: 200-204.
- Strauss, Anselm y Juliet Corbin. 2002. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Strauss, Anselm, et al. 1999. El trabajo que realizan los pacientes hospitalizados. En *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*, compilado por C. de la Cuesta, 248-275. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Stern, Claudio y Carlos Echarri (compiladores). 2000. *Salud reproductiva y sociedad*. México: COLMEX.
- Szasz, Ivonne. 2003. Pensando la salud reproductiva de hombres y mujeres. En *Salud reproductiva: temas y debates*, editado por Mario Bronfman y Catalina Denman, 35-57. Cuernavaca: INSP.
- . 2001. *Significados de la sexualidad, la reproducción y la anti-concepción*. México: Programa Salud Reproductiva y Sociedad, COLMEX.
- . 1998. Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil. En *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, compilado por Juan Guillermo Figueroa Perea, 313-331. México: COLMEX.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (compiladoras). 1996. *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: COLMEX.

BIBLIOGRAFÍA

- Tavares, Jeane Saskya C. y Leny A. Bomfim Trad. 2005. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Caderno Saúde Pública* 21 (2): 429-435.
- Taylor, S. J. y R. Bogdan. 1992. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.
- Tena Tamayo, Carlos y N. L. Juárez Díaz González. 2003. Error y conflicto en el acto médico. *Revista Médica del IMSS* 41 (6): 461-463.
- Tena Tamayo, Carlos, Jorge M. Sánchez González, Antonio Rivera Cisneros y Luis Ernesto Hernández Gamboa. 2003. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Algunas reflexiones en torno. *Revista Médica del IMSS* 41 (5): 407-413.
- Tena Tamayo, Carlos, Enrique Ruelas Barajas, Jorge Manuel Sánchez González, Antonio Eugenio Rivera Cisneros, Gonzalo Moctezuma Barragán, Gabriel Ricardo Manuel Lee, Agustín Ramírez Ramírez, Salvador Casares Queralt, Luis Ernesto Hernández Gamboa y Alonso Migoya Vázquez. 2002. Derechos de los pacientes en México. *Revista Médica del IMSS* 40 (6): 523-529.
- The, Anne-Mei, Tony Hak, Gerard Koëter y Gerrit van der Wal. 2000. Collusion in Doctor-patient Communication about Imminent Death: an Ethnographic Study. *BMJ* (321): 1376-1381.
- Thompson, James. 1990a. Comunicación con los pacientes. En *La enfermedad como experiencia*, editado por Ray Fitzpatrick, John Hinton, Stanton Newman, Graham Scambler y James Thompson, 101-124. México: FCE.
- . 1990b. La obediencia. En *La enfermedad como experiencia*, editado por Ray Fitzpatrick, John Hinton, Stanton Newman, Graham Scambler y James Thompson, 125-149. México: FCE.

- Todd, Alexandra Dundas. 1993a. A Diagnosis of Doctor-patient Discourse in the Prescription of Contraception. En *The Social Organization of Doctor-patient Communication*, editado por Sue Fisher y Alexandra Dundas Todd, 183-209. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- . 1993b. Exploring Women's Experiences: Power and Resistance in Medical Discourse. En *The Social Organization of Doctor-patient Communication*, editado por Alexandra Dundas Todd y Sue Fisher. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Todd, Alexandra Dundas y Sue Fisher (editoras). 1993. *The Social Organization of Doctor-patient Communication*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Tuñón Pablos, Esperanza. 1997. *Género y salud en el sureste de México*. México: El Colegio de la Frontera Sur, Universidad Juárez, Universidad Autónoma de Tabasco.
- Turner, Bryan S. 1995. *Medical Power and Social Knowledge*. Londres: Sage.
- . 1989. *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. México: FCE.
- Valdés Salgado, Raydel. 1999. Satisfacción de los usuarios de servicios de salud en México, D. F. Análisis de las demandas presentadas a la CONAMED. Tesis de maestría, FLACSO.
- Van Wijk, Cecile G. M., Katja P. Van Vliet y Annemarie M. Kolk. 1996. Gender Perspective and Quality of Care: Towards Appropriate and Adequate Health Care for Women. *Social Science and Medicine* 43 (5): 707-720.

BIBLIOGRAFÍA

- Vance, Carole. 1999. La antropología redescubre la sexualidad: un comentario teórico. *Estudios Demográficos y Urbanos* 12 (1/2): 101-128.
- Velasco, Horacio y Ángel Díaz de Rada. 1997. *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Valladolid: Trotta.
- Verkerk, Marian A. 2001. The Care Perspective and Autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy* 4: 289-294.
- Waitzkin, Howard. 1991. *The Politics of Medical Encounters. How Patients and Doctors Deal with Social Problems*. U.S.: Vail-Ballou Press.
- Weber, Max. 2001. *Ensayos sobre metodología*. Argentina: Amorrortu.
- . 1983. *Economía y sociedad*. México: FCE.
- West, Candance. 1984. When the Doctor is a 'Lady': Power, Status, and Gender in Physicians-patient Encounters. *Symbolic Interactionism* 7 (1): 87-106.
- Wiener, Antje. 1997. La ciudadanía como estrategia política. *La Ventana* (5): 14-22.
- Wieringa, Saskia E. 1997. Una reflexión sobre el poder y la medición del empoderamiento de género del PNUD. En *Poder y empoderamiento de las mujeres*, compilado por Magdalena León, 147-172. Colombia: TM Editores.
- Yalom, Marilyn. 1997. *Historia del pecho*. México: Tusquets.

Zolla, Carlos y Ana María Carrillo. 1998. Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, compilado por Juan Guillermo Figueroa Perea, 167-198. México: COLMEX.

Zurutuza, Cristina. 2003. Derechos humanos y ciudadanía social de las mujeres migrantes: ¿otro matrimonio desavenido? Ponencia presentada en las Jornadas Casa de América: "Mujeres de dos Mundos", Madrid.

———. 1998. El derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos: ¿Utopía y estrategia? En *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)*, editado por Maribel Bianco, Teresa Durand, María Gutiérrez y Cristina Zurutuza, 45-72. México: CLADEM, FNUAP, FEIM.

ANEXOS

I

GRANDES EJES DE ANÁLISIS

El análisis partió de los siguientes ejes de análisis, organizados según problema de investigación, guía de observación en consulta y de entrevistas.

ANÁLISIS DE LOS EJES

Ficha descriptiva

Análisis deductivo (conforme a guía de entrevista)

Análisis inductivo (conforme a discurso, palabras y frases clave)

Codificación (reagrupamiento, conforme a discurso y marco teórico)

Interpretación (relativización, conforme a ejes y marco teórico)

Usuaris pacientes

Diagnóstico del problema mamario

- Diagnóstico o autodiagnóstico inicial
- Antecedente de la enfermedad
- Información sobre el problema
- Decisión de buscar ayuda médica o en redes familiares y sociales
- Conocimiento del diagnóstico médico

Antecedentes sobre el servicio de salud

- ¿Sabía qué hacer llegando al hospital?
- Tiempo que ha usado los servicios del hospital
- Problemas tratados
- Información sobre el acceso: costos, requisitos y trámites
- Información sobre apoyos gubernamentales y en la institución de salud para su problema

Condiciones de la infraestructura de las salas de espera y consultorio

- Acceso
- Limpieza
- Privacidad
- Organización

Trayectoria de gestión / trayectorias de atención

- Orientación y asesoría
- Expectativas
- Acceso a los servicios y laboratorios
- Acompañamiento
- Toma de decisiones
- Llegar con los especialistas
- Desarrollo de la consulta
- Relación médico-paciente
- Género

Desarrollo de la consulta

- ¿Quién consulta?
- ¿Quién está en el consultorio?
- Relación médico(a)-paciente
- Información sobre diagnóstico, tratamiento y exploración

- Toma de decisiones con, por y para el/la médico/a
- Preguntas y respuestas
- Privacidad del consultorio
- Consentimiento informado

Relación médico-paciente

- ¿Quién es el doctor?
- Consentimiento informado
- Información de los derechos del paciente
- Toma de decisiones
- Respeto a las decisiones
- Preguntas y respuestas
- Confianza/desconfianza de las mujeres pacientes hacia los médicos

Percepción de la calidad en la atención

- ¿Cómo considera la atención recibida? ¿Por qué?
- Relación médico(a)-paciente
- Resolución de problemas
- Consentimiento informado
- Aprendizaje de las rutinas de la consulta
- Aprendizaje de las rutinas de la atención
- Confianza/desconfianza de los/las médicos/as

Familia y redes de apoyo

- Uso de servicios de salud
- Rol de género en la familia
- Ubicación en la familia
- La familia frente al problema de la mujer (problema benigno, cáncer de mama)
- Acompañamiento
- Redes de apoyo (quiénes, cuándo, en qué)

Condiciones de vida

- Uso de servicios de salud
- Situación socioeconómica (empleo e ingresos)
- Familia (nuclear, extensa)
- Contexto cultural (educación, participación social)

Prestadores: médicos

Condiciones institucionales para el desempeño de la consulta

- Antigüedad laboral en la institución
- Cambios organizacionales de la atención
- Capacitación, desempeño y evaluación
- Acuerdos y desacuerdos en la organización de la atención
- Cruzada Nacional por la Calidad
- Desarrollo de la consulta / rutinas de atención

Conocimiento del problema del cáncer de mama

- Información sobre cómo se lleva el programa de DOC de mama
- Reconocimiento del problema como prioritario y el porqué
- Manejo de los casos de patología mamaria

Desarrollo de la consulta

- Organización de la consulta
- Estructura de la consulta/rutinas en el consultorio
- ¿Quién está en el consultorio?
- ¿Quiénes deberían estar en el consultorio?
- La paciente en el consultorio
- Hospital-escuela
- Relación médico-paciente
- Justificación y disculpas por violación de derechos

Prácticas de calidad de la atención

- Definición de calidad, teórica y práctica
- Relación médico-paciente
- Toma de decisiones con, para y por la paciente
- Relación con la institución
- Participación institucional
- Información sobre los derechos de las pacientes
- Justificación y disculpas por violación de derechos
- Consentimiento informado
- Respeto a los derechos de la paciente

II

ESTRUCTURA DE LA CONSULTA MÉDICA

GUÍA DE OBSERVACIÓN

- ¿Cómo es el espacio de la consulta?
 - ¿Hay privacidad para cambiarse de ropa?
 - ¿Cuenta con espacio para los movimientos del personal?
 - ¿El consultorio es sólo para un médico?
 - ¿Hay interrupciones?
 - ¿Quiénes entran además del médico, residente, enfermera y paciente?
 - ¿Tocan antes de entrar?
 - ¿Qué asuntos vienen a tratar? ¿Con quién(es)? ¿Cómo son recibidos por el personal?
 - ¿Hay quejas de parte de las pacientes por esta interrupción?
 - ¿Los médicos escuchan las quejas?
 - ¿Cómo intervienen las enfermeras?
 - ¿Qué se observa que ellas hacen?
- ¿CUÁLES SON LAS PARTES DE LA ESTRUCTURA DE LA CONSULTA MÉDICA?

Saludo

- ¿Cómo es recibida la paciente (por su nombre, por algún adjetivo), tanto por el médico, el/la residente, como por la enfermera?
- ¿Quién saluda (el/los médico/s, enfermera, paciente) y cómo es el saludo?
- ¿La paciente establece contacto visual?

- ¿El médico establece contacto visual?
- ¿Responde la paciente y cómo?
- ¿Cuál es el lenguaje corporal de la paciente?, (cómo se sienta, tono de voz, contacto visual, otros movimientos)
- ¿El doctor y el residente se presentan?
- ¿Qué dice la paciente en caso de presentarse los médicos?
- ¿La paciente los conocía desde antes?
- Si ya los conocía, ¿se los recuerda?

Interrogatorio

- ¿Cómo se inicia el interrogatorio, o quién lo inicia (el médico, el residente, la paciente)?
- ¿Sobre qué pregunta además de síntomas o malestares?
- ¿El médico da tiempo a la paciente de responder y escucha?
- ¿La paciente detalla sus malestares?
- ¿La paciente expresa algún comentario o explicación sobre sus malestares (autodiagnóstico)?
- ¿La paciente comenta sobre otros asuntos que no son síntomas y malestares?
- ¿La paciente hace preguntas sobre sus malestares, posible diagnóstico, expediente?
- ¿Cómo participa el/la residente?
- ¿El médico interrumpe a la paciente cuando ella está hablando?
- ¿El residente interrumpe a la paciente cuando ella está hablando?
- ¿El médico y el residente discuten o comentan el caso frente a la paciente?
- Mientras tanto, ¿qué hace la paciente?
- ¿Quién le pide a la paciente pasar a revisión?

Exploración física

- ¿La paciente acepta inmediatamente y se levanta hacia el espacio de la exploración?
- ¿Dice algo antes?, (dice sí, se resiste, pregunta por qué, no quiere)

¿El médico o el residente explican por qué es necesaria la exploración física?

En la exploración, ¿le explica el procedimiento antes de pasar a la mesa de exploración?

¿Quién hace la exploración?

Si es el residente, ¿el médico le indica al residente que él lo hará?

¿El médico comenta a la paciente que será él o el residente quien hará la exploración?

¿El médico o el residente piden permiso a la paciente para las maniobras en la exploración?

¿Hay privacidad en el área de exploración?

¿Quiénes participan en la exploración, además del médico y el residente?

¿La paciente se resiste, protesta, acepta sin más, se niega?

¿El médico o el residente hacen comentarios sobre lo que está haciendo y viendo durante la exploración?

¿El médico responde preguntas del residente durante este procedimiento?

¿El médico expresa otros comentarios a la paciente sobre sus observaciones?

¿La paciente se queja, se resiste, se asusta?

¿La paciente hace preguntas durante el procedimiento?

¿Quiénes entran al consultorio durante la exploración y con qué asuntos?

¿Qué hacen los médicos y la enfermera cuando entra alguien en este momento?

Diagnóstico

¿Quién da el diagnóstico?

¿Se da el diagnóstico?

¿Se explica detalladamente?

¿Qué tipo de términos se usa para dar el diagnóstico?

¿Qué tipo de términos se da para explicar el diagnóstico?

¿El médico da tiempo a la paciente para hacer preguntas?

¿El médico se asegura que se le entendió? ¿Cómo?

¿La paciente hace preguntas sobre su diagnóstico? ¿El médico las contesta?

- ¿Hace otro tipo de recomendaciones sobre su problema de salud?,
(condiciones de vida, alimentación, actividades, salud emocional).
- ¿La paciente hace preguntas de manera intermedia o espera
que el médico explique todo de una vez?
- ¿El médico le explica qué sigue?
- ¿El médico menciona opciones del tratamiento?
- En caso de cirugía, ¿el médico le explica a la paciente por qué
es necesaria?
- ¿Le explica acerca del consentimiento informado?
- ¿Cómo se lleva a cabo el consentimiento?, (se firma la hoja ahí
mismo, se la da para que se la lleve a su casa, la lee en voz alta)
- ¿El médico apoya la toma de decisión de la paciente, cualquiera que sea?
- En caso de que la paciente tenga una decisión contraria a la del
médico, ¿qué hace el médico?
- ¿El médico hace otro tipo de recomendaciones?
- ¿Cómo participa el residente durante esta etapa?

Tratamiento

- ¿El médico explica con detalle cuál será el tratamiento?
- ¿La paciente hace preguntas? ¿El médico contesta?
- ¿El médico pregunta si se entendieron las indicaciones?
- ¿El médico explica que puede haber efectos colaterales?
- ¿El médico explica qué va a pasar después del tratamiento?
- ¿La paciente hace preguntas? ¿Son respondidas por el médico?
- ¿Hace otro tipo de recomendaciones sobre su problema de salud?,
(condiciones de vida, alimentación, actividades, salud emocional)
- ¿El residente participa? ¿De qué forma?

Despedida

- ¿Cómo es la despedida de parte de cada uno?
- ¿Se contestan mutuamente?

III

GUÍAS DE ENTREVISTAS¹

MÉDICOS

Agrupación por ejes de interés

- Condiciones generales en la prestación del servicio
- Reconocimiento de los principales problemas de salud reproductiva de las mujeres que se atienden en la consulta externa de ginecología
- Capacitación, desempeño y evaluación
- Reconocimientos de condicionantes institucionales para el desempeño de la atención
- Prácticas en una atención de calidad
- Percepción de la calidad de la atención

Reconocimiento de los principales problemas de la salud reproductiva de las mujeres que se atienden en el servicio de ginecología

¿Conoce el programa de detección oportuna de cáncer de la mujer?

¿Conoce cómo es la política de salud respecto a este problema?

Capacitación, desempeño y evaluación

¿Qué capacitación ha recibido usted sobre derechos de las pacientes?

¿Qué capacitación ha recibido usted sobre derechos de los médicos y enfermeras?

¹ Sólo se incluyen las guías de entrevista a médicos, usuarias y pacientes. Hubo otras más acotadas a enfermeras y prestadores directivos.

¿Cómo se evalúa su desempeño en el servicio de atención?

¿Cuáles son las instancias de supervisión y evaluación que tiene en su atención?:

- a) De su jefe inmediato, mediante observación
- b) De un comité o comisión formada ex profeso
- c) A través de sus expedientes clínicos
- d) A través del cumplimiento de metas

¿Cada cuánto hacen esta supervisión?

¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación para su labor en la atención? ¿De qué tipo?, ¿técnica?

¿Usted ha recibido alguna capacitación específica en el programa de detección oportuna y atención del cáncer de la mujer?

¿Usted ha recibido capacitación sobre alguno de los programas de salud reproductiva?

¿Usted ha recibido alguna capacitación en otros temas?

¿Usted ha recibido alguna capacitación, seminario o taller sobre derechos de las pacientes?

¿Usted considera que es necesaria este tipo de capacitación?

¿Usted ha participado como instructor en cursos de capacitación?

Reconocimiento de condicionantes institucionales para el desempeño de su consulta

¿De quién considera usted que depende que se lleve a cabo una atención de buena calidad?

¿A usted se le ha preguntado si está de acuerdo en aplicar las rutinas de atención?

Prácticas de una buena calidad de la atención

¿Cómo describiría usted una atención de buena calidad?

¿De qué manera usted ayuda a las pacientes a tomar una decisión en cuanto a su tratamiento o pasos a seguir?

- ¿De qué manera se siente usted satisfecho de su desempeño en la consulta?
- ¿De qué manera usted fomenta la toma de decisiones de sus usuarias/pacientes?
- ¿Considera usted que se debe incorporar la perspectiva de género en la atención?
- ¿Usted considera que tiene tiempo suficiente para la consulta?
- ¿Cuánto tiempo en promedio es la consulta?
- ¿Usted explica el diagnóstico a sus pacientes?
- ¿Usted cree que le entienden sus explicaciones?
- ¿Usted le pregunta si tiene alguna duda o cuáles son sus preocupaciones al respecto?
- ¿Podría caracterizar a la paciente promedio que atiende en su consulta?
- ¿Usted llega a conocer de alguna manera las condiciones de vida de la paciente?

Percepción de la calidad en la atención

- ¿Podría describirme cómo es el encuentro con la paciente?, (saludo, llamarle por su nombre, entrevista sobre su salud, exploración, diagnóstico y medicamentos)
- ¿Cómo se dirige a sus pacientes?
- Cuando le han hecho la exploración mamaria, ¿quién la realizó?
- ¿Le explica a la paciente antes de realizar cualquier procedimiento de exploración?
- ¿A qué considera usted que tiene derecho la paciente en la atención del hospital?
- ¿Usted considera que la calidad de la atención es buena?
- ¿Dónde está ubicado el buzón de quejas y sugerencias en el hospital o en esta área?
- ¿Cómo considera usted que debe ser la atención a las pacientes?

Condiciones de la sala de espera y el consultorio

- ¿Le parece cómoda la sala de espera de este consultorio?
- ¿Usted ha visto que hay suficientes sillas para que las usuarias se sienten?
- ¿Le parece limpia y fresca?
- ¿Los baños están cerca? ¿Están limpios?
- ¿Tiene un lugar privado para vestirse?
- ¿Es cómodo? ¿Es limpio?
- ¿Usted sabe si se usa una bata para cada mujer que entra al consultorio?
- ¿Usted considera que hay privacidad para la revisión de las pacientes?
- ¿Han entrado otras personas cuando usted ha estado en la exploración?, ¿quién?, ¿por qué?
- ¿Se escuchan las voces del otro lado?
- En el último año, ¿ha hecho alguna solicitud de mejora para el consultorio?, ¿cuál?
- ¿Hay algún tipo de revisión de las instalaciones de manera regular?
- ¿Podría describir a la mujer promedio que acude a su consulta?

USUARIAS²

Preguntas generales sobre su salud, familia, edad, trabajo y servicios de salud en general

Cuando usted llegó a la sala de espera:

- ¿Tuvo que esperar mucho tiempo para pasar a la prueba?
- ¿La responsable se presentó con usted?
- ¿Cómo se dirigió a usted?, ¿por su nombre?, ¿por algún sobrenombre?, (mi'ja, doñita, linda, otro).
- ¿Qué impresión le dio su trato?, (amable, indiferente, agresiva o regañona, despectiva)

² Charlas en las distintas salas de espera, en particular cuando van a la prueba del Papanicolaou.

- ¿Le explicó cuándo debía volver por los resultados?
- ¿Se despidió de usted?
- ¿Ya había venido a este servicio?
- ¿Usted cómo se enteró que podía realizarse el Papanicolaou en el hospital?
- ¿Alguien en el hospital le explicó los requisitos para la toma del Papanicolaou?
- ¿Le explicó cómo se realizaba la prueba?
- ¿Le hicieron la exploración mamaria? ¿Se la habían hecho alguna vez? En ocasiones anteriores, ¿le habían hecho la exploración de pechos?
- ¿Le explicaron cómo se hacía la exploración de pechos?
- Antes de venir acá, ¿usted sabía o recordaba que le harían la exploración de pechos? Si es no, ¿la enfermera o el médico le informó que se la haría?
- ¿Le pidió permiso para hacerla?
- ¿Cómo se sintió cuando le realizaron la exploración de mamas?
- ¿Cómo considera usted que la trató la enfermera cuando hizo la exploración?
- ¿Le explicó sobre la importancia de la exploración de mamas?
- ¿Usted preguntó algo respecto a la exploración? ¿No?, ¿por qué no?
- ¿Le explicó cuáles son los riesgos para desarrollar cáncer de mama?
- ¿Le explicó qué cosas debía usted hacer para bajar el riesgo de desarrollar cáncer de mama?
- ¿Le explicó cómo está formada la mama?
- ¿Usted le entendió la explicación?, después de esto ¿usted le hizo alguna pregunta?
- ¿Usted le entendió lo que le explicó?
- ¿Le preguntaron si tiene o ha tenido algún familiar con cáncer de mama?
- ¿Le preguntaron si ha tenido algún problema en sus pechos?
- ¿Le preguntaron si se revisa sus pechos y por qué?
- ¿Le explicaron cuándo y cómo debía hacerse la revisión de pechos?
- ¿Le informaron cada cuánto debía usted ir al servicio de salud a la revisión de sus pechos?
- ¿Dónde escuchó usted hablar sobre el cáncer de mama?

- ¿Recuerda usted dónde le informaron la primera vez sobre el riesgo de desarrollar cáncer de mama?
- ¿Usted recuerda quién le platicó sobre el cáncer de mama?
- ¿Qué enfermedad le preocupa en especial? ¿Por qué?
- ¿A usted le preocupa el cáncer de mama?
- ¿Ha tenido alguna experiencia cercana con algún familiar, amistad o vecina con este tipo de cáncer?
- ¿Usted supo cómo y dónde fue atendida esa persona?

Condiciones de la sala de espera y el consultorio

- ¿Le parece cómoda la sala de espera de este consultorio?
- ¿Usted ha visto que hay suficientes sillas para sentarse cada vez que viene?
- ¿Le parece limpia y fresca?
- ¿Los baños están cerca? ¿Están limpios?
- ¿Usted recuerda cómo están las instalaciones del consultorio?
- ¿Tiene un lugar privado para vestirse?
- ¿Es cómodo? ¿Es limpio?
- ¿Usted sabe si se usa una bata para cada mujer que entra al consultorio?
- ¿Esta dividido el espacio de la exploración de la oficina?
- ¿Usted sintió que tenía privacidad en la revisión?
- ¿Han entrado otras personas cuando ha estado en la prueba?, ¿quién?, ¿por qué?
- ¿La mesa de exploración le pareció limpia?
- ¿La sábana de la mesa de exploración la cambian para cada paciente?
- ¿En general, le pareció que el consultorio es agradable?
- Cuando usted espera en la sala o está en consulta ¿se escuchan las voces del otro lado?

PACIENTES CON PATOLOGÍA MAMARIA (BENIGNA O CÁNCER)

Preguntas generales sobre su salud, quién compone su familia, edad, trabajo y servicios de salud en general.

Gestión de la atención para consulta externa en ginecología

- ¿Cómo se enteró que podían atenderla en el hospital?
- ¿Ya conocía cómo conseguir una cita con un especialista para su problema?
- ¿Le explicaron el procedimiento para tramitar la cita en la consulta?
- ¿Quién?
- ¿Pagó por la consulta?
- ¿En cuánto tiempo le programaron la cita para ver al especialista?
- ¿Usted puede elegir al médico que le atenderá?
- ¿Le han realizado estudios de laboratorio para diagnosticar su problema?
- ¿Cuánto tiempo pasó para volver a consulta con sus resultados de los estudios?

Condiciones de la sala de espera y el consultorio

- ¿Le parece cómoda la sala de espera de este consultorio?
- ¿Usted ha visto que hay suficientes sillas para sentarse cada vez que viene?
- ¿Le parece limpia y fresca?
- ¿Los baños están cerca? ¿Están limpios?
- ¿Usted recuerda cómo están las instalaciones del consultorio?
- ¿Tiene un lugar privado para vestirse?
- ¿Es cómodo? ¿Es limpio?
- ¿Usted sabe si se usa una bata para cada mujer que entra al consultorio?
- ¿Está dividido el espacio de la exploración de la oficina?
- ¿Usted sintió que tenía privacidad en la revisión?
- ¿Han entrado otras personas cuando usted ha estado en la prueba?
¿quién?, ¿por qué?

- ¿La mesa de exploración le pareció limpia?
- ¿La sábana de la mesa de exploración la cambian para cada paciente?
- ¿En general, le pareció que el consultorio es agradable?
- Cuando usted espera en la sala o está en consulta, ¿se escuchan las voces del otro lado?

Trayectorias de atención

- ¿Por qué vino a pedir la consulta?
- ¿Cómo se dio cuenta que tenía un problema en sus senos?
- ¿Cuándo fue la primera vez que buscó ayuda médica por algún problema en sus pechos?
- ¿A dónde acudió primero para consultar sobre este problema?
- Si fue a un centro de salud, cuénteme, ¿qué sucedió allí?
- ¿Cuánto tiempo pasó desde que llegó al centro de salud hasta que llegó al hospital?
- ¿Qué trámites realizó en el hospital para conseguir la consulta externa en ginecología?
- ¿Cuántas veces ha venido a consulta?
- ¿Conoce el nombre del médico? ¿Cuántas veces lo ha consultado?
- Si ya pasó un tiempo bajo tratamiento, ¿cómo le ha ido con el tratamiento?
- Si fue indicada cirugía, ¿dígame cuánto tiempo pasó desde la consulta hasta que le realizaran la operación?
- ¿Cómo la atendieron durante el tiempo que estuvo en el hospital?
- Si continuó tratamiento oncológico, ¿cuánto tiempo pasó para que la pasaran a recibir tratamiento en el hospital oncológico?

Percepción de la calidad en la atención

- ¿El médico o enfermera se dirigió a usted por su nombre o por algún sobrenombre?
- ¿La saludó al entrar?
- ¿La miró a los ojos?

- ¿Le pidió que se sentara?
- ¿La tuteó al dirigirse a usted?
- Cuando le han hecho la exploración mamaria, ¿quién la realiza?
- ¿Le explicaron antes de realizar la exploración en qué consistía?
- ¿Usted prefiere que la exploración la realice un médico o médica o una enfermera?
- ¿El médico o la enfermera le han orientado en cómo realizar los trámites para obtener algún servicio en el hospital?
- ¿Siente usted que tiene derecho a recibir la atención en el hospital?
- ¿Cómo la ha tratado el resto del personal con el que habla para tramitar su atención?
- ¿Usted considera que la calidad de la atención es buena?
- ¿Recibió la atención que esperaba antes de venir a la consulta?
- ¿Dónde está ubicado el buzón de quejas y sugerencias en el hospital o en esta área?
- ¿Ha usado alguna vez el buzón de sugerencias y de quejas para algún asunto? ¿Podría decirme qué pasó con eso?
- En caso de que sólo esté en control, ¿en cuánto tiempo resolvió su problema desde que inició su atención?

Reconocimiento o sospecha de problemas en los pechos

- ¿Cómo se dio cuenta que usted podía tener un problema en sus senos?
- ¿Qué hizo después de eso?, ¿le contó a alguien?
- ¿A usted le preocupó el descubrimiento o pensó que sería pasajero?
- ¿A dónde acudió primero para consultar por este problema?
- ¿Cuántas veces ha venido a consulta?
- ¿Le explicó el médico su diagnóstico?
- ¿El médico le dio la oportunidad de preguntar dudas y expresar sus preocupaciones?
- ¿Qué le dijo el médico sobre esto?
- ¿Usted le hizo preguntas sobre lo que él le explicó?
- ¿Usted le entendió?
- ¿El médico le resolvió sus dudas?

¿Usted fue acompañada a la consulta? Si así fue, ¿quién la acompañó?

¿Su acompañante hizo preguntas al médico?

Si el médico hizo la exploración mamaria ¿le fue explicando lo que iba haciendo?

¿Cómo se sintió usted cuando le hicieron la revisión?

¿Se sintió cómoda por la privacidad en el consultorio?

¿Se sintió cómoda en el lugar de la consulta? ¿Hay un lugar especial para desvestirse?

¿Alguien acompañó al médico (enfermera, residente)? ¿Ellos participaron de alguna manera en la revisión o consulta?

Si le ordenó estudios de laboratorio, ¿le explicó el médico para qué servirían?

Si le indicó algún tratamiento, ¿le explicó claramente sus efectos (beneficios y trastornos) y el tiempo del mismo?

¿El médico le propuso varias opciones de tratamiento?

¿El médico le preguntó su opinión sobre las opciones?

¿El médico le inspiró confianza con su desempeño en la consulta?

IV

CLAVES DE LAS Y LOS ENTREVISTADAS/OS Y DE LA OBSERVACIÓN

Observación en salas de espera	
Ubicación y servicio	
Área de urgencias y admisión	OSE1
En la toma del Papanicolaou (consultorio 1)	OSE2
En la consulta externa	OSE3

Registro en Diario de Campo (DC):

Se citará de esta manera cuando el registro no pertenezca a las otras fuentes.

Mujeres pacientes	
Clave de ubicación y sesión de entrevista	Seudónimo
E1-1, E1-2, E1-3, etc.*	Laura
E2	Mary
E3	Elba
E4	Verónica
E5	Dalia
E6	Eloísa
E7	Gloria
E8	Consuelo
E9	Tania
E10	Idalia
E11	Julia

* -1, -2 se refiere a primera o segunda sesión de entrevista.

DE PACIENTES A EXIGENTES

Prestadores médicos		
Clave de entrevista	Clave de observación en consulta externa	Seudónimo (doctores)
EM1	OCEM1	Paz
EM2	OCEM2	Córdova
EM3	OCEM3	Luna
EM4	OCEM4	Villegas
EM5	OCEM5	Anaya
	Consulta atendida por residente (OCR)	

Enfermeras	
Enfermeras y puesto	Clave de entrevista
Enfermera asistente 1	EA1
Enfermera asistente 2	EA2
Enfermera que toma el Papanicolaou	Epap

Directivos medios del hospital		
Directivos medios del hospital	Nombre de referencia	Clave
Directivo medio en calidad	Directivo medio	DM1*
Directivo medio en trabajo social	Directivo medio	DM2
Directivo medio en enfermería	Directivo medio	DM3
Directivo medio en calidad	Directivo medio	DM4
Directivo medio	Directivo medio	DM5

*El número coincide con el orden de jerarquía, es decir, el DM5 es de mayor jerarquía que los DM 4 o 3.

CLAVES DE LAS Y LOS ENTREVISTADAS/OS Y DE LA OBSERVACIÓN

Funcionarios estatales de la SSA	
Nombramiento	Clave
Funcionario estatal 1	FE1
Funcionario estatal 2	FE2

Coordinadoras del Grupo Reto	
Clave de referencia	Clave
Coordinadora de Grupo Reto 1	CGR1
Coordinadora de Grupo Reto 2	CGR2

ÍNDICE ANALÍTICO

Actos situados 40

Agencia 86, 121, 328, 329, 331, 332

actor 37, 38, 39, 63, 72, 90, 137, 330

agente 28, 37, 38, 39, 40, 43, 117, 330

capacidad transformadora 39

constreñimiento 28, 39, 40, 328, 330, 332

sanciones 39, 240

Beijing 84, 91, 102, 158, 183, 192

Bienestar 54, 56, 58, 87, 88, 102, 112, 151, 154, 235, 268, 356

Calidad de la atención 27, 30, 31, 32, 33, 35, 42, 65, 70, 71, 75, 76, 83,

84, 90, 98, 99, 107, 110, 111, 124, 125, 130, 142, 155, 156, 67, 182,

198, 199, 203, 207, 209, 218, 223, 225, 226, 227, 229, 239, 244,

253, 254, 256, 264, 277, 282, 286, 293, 295, 305, 307, 321, 337,

340, 346, 359, 360, 363, 364, 365, 381, 384, 386, 387, 388, 389,

nuevo paradigma 195, 238

viejo paradigma 195, 214, 238,

atención médica efectiva 188

atención oportuna 26, 96, 170, 175, 192, 285, 393

aval ciudadano 190, 216

encuesta nacional (sobre calidad de la atención) 97, 185, 186, 188,

213

- estructura, proceso y resultado 25, 77, 78, 87, 179,189
- evaluación (de la calidad) 25, 72, 78, 79, 80, 81, 82, 87, 94, 95, 96, 113,127, 179, 181, 186, 206, 215, 221, 266, 357, 382, 383
- evaluación y monitoreo (modelo de) 194, 197
- falta de recursos 192, 211, 212, 213, 220, 221, 393, 394, 395
- modelo donabediano 82, 179, 191, 193
- participación ciudadana 153, 189, 190, 197, 217
- planificación familiar 82, 91, 111, 112, 128, 133, 181, 183, 184, 185, 284, 320, 324, 365
- prácticas de la calidad de la atención 26, 28, 246, 263, 385
- satisfacción del paciente 78, 81, 91, 92, 93, 94, 95
- trato digno 116, 180, 185, 186, 188, 190

- Campo 26, 28, 30, 33, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 70, 71, 74, 75, 117, 120, 124, 125, 126, 129, 131, 133, 134, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 147, 148, 149, 160, 161, 168, 180, 193, 219, 224, 243, 250, 251, 252, 261, 262, 365, 382, 383, 386, 389, 394
- campo social 27, 35, 42, 43, 46, 63, 73, 254, 389, 394
- campo de la atención médica 41, 42, 321, 327
- propiedades de posición 255
- reglas del juego 43

- Cáncer de mama 26, 29, 31, 39, 55, 111, 125, 138, 149, 151, 157, 161, 162, 163, 164, 165, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 206, 217, 220, 230, 273, 278,280, 284, 286, 289, 291, 292, 334, 337, 341, 358, 368, 369, 370, 373, 374, 388, 390, 391, 393, 394, 395
- autoexploración 166
- Detección Oportuna de Cáncer Mamario 160, 281, 335, 372
- examen clínico 166, 167
- linfedema del brazo 168, 352, 378
- mamografía 166, 167, 208, 272, 274, 279, 288, 290, 301, 317, 318, 372
- mastectomía 350, 376, 377
- patología mamaria 30, 76, 109, 124, 126, 132, 160, 241, 242, 255, 306, 330, 332, 381

quimioterapia 168, 232, 267, 336, 338

radioterapia 168, 232, 267

ultrasonido 166, 167, 208, 209, 237, 308, 311, 333, 362

Castigo 25, 26, 30, 35, 40, 68, 75, 87, 91, 92, 98, 100, 103, 104, 105,
106, 107, 108, 109, 110, 112, 153, 154, 180, 186, 190, 192, 197,
214, 215, 266, 331, 371, 379, 390

Ciudadanía

autodeterminación 100, 110, 112, 331, 390

autonomía 32, 50, 54, 55, 64, 99, 114, 162, 168, 183, 186, 192, 195,
196, 197, 219, 220, 221, 227, 235, 237, 264, 266, 277, 331, 348,
382, 384

autonomía relacional 117

ciudadanía en hileras 106

dignidad de la paciente 26, 27, 362, 382, 387, 389, 390

enfoque histórico (de la ciudadanía) 103

privacidad 26, 27, 32, 55, 76, 111, 112, 141, 277, 306, 322, 323, 362,
382, 387, 389, 390, 391

respeto a la autonomía 26, 27, 116, 384, 387, 388, 389, 390

sujeto de derechos 100

sujetos activos 115, 319, 331, 394

toma de decisiones 26, 27, 30, 32, 50, 53, 71, 76, 83, 104, 107, 108,
109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 153, 156, 180, 183, 199, 217,
218, 219, 222, 223, 251, 264, 266, 277, 282, 293, 309, 327, 340,
341, 344, 347, 348, 355, 356, 358, 361, 364, 368, 382, 384, 386,
387, 388, 389, 390

Capital 27, 40, 43, 44, 254, 261

político, económico y cultural 27

simbólico 40, 44, 74

Condicionantes macrosociales 29, 30, 27, 60, 383, 389, 392

- Condicionantes socioculturales 46, 56, 103, 241, 288, 371
- Conductas (de las pacientes) 32, 68, 41, 60, 67, 101, 262, 264, 305, 329, 339, 361, 365, 368, 372, 388, 390, 393
- Conductas médicas 262
- Conducta moral 165
- Conciencia 38, 39, 57, 329, 369
ausente 90
emergente 90
respeto de derechos 65, 71
- Contexto 153, 158, 166, 383, 394
sociocultural 30, 39, 42, 83, 143, 159
político 30
epidemiológico 30, 31
sociopolítico 31
- Control social 36, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 343, 370
- Cuerpo 38, 39, 48, 50, 64, 68, 69, 71, 73, 101, 112, 113, 116, 166, 167, 168, 235, 241, 248, 249, 254, 257, 289, 308, 309, 312, 313, 369, 370, 390, 392, 394
- Cultura 26, 28, 29, 31, 32, 33, 65, 80, 84, 85, 86, 90, 92, 95, 100, 115, 122, 190, 196, 197, 210, 214, 216, 240, 241, 242, 251, 255, 263, 289, 292, 334, 363, 371, 383, 385, 386, 394
- Derechos 25, 31, 35, 40, 41, 45, 55, 74, 75, 78, 79, 82, 86, 89, 92, 101, 142, 148, 151, 153, 154, 157, 158, 159, 166, 179, 182, 184, 203, 204, 210, 219, 226, 229, 231, 266, 277, 310, 319, 325, 331, 332, 367, 381, 387, 392, 395, 396

- apropiación (de derechos) 26, 28, 29, 33, 43, 87, 91, 108, 116, 192, 292, 327, 328, 333, 334, 340, 360, 363, 365, 366, 368, 371, 389
 - Carta de Derechos de los Médicos 225
 - Carta de Derechos del Paciente 226
 - Carta de los Derechos Generales de los Pacientes 116, 263, 340
 - condiciones de posibilidad 109, 114, 117, 359, 361
 - consentimiento informado 27, 30, 76, 77, 90, 96, 100, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 144, 348, 353, 354, 363, 390, 391, 394
 - Declaración Universal de Derechos Humanos 116
 - derecho a la calidad de la atención 26
 - derecho a la información 27, 30, 141, 162, 227, 277, 314, 327, 340, 359, 362, 389
 - derecho a la salud 30, 99, 100, 103, 109, 110, 155
 - derechos (nociones) 32, 106, 234, 358, 365, 372
 - derechos civiles y políticos 104, 186
 - derechos sexuales y reproductivos 76, 102, 109, 110, 365
 - derechos sociales 109, 151, 154, 186
 - ejercicio (de derechos) 26, 28, 32, 46, 87, 88, 90, 91, 99, 100, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 117, 183, 186, 192, 193, 197, 218, 219, 227, 263, 292, 327, 359, 363, 369, 389
 - igualdad (de derechos) 105, 186
 - igualdad universal 108
 - omisión (de derechos) 26, 32, 88, 98, 320, 352, 359, 375
 - respeto a los derechos 26, 32, 42, 46, 65, 71, 77, 83, 88, 90, 91, 100, 102, 107, 108, 110, 112, 116, 180, 186, 187, 188, 192, 227, 256, 258, 263, 277, 299, 305, 306, 313, 320, 327, 337, 348, 359, 362, 363, 369, 379, 393,
 - universalidad 52, 107, 110, 155, 382
 - violación (de derechos) 26, 28, 32, 91, 97, 117, 168, 192, 249, 262, 263, 325, 357, 363, 379
- Discriminación (en la atención médica) 63, 97, 102, 108, 112

- Discurso 27, 32, 38, 76, 117, 122, 136, 143, 149, 156, 159, 162, 179, 180, 187, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 212, 223, 225, 228, 231, 240, 241, 263, 264, 265, 269, 270, 271, 300, 323, 365, 384, 385, 386, 387
discurso (apropiación del) 70, 192
discurso oficial 155, 181, 191, 275
discurso-poder 28, 182
práctica discursiva 70, 227
- Discurso médico 58, 59, 60, 71, 115, 263, 355, 370
“debe ser” 76, 86, 104, 148, 225, 232, 239, 264, 265, 269, 356, 386
circularidad (del discurso) 143, 263, 264, 265, 267, 269, 270
manejo discursivo 269, 275
- Dominación 27, 32, 35, 40, 42, 44, 45, 54, 56, 72, 86, 182, 227, 231, 255, 294, 343, 358, 361, 365, 358
conformidades 325, 356, 357, 387
dominación médica 122, 220, 229, 230, 237, 239, 241, 242, 299, 300, 305, 360
jerarquía médica 65, 71, 180, 230, 257, 261, 363, 371
relación asimétrica 55
subordinación 26, 31, 43, 46, 51, 52, 62, 92, 107, 108, 114, 153, 168, 236, 239, 249, 252, 254, 257, 277, 299, 300, 309, 318, 325, 333, 344, 362, 363, 364, 368, 371, 382, 390, 393, 394
triple subordinación 239, 362, 393, 394
- Dualidad de estructura 38, 294
conciencia discursiva 39
conciencia práctica 38, 39, 329
dualismo 38
registro reflexivo 38
saber mutuo 39, 329
teoría de la estructuración 37, 38

- Economía política de las prácticas (estructuralismo genético) 27, 40
- El Cairo 84, 91, 102, 158, 183, 191
- Elementos socioculturales 33, 119, 165
- Enfermedad 41, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 68, 73,
74, 75, 102, 112, 113, 131, 133, 149, 157, 162, 164, 165, 169, 170,
172, 195, 229, 230, 241, 242, 258, 266, 278, 286, 289, 305, 329,
332, 346, 359, 360, 370, 395
- Empoderamiento 88, 108, 180, 183, 365, 372, 394
- Empoderar 99, 108, 193
- Empresario moral 67
- Entrevista 125, 128, 144, 145, 146, 203, 210, 346, 377
en profundidad 29, 124, 126, 130, 136, 137, 138, 139, 142
semiestructurada 29, 126, 130, 136
- Especificidad de la función 53, 119
- Estado 26, 27, 28, 31, 53, 54, 64, 65, 70, 71, 79, 80, 81, 82, 84, 87, 91,
92, 100, 101, 102, 104, 106, 108, 110, 125, 151, 152, 153, 154, 155,
156, 157, 158, 159, 161, 163, 171, 172, 175, 176, 181, 182, 187,
192, 193, 195, 196, 198, 207, 209, 228, 283, 292, 382, 384, 389,
393, 394
- Estrategias 61, 72, 76, 99, 105, 123, 140, 141, 147, 157, 182, 183, 194,
197, 224, 243, 280, 282, 292, 312, 328, 332, 336, 337, 365, 372
- Experiencia 25, 26, 48, 53, 69, 84, 93, 96, 105, 128, 129, 130, 136, 137,
144, 147, 149, 162, 199, 207, 213, 214, 230, 235, 252, 281, 282,
284, 303, 357, 365, 376, 378, 388, 396

Fundación Cima 163, 164

Grupo Reto 125, 126, 138, 163, 164, 342, 352, 372, 373, 374, 375, 377,
378

Género 25, 41, 46, 59, 60, 63, 85, 86, 97, 98, 103, 104, 105, 107, 108,
109, 119, 167, 175, 180, 183, 192, 241, 242, 264, 278, 288, 292,
293, 305, 318, 357, 362, 363, 379, 388

desigualdad genérica 28, 394

género (equidad de) 33, 159, 185, 186, 382, 389

género (inequidad de) 84, 91, 92, 155

identidad (de las mujeres) 240, 289, 333, 357

mecanismos de debilitamiento 234

perspectiva de género 27, 28, 75, 76, 82, 83, 87, 89, 90, 99, 157,
158, 182, 183, 184, 193, 194, 365, 389

sistema de sexo/género 62, 320

Habitus 27, 31, 35, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 240, 249, 250, 252,
254, 255, 271, 277, 298, 321, 325, 359, 361, 384, 386, 388, 392,
394

habitus clasificador 265, 267

habitus de género 241

habitus en acción 262

habitus médico 73, 267, 364, 394

Interacción social 85, 230, 294

desviación social 68

margen de libertad 28, 32, 144, 329, 347, 358, 364, 388

Lenguaje 57, 58, 59, 73, 121, 136, 191, 231, 300, 307, 312, 313, 315,
327, 342, 364

comunicación verbal 293, 299, 304

habitus lingüístico 240

lenguaje verbal y no verbal 299

- mercado lingüístico 240
uso del lenguaje 61, 239, 343
- Lógica 42, 44, 63, 73, 121, 265, 359
lógica de las prácticas 243, 270, 323, 386
lógica de la norma 270, 323, 386
- Mecanismos 26, 28, 31, 36, 42, 45, 54, 60, 63, 64, 67, 69, 72, 73, 83,
119, 120, 140, 229, 231, 234, 235, 236, 243, 249, 257, 266, 359,
360, 361, 371, 382, 388, 390, 392, 393, 394, 395
- Metodología cualitativa 120, 121, 123, 124, 136, 139, 396
análisis deductivo e inductivo 141
conceptos sensibilizadores 140, 141
diario analítico 143
falsa neutralidad de las técnicas 128
Illusio 43
ilusión de la transparencia 122
pensamiento científico 121
relación investigadora-informantes 144
ruptura epistemológica 122
sentido común 121, 122
sociología espontánea 122
- Movimiento de mujeres
Movimiento amplio de mujeres 87, 107, 110, 157, 160, 161, 389
- Movimiento social 160, 161, 162, 163, 168
- Negociación de la realidad 61
- Norma Oficial 161, 167, 286, 351

- Observación (no participante) 29, 129, 130, 131, 139
estudio de sombra 134
observación en consulta 134, 135, 147, 242, 258, 271, 315, 341,
355, 357, 368
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) 84, 98, 111, 159, 175, 357
- Panorama epidemiológico
datos epidemiológicos 172
información epidemiológica 169, 387, 390
morbilidad 156, 167, 169, 286
mortalidad 156, 167, 169, 172, 174, 175, 176, 177, 286, 395
tendencia de la mortalidad 176
- Paquete Básico de Servicios 160
- Patriarcado 62, 63
- Percepción 25, 26, 28, 42, 43, 44, 57, 95, 96, 97, 99, 113, 120, 130,
136, 142, 161, 165, 168, 187, 189, 194, 207, 212, 214, 220, 221,
223, 227, 230, 234, 241, 264, 266, 268, 277, 297, 299, 333, 348,
356, 357, 363, 364, 365, 367, 370, 384
- Plan Nacional de Salud (PNS) 180
- Poder 26, 32, 35, 40, 43, 46, 48, 52, 53, 55, 58, 61, 66, 84, 86, 87, 90,
91, 103, 104, 105, 107, 113, 142, 145, 151, 153, 154, 157, 159,
168, 180, 182, 183, 192, 201, 224, 229, 230, 237, 241, 242, 249,
254, 255, 259, 261, 264, 266, 275, 280, 288, 293, 303, 307, 313,
320, 321, 324, 325, 327, 329, 330, 333, 339, 340, 343, 350, 354,
358, 361, 362, 364, 384, 387, 390, 394
conocimiento-poder (binomio) 68, 69, 231
dispositivos de intervención 68, 181, 228
dispositivos sociales 231, 360

- poder biomédico 90, 292
- poder de suma (poder con, para y de) 71, 85
- poder de suma cero (o poder sobre) 71, 85
- poder desde dentro 71
- poder simbólico 44
- relaciones de poder 28, 39, 56, 71, 72, 157, 196, 197, 250, 251, 252, 265, 299, 300, 359, 360, 382

- Prácticas 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 54, 55, 58, 60, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 86, 87, 89, 90, 92, 94, 103, 108, 112, 119, 123, 124, 130, 134, 135, 136, 140, 142, 143, 159, 165, 179, 181, 182, 192, 195, 196, 201, 208, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 223, 225, 227, 230, 232, 234, 235, 238, 239, 243, 244, 246, 249, 250, 251, 252, 254, 256, 257, 259, 263, 264, 265, 266, 269, 270, 275, 277, 286, 294, 295, 298, 299, 305, 309, 312, 315, 321, 322, 328, 329, 331, 332, 334, 335, 340, 342, 344, 345, 355, 358, 359, 363, 364, 371, 377, 379, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 393, 396, 397
- prácticas sociales 37, 45, 85, 168
- prácticas violatorias 31, 45, 229, 231, 360, 361, 390, 391, 392, 394

- Programa Nacional de Salud 31, 155, 160

- Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud 95
 - condiciones laborales 212, 221
 - documentos programáticos 158, 386
 - Programa Nacional de la Cruzada 116, 125, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 214, 215, 216, 217, 220, 223, 224, 226, 228, 238, 386
 - Personalidad 165, 166, 268

- Relación médico-paciente 29, 36, 42, 45, 47, 49, 50, 51, 55, 56, 60, 61, 65, 72, 110, 115, 162, 179, 195, 210, 222, 249, 321, 323, 356, 364, 378, 382, 393

- conocimiento médico 52, 66
- consulta médica 26, 27, 30, 31, 40, 57, 62, 71, 112, 122, 123, 126, 130, 131, 134, 136, 139, 141, 164, 208, 209, 218, 223, 227, 229, 235, 243, 266, 268, 272, 277, 292, 293, 294, 295, 298, 305, 309, 315, 319, 324, 327, 348, 357, 358, 362, 363, 371, 381, 383, 384, 385, 389, 392
- desestimación de las quejas 235
- despedida 32, 294, 323, 324
- diagnóstico 32, 113, 116, 122, 124, 125, 131, 133, 161, 164, 166, 167, 168, 180, 188, 189, 208, 230, 235, 237, 246, 247, 248, 256, 264, 272, 273, 278, 279, 280, 283, 284, 285, 287, 290, 291, 292, 294, 298, 299, 307, 313, 316, 317, 318, 319, 325, 330, 332, 335, 341, 347, 348, 352, 359, 387, 390, 391, 394, 360, 365, 367, 369, 370, 377
- exploración 113, 133, 237, 247, 248, 256, 257, 283, 285, 286, 290, 294, 295, 305, 306, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 315, 316, 319, 322, 324, 391, 344, 362, 368
- interacción médico-paciente 27, 28, 30, 57, 76, 77, 136, 196, 230, 312, 385
- interrogatorio 245, 248, 256, 257, 283, 294, 296, 297, 298, 299, 300, 302, 305, 309, 313, 319
- neutralidad afectiva 52, 53, 54, 64, 257, 258, 319
- plano *prescriptivo* 269
- rutinas 113, 132, 135, 142, 226, 248, 262, 293, 294, 309, 312, 324, 329, 340, 386,
- saber médico 52, 62, 239, 251, 264, 292
- saludo 32, 294, 295, 296, 298, 300, 323
- tratamiento 32, 113, 114, 161, 169, 189, 208, 210, 232, 234, 246, 247, 260, 267, 269, 278, 279, 283, 285, 290, 291, 294, 302, 303, 310, 313, 316, 317, 336, 339, 342, 343, 344, 349, 350, 354, 355, 356, 358, 359
- Roles 36, 48, 52, 54, 55, 56, 58, 86, 05, 242, 266, 363, 328, 362
- Rol social 56, 64, 241,

- Salud 28, 29, 33, 40, 42, 44, 47, 48, 49, 53, 57, 58, 61, 62, 63, 73, 74,
 78, 90, 91, 92, 100, 101, 103, 114, 117, 124, 130, 131, 132, 133,
 138, 141, 142, 146, 147, 161, 162, 173, 176, 177, 190, 196, 199,
 207, 213, 214, 229, 231, 239, 240, 244, 246, 257, 261, 267, 268,
 274, 277, 278, 283, 287, 288, 289, 290, 291, 304, 305, 308, 309,
 313, 315, 318, 319, 328, 330, 331, 333, 347, 348, 350, 351, 361,
 363, 374, 382, 396
- Estado de Bienestar 102, 151
- Ley General de Salud 116, 248, 340
- modelo neoliberal (liberalismo) 151, 152, 154, 155, 156
- normas 36, 39, 46, 65, 66, 67, 68, 110, 161, 183, 184, 187, 228, 238,
 249, 250, 251, 256, 264, 269, 285, 286, 293, 299, 358
- normatividad 27, 65, 69, 81, 82, 85, 86, 98, 108, 111, 115, 116, 157,
 158, 161, 166, 201, 210, 226, 227, 230, 245, 248, 249, 251, 252,
 256, 262, 281, 327, 340, 355, 356, 381, 386, 390
- población abierta 79, 127, 153, 167, 171, 175, 208, 225, 245, 395
- pobreza 69, 85, 106, 158, 175, 193, 241, 242, 266, 325, 356, 357,
 388, 392, 393, 394
- política pública 31, 120, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159,
- política social (de salud) 27, 30, 35, 106, 151, 152, 153, 154, 155,
 156, 157, 158, 198
- salud reproductiva 32, 82, 83, 87, 88, 89, 99, 102, 107, 109, 110,
 116, 119, 125, 158, 159, 174, 180, 183, 184, 185, 204, 206, 212,
 221, 292, 320, 332, 357, 365, 381, 390, 395
- seguridad social 60, 79, 127, 153, 167, 170, 171, 175, 201, 280, 390
- servicios de salud 25, 26, 27, 39, 41, 50, 60, 75, 76, 77, 79, 80, 82,
 83, 84, 85, 86, 87, 88, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 107, 111, 112,
 113, 120, 130, 154, 155, 156, 160, 167, 169, 170, 171, 172, 175,
 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 192,
 193, 194, 195, 197, 212, 230, 235, 266, 292, 320, 332, 338, 357,
 359, 360, 365, 366, 370, 371, 372, 373, 381, 383, 384, 386, 388,
 389, 390, 391

Sentido práctico 41

Sexualidad 58, 68, 76, 107, 109, 158, 159, 242, 289, 307, 319, 320, 368, 394

Significados 29, 56, 61, 86, 106, 119, 121, 123, 129, 137, 143, 164, 165, 166, 168, 308, 396

Sistema médico 61

cultura gremial 122

cultura médica 26, 28, 31, 32, 65, 80, 85, 90, 115, 197, 241, 251, 263, 292, 383, 394

ética (médica) 115, 262

función docente de la consulta médica 31, 130, 134, 229, 243, 256, 258, 259, 294, 297, 306, 313, 325, 384

hospital 26, 29, 65, 66, 67, 68, 69, 123, 124, 125, 126, 130, 131, 132, 135, 138, 139, 144, 145, 147, 161, 164, 176, 180, 198, 201, 203, 204, 205, 206, 208, 210, 211, 213, 214, 215, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 226, 237, 243, 244, 245, 246, 250, 252, 253, 254, 255, 262, 263, 267, 269, 270, 278, 280, 281, 282, 283, 284, 286, 291, 292, 294, 303, 306, 307, 319, 328, 329, 330, 333, 334, 335, 336, 338, 339, 340, 344, 345, 348, 349, 350, 353, 366, 370, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 387, 393

hospital-escuela 127, 134, 199, 209, 243, 306

legitimación gremial (prácticas de encubrimiento solidario) 232, 235, 243

mecanismos de legitimación 64, 360

médico 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 70, 71, 72, 73, 76, 77, 80, 93, 95, 113, 115, 116, 122, 126, 131, 132, 133, 134, 136, 138, 142, 145, 147, 148, 162, 163, 166, 167, 168, 179, 186, 187, 188, 203, 207, 210, 211, 213, 216, 218, 219, 220, 222, 223, 226, 229, 230, 232, 235, 237, 238, 239, 240, 243, 244, 249, 250, 251, 252, 254, 255, 256, 258, 259, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 273, 274, 277, 279, 280, 281, 284, 285, 288, 289, 291, 292, 293, 295, 296, 297, 299, 301, 304, 305, 306,

- 307, 309, 310, 314, 315, 318, 322, 323, 324, 327, 329, 333, 337, 341, 342, 343, 344, 346, 348, 349, 350, 352, 354, 355, 356, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 367, 370, 371, 375, 376, 377, 378, 379, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 388, 389, 391, 393, 394,
 médico titular 130, 135, 234, 241, 245, 246, 248, 257, 294, 298, 300, 312, 313, 317, 321, 362
 modelo médico hegemónico (MMH) 62, 195, 397
 orden negociado 227
 paciente 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 72, 76, 77, 78, 80, 81, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 122, 130, 134, 136, 142, 146, 162, 167, 168, 179, 187, 188, 195, 202, 210, 211, 222, 223, 226, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 239, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 252, 256, 257, 258, 259, 261, 264, 266, 267, 268, 269, 272, 273, 277, 282, 283, 284, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 305, 306, 308, 309, 312, 313, 314, 315, 318, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 335, 336, 338, 343, 344, 346, 350, 351, 353, 354, 355, 356, 358, 360, 362, 363, 364, 373, 378, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 389, 391, 393, 395
 paciente/consumidor 79
 práctica legitimada 231
 práctica médica 47, 50, 63, 64, 67, 73, 115, 168, 197, 238, 249, 356, 386, 387, 389, 392
 profesión médica 29, 36, 46, 49, 55, 57, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 72, 115, 229, 235, 239, 240, 242, 249, 256, 327, 392, 394
 residente/residentes (residencia) 31, 128, 130, 132, 134, 135, 145, 199, 210, 218, 219, 235, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 262, 282, 283, 293, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 306, 307, 308, 310, 311, 312, 313, 316, 317, 320, 321, 324, 342, 346, 352, 362, 391
- Sistema patriarcal 88
- Sociología 68, 75, 93, 119, 129, 152, 396

- acción 27, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 46, 48, 62, 81, 93, 114, 123, 128,
149, 153, 155, 160, 173, 184, 187, 255, 262, 299, 306, 328, 329,
345, 358, 367
- acción social 37, 48, 123, 128
- análisis microsocial 27, 36
- análisis sociológico 36, 148, 295
- conflicto (enfoque de) 30, 62, 85, 324, 384
- conflicto (teoría del) 47
- constructivismo 120,
- constructivismo social 121, 136
- enfoques interpretativos 120
- estructura 25, 27, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 48, 59, 65,
66, 77, 78, 83, 87, 88, 94, 120, 121, 130, 136, 179, 187, 189, 219,
220, 230, 243, 245, 254, 255, 294, 295, 324, 392
- estructura micropolítica 59
- estructuras micro y macrosociales 360
- estructural-funcionalismo 36, 47, 52
- estudio sociológico 25, 93
- nivel macrosociológico 37
- nivel microsociológico 37, 120, 382, 393
- niveles de análisis micro-macro 36
- perspectiva sociológica 75, 119, 122, 149, 191, 381, 382
- sentido de la acción 27
- sociología construccionista 198
- sociología médica 26, 29, 35, 47, 48, 49, 62, 63, 93
- Significados 29, 56, 61, 86, 106, 119, 121, 123, 129, 137, 143, 164,
165, 166, 168, 308, 396
- Subjetividad 29, 47, 93, 123, 136, 143, 383
- perspectiva subjetiva 48
- Trayectorias 41, 284, 287, 292, 328, 329, 339,
acceso a los servicios de salud reproductiva 107
gestión 32, 129, 154, 129, 170, 277, 280, 281, 331, 347, 361

ÍNDICE ANALÍTICO

- gestión de la atención 87, 107, 129, 261, 280, 281, 282, 295, 331,
361, 340, 391
- trayectoria social 282

- Valores (éticos y morales) 29, 112, 128, 137, 168, 187, 238, 239, 241,
258, 269, 277, 295, 358, 363

- Valoración a priori 298, 303
 - estereotipos 49, 76, 92, 238, 241, 264, 265, 266,
 - obediencia 356
 - pasividad 325, 375, 394

- Violencia simbólica 27, 40, 44, 45, 47, 72, 85, 141, 252, 358, 359,365

- Vivencias 40, 49, 58, 92, 120, 123, 320

ÍNDICE DE NOMBRES

A

AbouZahr, C. 62, 84, 92
Aguilar, C. 96
Amuchástegui, A. 365, 371
Ander-Egg, E. 131
Anderson, W. T. 61, 343
Atkinson, P. 123, 143

B

Ballard-Reisch 113
Ballesté, M. 97, 99
Barzelatto, J. 158
Beijing 84, 91, 102, 158, 183, 192
Berger, P. 61, 136
Bianco, M. 62, 343
Blanco, J. 156, 160
Bloom, S. 47, 49, 50, 51, 343
Blumer, H. 140
Bobadilla, J. L. 156
Bobbio, N. 182
Bogdan, R. 123, 137, 141
Boltanski, L. 55, 57, 58, 239, 297
Bomfim, L. A. 165, 166, 168, 370
Borrego, G. 182

Bourdieu, P. 27, 28, 29, 31, 36, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 63, 72,
73, 85, 121, 122, 128, 129, 145, 230, 231, 240, 243, 250, 251, 254,
255, 262, 265, 270, 277, 282, 299, 321, 323, 358, 360, 361, 368,
369, 386, 388, 396
Bronfman, M. 63, 97, 98, 121, 213, 321, 357
Bruce, J. 3, 84, 184
Bunch, C. 108
Busto, M. A. 57, 358
Bryman, A. 123

C

Cabrero M., E. 152
Canals, J. 162
Cano, F. 166
Carrillo, A. M. 86, 97
Carrillo, L. M.
Cartwright, Salazar y Castro 33
Castro, M. C. 33, 166, 231, 234, 357, 360
Castro, R. 63, 121, 361
CEPAL 98, 357
Cervantes, A. 86, 100, 114, 117
Chamboredon, J.C. 122, 128
Christman, J. 117
Cisneros, M. T. 172
Clearly, P. 96
Clorfene, L. 350
Cockerham, W. 47, 48, 49, 52, 67
Coe 67
Coffey, A. 143
Consejo, C. 251, 252
Cook, R. 62, 113
Correa, S. 62, 107, 108, 110, 159
Creel, C. 320, 388

D

- DelVecchio, M. J. 56, 62
Deming, W. E. 79
Devereux, G. 149
Díaz de Rada, A. 144, 145
Diccionario de la Lengua Española (RAE) 38, 73, 93, 392
Doman, M. C. 77
Donabedian, A. 25, 76, 77, 78, 79, 80, 83, 87, 179, 184, 189, 191, 192,
207
Durkheim, E. 49

E

- Edgman, S. 96
Ehrenreich, B. 62, 241
El Cairo 84, 91, 102, 158, 183, 191
Elú, M.C. 97, 98
English, D. 62, 63, 241
Erviti, J. 357, 361
Escalante, F. 193
Escobar A., M.

F

- Facio, A. 105, 108, 109
Figueroa, J. G. 86, 110, 145, 167, 212, 357, 388
Fisher, S. 62, 241, 318, 364
Fitzpatrick, R. 93, 94, 95
Fleury, S. 152, 153, 154, 156, 157
Foucault, M. 27, 28, 30, 49, 62, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 85, 99, 145,
180, 181, 182, 183, 192, 193, 196, 227, 228, 229, 230, 251, 264,
265, 275, 327, 340, 370, 396
Fraser, D. 94
Freidson, E. 30, 49, 55, 56, 62, 64, 65, 66, 67, 73, 202, 218, 219, 229,
235, 238, 244, 250, 251, 254, 265, 370, 396
Frenk, J. 95

G

- Gambone, J. 113,116
Georgopoulos, S. 219
Gerschman, S. 152
Gerstein, D. R. 36
Giddens, A. 27, 28, 29, 36, 37, 38, 39, 40, 46, 294, 300, 329
Gómez Esteban, R. 50, 53, 388
González M., S. 97, 98, 159
Good, B. 56, 62, 73, 250, 252, 256, 342, 370, 371
Gracia Guillén 50, 53
Green, C. P. 388
Gryna, F. M. 79
Guba, E.G. 123

H

- Hall, J. 77
Hammersley, M. 123
Helm, T. H. 61, 343
Hernández, A. M. 97,99
Herrera, J. C. 252
Hinojosa, C. 108
Hollender, H. 50, 52
Huberman, M. 140
Hughes, S. 152

I

- IMSS 79, 81, 115, 127, 170, 182, 183, 184, 185, 202, 235, 252, 280, 357,
386
Incháustegui, T. 152
Instituto Mexicano del Seguro Social 79
Ishikawa, K. 79
ISSSTE 79, 127, 170, 183, 267, 280, 288

ÍNDICE DE NOMBRES

J

Jasis, M. 241

Joyce, S. 388

Juran, J. 79

K

Kaufert , P. 62, 162, 168, 364

Kaur, 350

L

Lain Entralgo, P. 50, 53, 249

Lamas, M. 62, 159

Lantis, K. 388

León, S. 151, 174, 175

Lerner S., B. 154

Lincoln, Y. S. 123

Lister, R. 104, 106, 108

Lock, M. 62, 328, 329, 396

Londoño J. L. 86

López A., O. 154, 155, 156, 160, 167, 172

López C., L. 167

Luckmann, T. 61

M

Mann, F. 219

Marshall, T. H. 103

Martínez, A. 152

Matamala, M. I. 62, 76, 87, 89, 168, 241, 292, 319, 320, 357, 358,
359, 363, 371, 396

Matteucci, N. 182

Mechanic, D. 235, 238

Meer , S. 104, 106, 107

Mejía, R. 252

Méndez, E.

Menéndez, E. L. 62, 195
Merton, R. 36
Mijesky, K. 152
Miles, M. 140
Mills, C. W. 35
Moliner, M. 187
Mouffe, C. 108
Muecke, M. 90

N

Nájera, P. 97
Nigenda, G. 97

O

Offe, C. 152
ONU 101, 102, 105, 112
OPS 84, 98, 111, 159, 175, 357
Ortiz O., A. 101, 110, 114, 157

P

Parsons, T. 30, 49, 52, 53, 54, 55, 57, 62, 64, 65, 66, 68, 80, 229, 257,
258, 261, 312, 319, 363
Passeron, J. C. 122, 128
Petchesky, R. 62, 107, 108, 110, 159
Pittman, P. 113, 357
Poblano, O. 167

R

Ramírez, T. J. 97
Reilly, N. 108
Reiter, R. 113, 116
Reyes, H. 83
Ritzer, G. 36
Rivas, M. 365, 371

Rowlands, J. 85, 86
Rubin, G. 62
Ruelas, E. 76, 77
Ruíz O., J. I. 137

S

Salas, M. 62, 98, 135, 185, 241
Salazar, G. 33, 166
Salles, V. 36, 46, 158, 159
Sass, J. C. 320, 388
Saturno, P. 78
Schatzman, L. 128, 131, 140
Schutz, A. 121, 136
Secretaría de Salud 29, 127, 138, 160, 170, 171, 175, 176, 177, 180,
184, 191, 199, 214, 225, 227, 248, 333
Servicios de la Defensa Nacional y de Marina 79
Sever, C. 104, 106, 107
Sherwin, S. 62, 116, 117, 168, 241, 343, 364, 396
Silverman, D. 122, 123
Sitzia, J. 93, 94
Sontag, S. 75, 165
Strauss, A. 128, 131, 140, 227
Szasz, T. 50, 52

T

Tavares, J. S. 165
Taylor, K. 364
Taylor, S. J. 123, 137, 141,
The, A. M. 342
Thompson, J. 256, 345, 356
Todd, A. D. 62, 241, 324, 343, 364
Tuirán, R. 158, 159
Tuñón, E. 160, 163
Turner, B. 30, 48, 49, 55, 66, 68, 73, 165, 218, 220, 227, 229, 369, 370

V

Valdés S., R. 97

Van Maanen 94

Velasco, H. 144, 145

Viesca, C. 251, 252

Vlassoff, C. 62, 84, 92

W

Wacquant, L. 40, 43, 44, 46, 129, 240, 254, 255

Waitzkin, H. 55

Ware 94

Weber, M. 49, 119, 123, 152, 182

West, C. 168, 241, 320, 364

Wiener, A. 103

Wieringa, S. 85

Wilson, R. 47, 49, 50, 51, 343

Wood, N. 93, 94

Y

Yalom, M. 151

Yinger, N.V. 320, 388

Z

Znaniiecki F.141

Zolla, C. 86

Zurutuza, C. 105

Con un tiraje de quinientos ejemplares, este libro se
terminó de imprimir el mes de septiembre de 2008
en los talleres de Flexomex,
Simón Bley no. 35, col. Olivares, Hermosillo, Sonora
Tel./ fax: (662) 218 80 75

Diseño de portada: Natalia Trejo
Imagen de portada *Destellos otoñales* de Febe Alday
Compuedición: Fernanda Aguilar Almada
Corrección: Myriam García y Alma Celina Quiroz T.

La edición se formó en QuarkXPress 7.3
con tipografía *Times new Roman*
de 11/14 y estuvo a cargo del
Departamento de Difusión Cultural de
El Colegio de Sonora



**EL COLEGIO
DE SONORA**

Publicaciones recientes

*Mujeres, maquila y embarazo
Prácticas de atención de madres-trabajadoras
en Nogales, Sonora, México*
Catalina A. Denman

*Conjunción de pasiones.
Trayectoria vital e intelectual
de Darío Galaviz Quezada
(Guaymas, Sonora, 1951-1993)*
Silvestre Hernández Uresti

*"Soy pescadora de almejas..."
Respuestas a la marginación
en el Alto Golfo de California*
Gloria Ciria Valdéz-Gardea

región y sociedad
Revista de El Colegio de Sonora, no. 42
Varios autores

www.colson.edu.mx

En la presente obra se construye como objeto de estudio sociológico el problema de la calidad de la atención, desde un abordaje que rebasa la concepción tradicional como algo meramente técnico-administrativo, como un tema relevante y sensible para la vida de las mujeres, las patologías mamarias, en especial el cáncer de mama. Con las herramientas teórico-metodológicas que aporta la sociología, el problema de la calidad se presenta como un asunto de derechos y ciudadanía: su ejercicio, respeto o violación, apropiación por las pacientes u omisión en la institución y por parte de los prestadores, a través de las prácticas cotidianas en la relación médico-paciente, que pone en el centro de la discusión a la persona-ciudadana como usuaria-paciente en los servicios de salud. La investigación se realiza con las herramientas de la metodología cualitativa, e incorpora en el cuerpo del trabajo testimonios y declaraciones de los actores principales, mujeres con un diagnóstico de este tipo de problema y médicos que las atienden, y logra conjuntar, confrontar e identificar las miradas tan disímiles como las propias posiciones sociales que ocupan en el escenario de la atención médica.

En la obra se plantean las preguntas siguientes: ¿Cómo se presenta el derecho a la calidad de la atención para las mujeres pacientes en el servicio de salud? ¿Cuáles son los mecanismos que sostienen y reproducen las prácticas de dominación-subordinación en la relación médico-paciente, en el espacio de la consulta médica? ¿Cuáles son las dimensiones y condicionantes de la calidad de la atención según los actores involucrados? ¿Cómo se llevan a cabo los derechos a la información, a la toma de decisiones (respeto a la autonomía), el respeto a la privacidad y dignidad de la persona y la realización del consentimiento informado en la consulta médica? Para responderlas, se utiliza un análisis que privilegia el enfoque teórico de la economía política de las prácticas, de Pierre Bourdieu.



9 789686 755633



EL COLEGIO
DE SONORA