

**SUMISAS, AGRADECIDAS Y OBEDIENTES.  
REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PERSONAL DE  
SALUD SOBRE LAS USUARIAS DE GINECOBSTERICIA  
DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN MÉXICO**

---

VIAANI CORAL MENDOZA\*

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología  
Social (Ciesas), Unidad Pacífico Sur, Oaxaca, México



\*[iisuabjovcml@hotmail.com](mailto:iisuabjovcml@hotmail.com) ORCID: [0000-0003-4928-5855](https://orcid.org/0000-0003-4928-5855)

Artículo de investigación recibido: 3 de julio de 2020. Aprobado: 7 de abril de 2021.

**Cómo citar este artículo:**

Mendoza, Viaani. 2021. "Sumisas, agradecidas y obedientes. Representaciones sociales del personal de salud sobre las usuarias de ginecobstericia de un hospital público en México". *Maguaré* 35, 1: 179-208. doi: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96670>

## RESUMEN

Desde una perspectiva que combina la aproximación etnográfica y la antropología médica crítica, este artículo examina las representaciones sociales de los estudiantes y el personal médico sobre las mujeres usuarias, y analiza su relación con la violencia y el maltrato que estas experimentan de forma sistemática durante la atención ginecobstétrica en un hospital público de Oaxaca, México. El texto analiza las ideas del personal médico construidas desde el clasismo, el racismo y el género, que permiten reproducir y rehacer acciones y actitudes que despojan de voz y decisión a las mujeres parturientas sobre su parto y sus propios cuerpos, además de identificar y señalar momentos de discriminación y profunda desigualdad durante la atención.

*Palabras clave:* antropología médica crítica, estudiantes de medicina, maltrato, mujeres usuarias, Oaxaca (México), representaciones sociales, violencia ginecobstétrica.

**SUBMISIVE, GRATEFUL, AND OBEDIENT, HEALTH PERSONNEL'S SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE GYNAECO OBSTETRICS PATIENTS AT A PUBLIC HOSPITAL IN MEXICO**

**ABSTRACT**

This article combines an ethnographic approach and critical medical anthropology to examine medical students' and medical personnel's social representations about female patients. It analyzes the links between these representations and the violence and abuse that women systematically suffer as gynaecological and obstetric patients at a public hospital in Oaxaca, Mexico. This text also analyzes how these social representations build on classism, racism and gender discrimination, a fact that allows reproducing and reenacting attitudes that deprive pregnant women of voice and decision about their childbirth and their own bodies. Finally, this article identifies and points out instances of discrimination and how profound inequalities obtain during the provision of healthcare.

*Keywords:* medical anthropology, medical students, mistreatment, female patients, gynaeco obstetric violence, Oaxaca (México), social representations.

**SUBMISSIVAS, AGRADECIDAS E OBEDIENTES. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PESSOAL DE SAÚDE SOBRE AS USUÁRIAS DA GINECO-OBSTETRÍCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO MÉXICO**

**RESUMO**

A partir de uma perspectiva que combina a abordagem etnográfica e a antropologia médica crítica, este artigo examina as representações sociais de estudantes e do pessoal médico sobre as mulheres usuárias, e analisa sua relação com a violência e o abuso que elas vivenciam sistematicamente durante sua assistência ginecológica e obstétrica em um hospital público em Oaxaca, México. O texto analisa as ideias de pessoal médico construídas a partir do classismo, racismo e gênero, que permitem reproduzir e refazer ações e atitudes que privam a gestante de voz e decisão sobre seu parto e sobre seu próprio corpo, além de identificar e apontar momentos de discriminação e profunda desigualdade no atendimento.

*Palavras-chave:* antropologia médica crítica, estudantes de medicina, abuso, mulheres usuárias, Oaxaca (México), representações sociais, violência ginecológica e obstétrica.

## INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

El maltrato y la relación de dominación-subordinación, como conductas sistemáticas y rutinarias del personal médico y paramédico hacia las usuarias durante la atención ginecobstétrica en hospitales públicos, son un problema de carácter social y de derechos humanos para los organismos mexicanos (CNDH 2017) e internacionales (OMS 2019). Han sido, además, abordados por disciplinas académicas, en especial la sociología y la antropología médica en México (Valdez-Santiago et al. 2016; Castro y Erviti 2003; 2015; GIRE 2013; 2015; Smith-Oka 2013; Sesia, van Dijk y Sachse 2014; Sesia 2017a) y a nivel internacional (Castro y Savage 2018; Pozzio 2016; Berrío 2017; Esteban 2003, 2006), pero también por la salud pública desde la perspectiva de los derechos humanos (Bohren et al. 2015; Bradley et al. 2016; Diniz et al. 2015; Sadler et al. 2016; Jewkes y Penn-Kekana 2015). Estos estudios han analizado cómo y por qué se generan estos hechos y de qué forma las personas aprenden y reproducen, cuestionan o resisten en los contextos hospitalarios. Mi interés por el contexto médico surgió de investigaciones anteriores en diferentes hospitales de México, donde me acerqué al personal de salud e hice observación directa de los procesos de atención del parto en hospitales públicos. Esto me llevó a cuestionar la sistemática y reiterada persistencia de prácticas y actitudes de maltrato hacia las usuarias de distintos contextos sociales y culturales. Mi pregunta siempre fue qué hace que estas prácticas sean generalizadas en el personal de salud.

## PERSPECTIVA TEÓRICA

Este trabajo se posiciona desde la perspectiva teórica de la antropología médica crítica y bajo la mirada de autores como Castro (2014), que debaten los conceptos *campo médico* y *habitus médico*; Sesia, van Dijk y Sachse (2014), con su análisis de la relación entre política pública en salud y atención obstétrica; Sesia (2017a, 2017b, 2020), sobre violencia obstétrica en México; Gómez (2013), con el análisis de las minorías étnicas en los

---

1 Este artículo deriva de la tesis de maestría en Antropología Social, titulada “Al calor de la práctica. Un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxaca”, dirigido por la doctora Paola Sesia, profesora-investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Pacífico Sur.

procesos de atención médica; Menéndez (1992), frente al planteamiento del modelo médico hegemónico; Kershenovich (2006), Smith-Oka (2013), Berrío (2017) y Esteban (2016), cuyas aportaciones me ayudan a cuestionar, debatir y reflexionar la formación médica en las escuelas y hospitales, el tipo de organización del trabajo de una institución pública de salud, el ejercicio de la biomedicina en contextos desiguales y, por supuesto, la dimensión de género, no solo como un marcador de inequidad, sino como un eje explicativo para comprender las distintas formas de entender la salud o el padecer, así como de enfermar, morir, atender y mantener la salud propia y ajena (de Keijzer, citado por Berrío 2017, 481). Estas perspectivas me permiten, además, dar cuenta de los fenómenos de violencia y el maltrato a las usuarias, no como un problema de “calidad de atención”, sino como claras violaciones a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres (Pozzio 2016).

Comparto con estas aportaciones el interés por analizar los procesos de atención a la salud en un contexto social en el que “las realidades no se entienden por fuera de las relaciones de poder y sociales de una institución hegemónica como la biomedicina, sino que les sirven de marco, las moldean” (Gómez 2013, 29), y a su vez reflejan “relaciones de género y valores que la sociedad establece” (Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez 2014, 76).

## METODOLOGÍA

Este artículo se basa en una investigación de corte cualitativo y etnográfico, que entiende la etnografía como “una descripción e interpretación de un grupo o de un sistema social o cultural” (Cresswell, citado por Álvarez y Jurgenson 2003), cuyo propósito es “describir lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen habitualmente, y explicar los significados que le atribuyen a ese comportamiento realizado en circunstancias comunes o espaciales” (2003, 76).

Adelanté mi trabajo de campo entre 2017 y 2018, en un periodo de seis meses. Realicé alrededor de 30 entrevistas a médicos y médicas residentes, y a internos e internas que cursaban el sexto año de la carrera y realizaban prácticas hospitalarias.

Durante la investigación me enfrenté con situaciones de violencia, maltrato, sufrimiento y discriminación que, sin excepción, registré, pero que bajo un proceso reflexivo asumí y analicé desde mi posición como

mujer antropóloga, joven, feminista, sureña, de clase media e inclinada a la antropología médica crítica.

El trabajo de campo supuso el uso de dos técnicas: la observación participante y la observación flotante. La primera fue fundamental para vincularme con el personal de salud, en especial con los estudiantes y, a partir de ello, generar un *rapport* que me permitiera acceder a su cotidianeidad. Por otra parte, la segunda me permitió adaptarme al contexto contingente y absorber todo dato posible, ya que, como argumenta Pétonnet (1982):

se trata de no enfocar la atención en un sujeto preciso, sino en dejarla “flotar” con el fin de que las informaciones la penetren ningún tipo de filtro, sin un a priori hasta que aparezcan los puntos de referencia, las convergencias y se llegue entonces a descubrir las reglas subyacentes. (39)

La selección de mis sujetos de estudio estuvo mediada por dos criterios selectivos: ser estudiante interno o interna de hospital y estar en las rotaciones de las áreas de ginecología/cirugía. Sin embargo, como parte del registro etnográfico, quienes me permitieron triangular y contrastar mi información fueron médicas y médicos adscritos y residentes que fungían como mentores para el estudiante interno dentro del hospital.

#### EL HOSPITAL Y SUS USUARIAS: UNA ETNOGRAFÍA DEL ESCENARIO

Ubicado al norte de la ciudad de Oaxaca, el Hospital General Cruz, fundado a mediados del siglo XVI, no solo brinda servicios de atención médica, sino que ha funcionado desde su génesis histórica como un espacio importante de formación de profesionales de la salud. Aunque en el trayecto histórico del hospital muchas cosas cambiaron, es preciso mencionar que ni la asistencia médica, ni la población a la que se ha dedicado a atender lo hicieron, ya que sigue acudiendo la población en general, en especial usuarios sin seguridad social que buscan una atención médica pública y gratuita. Este nosocomio atiende al año entre 7.000 y 7.500 partos, cesáreas, partos eutócicos y partos distócicos, lo que sería un equivalente de 500 a 550 partos al mes y de 20 a 25 partos por día; esto lo convierte en un hospital de alta concentración de usuarios y,

por ende, el medio resolutivo del Estado (Calvo-Aguilar, Morales-García y Fabián-Fabián 2010).

### **El perfil de las usuarias del área de ginecología**

El hospital atiende básicamente a mujeres que no están inscritas en la Seguridad Social (Calvo-Aguilar, Morales-García y Fabián-Fabián 2010), pero que están registradas en un programa asistencial federal llamado “Oportunidades”. Este centro atiende además a población de instituciones como el Centro de Reinserción Social (Cereso) femenino y de hospitales públicos de atención psiquiátrica.

Si bien algunas de las usuarias para la atención del parto, complicaciones durante el embarazo y control prenatal proceden de poblaciones lejanas al centro del estado, al examinar los registros de octubre de 2017 encontré que, en su mayoría, provienen de municipios, localidades urbanas y semiurbanas, y barrios o colonias de la ciudad o aledañas a ella. Esto iba contra el imaginario compartido por el personal de salud, según el cual el hospital atiende en su mayoría a usuarias que vienen de poblaciones lejanas, rurales e indígenas.

### **La tococirugía o área de labor**

El cuarto piso, tococirugía o área de labor, es el área del servicio de ginecología que brinda atención del parto, cesárea y puerperio inmediato a las mujeres. Si bien el servicio de ginecología ocupa varias áreas y pisos, el área de tococirugía es una de las más importantes para este hospital, ya que por ahí pasa el 70% del total de usuarias y usuarios que se atienden en todas las áreas de esta institución.

Para el personal de salud y estudiantes, el área de ginecología es pesada y demandante, justamente por el servicio que se brinda en este piso: el área de la *Toco* da intensidad y sentido al servicio de ginecología, ya que allí ponen a prueba los conocimientos teóricos y prácticos de su formación académica. De igual forma, allí las y los internos observan al médico adscrito en contacto con las mujeres usuarias, y aprenden a dirigirse o a hablar de ellas con los términos “mamita, gorda, pacientita, señorito” y escuchan otros intercambios verbales en la sala de parto, tal como lo describo en esta nota de campo:

Observo desde el área de tococirugía una mujer que se encuentra en la camilla, a punto de parir. La residente Romina le dice: “puje

señora, aunque se haga popó, pero pujar sin gritar, porque ya viene el bebé y usted nada más se cansa; ¡sin gritar con la garganta!, solo puje, no corte la contracción, más, más, más fuerte”.

La señora descansa después de la contracción, y cuando pasa de nuevo la residente le dice en tono de regaño: “trata de hacerlo bien, para que nazca tu bebé, si no nada más te vas a cansar, y no va salir tu bebé, hazlo sin hacer tus gestos, aprieta tus piernitas, tiene que pujar fuerte, lo más fuerte que tengas ¡por qué no pujas bien? ¡Puja, puja, que tu bebé esta atorado ahí! sosténlo”. La mujer le dice: “no puedo doctora, ya no puedo”, la residente no le hace caso y le grita: “¡más, más, más!”. (Notas de campo 1, 3 diciembre de 2017)

En ese piso hice la mayor parte de mis observaciones y tuve gran parte de mis interacciones con el personal de salud, las mujeres y estudiantes. Considero que su resultado es crucial para entender la transición entre idea, discurso y acción, ya que allí tuve acceso a la manera como las representaciones sociales e ideas preconcebidas sobre las mujeres usuarias se cristalizaban en acciones y en un tipo de atención específica, la mayoría de las veces violenta y discriminatoria.

### **Apuntes sobre mi propia mirada hacia las mujeres usuarias**

Nunca había entrado al Hospital Cruz antes de hacer trabajo de campo allí, y mucho menos al área de ginecología; sin embargo, reconozco que tenía una representación social previa sobre el tipo de mujeres que acudían. Pensaba que eran personas de recursos económicos limitados, provenientes de comunidades rurales o indígenas, hablantes de alguna lengua indígena. Resultó que esta representación inicial era compartida por el personal que trabaja en el hospital, pero en su caso con mayor énfasis sobre la dimensión étnica y de clase.

Al mismo tiempo, y en mi intento por examinar y comprender mis supuestos, intenté rastrear y preguntarme de dónde surgía esa representación social y si lo que yo pensaba era distinto a lo que pensaban otras personas en el hospital. Así que, en las entrevistas formales e informales a las y los internos, indagué por el tipo de mujeres que acudían al hospital y por las actitudes frente a la atención que les brindaban. Las respuestas (Tabla 1) me permitieron constatar que, si bien había diversas opiniones sobre el tipo de usuarias del área de ginecobstetricia, compartían



una representación social hegemónica sobre quiénes llegaban con más frecuencia a dar a luz en este hospital: pacientes agradecidas, sin agencia y sin capacidad de cuestionamiento y decisión sobre su cuerpo y sobre los procedimientos médicos. Precisamente, esta representación permitía y justificaba la práctica clínica sobre sus cuerpos de todo el personal médico en formación.

**Tabla 1. Representación social de médicas y médicos internos sobre las mujeres usuarias**

<b>Nombre del estudiante</b>	<b>¿Cuál es su idea sobre la población obstétrica que atiende el Hospital?</b>	<b>¿Cómo describe sus actitudes frente a la atención que reciben?</b>
César	Se atiende a cualquier tipo de pacientes, pero la mayoría son de nivel medio y bajo.	Muy cooperadoras y aguantadoras y esperan que les ayudemos.
Meli	Gente muy humilde de bajos recursos y muy nobles al dejarte hacer todos los procedimientos.	Amables, pero no muy exigentes.
Kat	Pues la mayoría de clase baja y de población que no es de la ciudad, y son muy buenas.	Pues la verdad, la mayoría son pacientes, muy nobles, que confían en nosotros, no reclaman.
Fany	Población pobre, indígenas.	Agradecidas.

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de las Notas de campo 1, 6 de diciembre de 2017.

Antes de avanzar en estos asuntos, me detendré en algunos de los conceptos que ayudan a entender cómo y en qué circunstancias se producen estas prácticas.

#### REPRESENTACIONES SOCIALES Y ESTEREOTIPOS

El concepto de representación social alude a un proceso psíquico de abstracción compartido colectivamente, mediante el cual se generan ideas inteligibles sobre objetos o sujetos. Estas ideas tienen dos niveles, el personal y el generalizado: el primero depende de un filtro autónomo, derivado de la personal; el segundo responde al contexto cultural y social en el que se generan. La representación social puede, además, ser pauta de un comportamiento (Moscovici 1979).

Es importante aquí recordar el significado de *hegemonía*, para poder explicar por qué la representación social sobre las mujeres atendidas en el hospital es efectivamente “hegemónica”. Para Gramsci (1975), *hegemonía* se define desde:

Dos grandes planos sobre-estructurales, (primero) ese que se puede llamar de la sociedad civil y (segundo), aquello de la “dominación directa” o del mando que se expresa en el Estado y en el gobierno jurídico. Estas funciones son precisamente organizativas y conectivas. (1518 y 1519)

En otras palabras, hegemonía refiere a un proyecto político de una clase dirigente que ejerce no solo la dominación o el control directo a través de la coerción por medio de la fuerza de los aparatos del Estado, sino también mediante el consenso ideológico creado por otros aparatos como la iglesia, la escuela, los medios de comunicación y, añadido, el sistema de salud. En esta construcción del consenso, participan activamente los grupos sociales subalternos.

En el área de ginecobstetricia, la representación social hegemónica sobre la mayoría de las usuarias es que se trata de mujeres en su gran mayoría analfabetas, sin estudios o profesión, procedentes de algún pueblo rural o ranchería lejana y sin acceso a seguridad social. Asimismo, frente a la atención recibida estas usuarias permanecen agradecidas, dispuestas y sin cuestionamientos sobre el tipo de atención que reciben de las médicas y médicos internos, de la o él residente, o de cualquier otro personal médico, algo que ya han analizado Sesia, van Dijk y Sachse (2014) en este mismo hospital, concluyendo que se da “la normalización y naturalización de las prácticas abusivas, innecesarias, dolorosas y hasta dañinas en el contexto institucional” (262). Mientras tanto, Castro y Savage (2018) han abordado una situación similar en su discusión sobre el concepto de preferencia adaptativa como “la preferencia de soportar el abuso en respuesta a las opciones restringidas” (132), en el caso de violencia obstétrica en instituciones de salud de la República Dominicana.

Este tipo de atención, que el personal médico entiende como la única opción ante los accesos restringidos de servicios públicos para poblaciones vulnerables, la viven las usuarias como experiencias únicas de desigualdad que “se encuentran impregnadas de violencia e injusticia” (Castro y Farmer 2003; Farmer 2004, citado por Brage 2019, 11). Pero, al tiempo,

revelan las diversas formas en que los sujetos sobrellevan, aminoran, resignifican o actúan frente al sufrimiento (Das 2006, citada por Brage 2019, 12). Olarte-Sierra, Suárez y Rubio (2018) nombran las experiencias de desigualdad y capacidad de normalizar el sufrimiento durante la atención como “determinantes sociales de la salud”, que revela como:

[El] contexto social produce una estratificación que asigna a los individuos diferentes posiciones según clase, género, raza, etnia, ocupación o nivel educativo, las cuales generan condiciones materiales y de bienestar diferenciales [...] que, a su vez, desencadenan procesos de inequidad en salud. (532)

La representación social hegemónica sobre la población usuaria funciona como un estereotipo que toma valor y sentido en el momento en el que se traduce en acción, y que en articulación con las condiciones estructurales de los determinantes sociales de la salud alientan, permiten y justifican la atención obstétrica hipermedicalizada, sin cuestionamientos ni restricciones, que privilegia la práctica del o la estudiante frente al cuerpo de una mujer pasiva, en la que la atención es despersonalizada y abusiva, y los procedimientos invasivos son sistemáticos, rutinarios y operativos en el contexto del alto volumen de atención del hospital.

### **Los estereotipos como punto de partida**

Utilizo el concepto de estereotipo a la luz de tres autores: Lippmann (1922), Adorno (1950) y Blumer (1969). Para Lippmann (1922, citado por Cano, 1993):

Los estereotipos están cargados de preferencia, impregnados de afecto o disgusto, ligados a miedos, ansias, fuertes deseos, orgullo y esperanza. [...] Son la proyección sobre el mundo de nuestro sentido de nuestro propio valor, nuestra propia posición y nuestros propios derechos. (31)

En palabras de Cano (1993), “los estereotipos transmiten la visión que cada grupo social posee del mundo, y de los exogrupos a los miembros del endogrupo. Tiene por ello un efecto estabilizador de la percepción, de la afirmación de la identidad y de defensa del ‘statu quo’” (41 y 42).

De manera parecida, Adorno (1950) discute el concepto, añadiendo el término de “personalidad autoritaria” y afirmando que “el estereotipo

es un mecanismo para mirar a las cosas cómodamente, dado que, sin embargo, se alimenta de profundas fuentes subconscientes” (617). Por otra parte, el autor asume que el estereotipo, el prejuicio y la discriminación se presentan juntos, y es el prejuicio la clave de la personalidad autoritaria (Adorno 1950, citado por Casas 2018, 152). Blumer (1969), por su parte, profundiza en los estereotipos negativos, que discute a partir de cuatro características:

1) un sentimiento de superioridad, 2) un sentimiento de que la raza subordinada es intrínsecamente diferente y ajena, 3) un sentimiento de propiedad con respecto a ciertas áreas de privilegio y ventaja, y 4) el miedo y la sospecha de que la raza subordinada alberga algún propósito sobre lo que es patrimonio exclusivo de la raza dominante. (185)

No obstante, el estereotipo no navega solo, y pasa por un proceso en el que se transmuta en estigma, que de acuerdo con Goffman (1963) es:

una marca, un atributo personal desacreditado por nuestra sociedad. [...] En el discurso cotidiano utilizamos como fuente de metáforas e imágenes términos específicamente referidos al estigma, sin acordarnos, por lo general, de su significado real [...], basándonos en el defecto original, tendemos a atribuirle un elevado número de imperfecciones. (14 y 15)

A partir de estos conceptos, analizo cómo la representación social hegemónica sobre las mujeres usuarias del personal de salud y de las médicas y médicos internos es una imagen estereotipada y estigmatizada, construida a partir de preferencias y disgustos que, finalmente, son una proyección contrapuesta de la imagen que tienen sobre sí mismos. La representación social hegemónica funciona como transmisora y socializadora de una visión que separa dos grupos, el superior y el inferior, estabilizando el *statu quo* del contexto, en donde el prejuicio y la discriminación juegan un papel crucial, al fundamentar y legitimar un sentimiento de superioridad, que termina traducándose en acciones donde se asume el poder y se establece una jerarquía sobre el grupo subordinado.

El testimonio de la doctora Mirna, médica residente de segundo año, pone de manifiesto la manera en la que le enseñaba a una médica interna a revisar a las usuarias en sintonía con la representación social hegemónica:

Por ejemplo, una interna me decía “es que ya la tocó, doctora (refiriéndose a la usuaria). ¿Cómo es que la voy a volver a revisar? Si yo la vuelvo a tocar, se va a enojar la paciente”. Y le digo: “no”. O sea, “realmente si tú no tocas, no vas a aprender y lamentablemente la gente sabe que aquí es un hospital escuela y, si ellos vienen aquí, es que, a final de cuentas, aunque suene feo, pero se tiene que dejar revisar, porque es una paciente de aquí [...]”. Y la gente realmente se deja y sí es una ventaja eso, que realmente aquí muchas de estas pacientes no cuestionan lo que tú les haces. (Entrevista 6)

Esta representación social, tal como lo revelan Sesia, van Dijk y Sachse (2014), tiene además otras implicaciones:

Se piensa en ellas como parte de una otredad que se considera no solo diferente, sino jerárquicamente inferior a “nosotros”. [...] Por el otro, y de manera simultánea, se les concibe como pacientes dóciles, obedientes, sumisas, “nobles”, que “se dejan hacer” y no cuestionan el operar del médico o de la enfermera; en general, agradecidas por la atención obstétrica recibida en el hospital, independientemente de la forma en la que fueron tratadas y los resultados de la atención a la que fueron sometidas. (259)

De esta manera, la mayor implicación de considerar a las usuarias como mujeres indígenas provenientes de estratos sociales bajos, sumisas e incapaces de cuestionar la atención que se les brinda y que además es gratuita, por la que deben estar agradecidas, permite al personal de salud generar actitudes de menosprecio y diferenciación que vuelven incuestionable la atención, aunque esta se encuentre atravesada por situaciones de maltrato, discriminación o violencia.

#### LA ACTITUD: CARACTERÍSTICA EXPRESA “DE SU CULTURA”

En mi búsqueda por abstraer los rasgos distintivos de esta representación social hegemónica, identifiqué respuestas mediante las cuales las y los estudiantes internos tendían a reproducir una visión hegemónica, estereotipada y estigmatizada de las mujeres en esta área del hospital. Se referían, por ejemplo, a la actitud de las usuarias como mujeres que, ante la atención, se mantenían inocentes, permisivas y en obediencia, explicándolo por las características de su “cultura”. Esto implicaba,

por ende, su supuesto analfabetismo y falta de preparación para cuestionar. Las y los estudiantes las comparaban con usuarias de otros hospitales de seguridad social (no públicos) en donde la representación social en torno a las pacientes, también hegemónica, proclamaba que sí preguntaban, sí cuestionaban y sí exigían, dado su nivel alto de escolaridad, ligado a ser derechohabientes. En contraste, pensaban que la mayoría de las pacientes del Hospital Cruz eran analfabetas, no preguntaban, no exigían conocer los procedimientos a los que eran sometidas; fundamentalmente, solo agradecían la atención recibida, porque era gratuita y ellas eran de manera uniforme, pobres e ignorantes.

Renata, una estudiante de la primera rotación con la que trabajé, lo expresó de la siguiente manera: “Esas pacientes son así; hasta parece que se dejan que le hagas de todo. Y te creen todo. De repente dices: ‘¡Qué inocencia! ¡Gracias, Dios, por darles esa inocencia!’. Y es así, definitivamente” (Entrevista 3).

Esta idea de la inocencia de las usuarias se acompaña por ceder todo tipo de autonomía decisional y renunciar a su agencia en la atención. El hecho de ceder esta autonomía implica el consentimiento tácito a ser cuerpos de aprendizaje, por el hecho de ser pacientes de este hospital. En este resquicio, la renuncia a la agencia se encuentra con la permisividad hacia la atención que brinda todo el personal médico y paramédico, y que las y los estudiantes internos aprenden en sus rotaciones. Paradójicamente, esto es una ventaja para el aprendizaje práctico, ya que les permite alcanzar un rango de reconocimiento, respeto y credibilidad a la par de las y los médicos graduados frente a las usuarias. Además, reciben menos supervisión en comparación con lo que ocurre en hospitales de seguridad social donde, en general, fungen como ayudantes de prácticas menores. A las y los estudiantes internos, como practicantes, les favorece una usuaria que no cuestione el procedimiento, debido a que su aprendizaje práctico se basa en el método del ensayo y el error, y es posible, y finalmente aceptable en el Hospital Cruz, que se equivoquen varias veces antes de aprender a realizar los procedimientos correctamente.

La estudiante Meli, durante una guardia en el piso de puerperio, me compartió lo siguiente:

Yo siento que la mayoría de estas usuarias son más accesibles en cuanto a que nosotros [refiriéndose a los estudiantes internos]

las podemos revisar, y realizar los procedimientos; a comparación del ISSSTE. Aquí, pues, creen en ti; no sé, como que te ven como el médico y pues todo lo que tú les digas está bien, aunque tú no tengas ni la menor idea de lo que estás haciendo. [...] Pero, o sea, son nobles, son nobles al momento de que nos permitan aprender de ellas. (Entrevista 5)

La representación social compartida por las y los estudiantes internos, al igual que por todo el personal de salud del hospital, es que la gratuidad de la atención implica que la atención es un acto de beneficencia y de ayuda social dirigido específicamente a una usuaria “necesitada” y de recursos económicos limitados. Esta visión invisibiliza la idea de la atención médica pública como un derecho y una responsabilidad que obliga al Estado y a sus trabajadores a garantizar la salud y los servicios al cuidado de ella. De la misma manera, el personal de salud no cree en el “seguro popular” como un verdadero seguro médico, que omite el derecho de las usuarias a un sistema universal y equitativo de protección a la salud. En esta representación, las pacientes del Hospital Cruz son receptoras de una atención que las deja huérfanas dentro del sistema público de salud. Ante la ausencia del derecho, la representación social de la gratuidad de la atención se transforma en una libre licencia para el personal de salud de atenderlas, sí, pero utilizándolas también como cuerpos sobre los cuales practicar, por ser esencialmente un hospital escuela. Al mismo tiempo, esta idea encierra el hecho de que considerarlas “nobles” está atravesado por un estereotipo de la femineidad que atribuye a las mujeres y a sus cuerpos valores morales positivos, pasivos y dóciles (López, 2001).

La serie de representaciones sociales de la atención y de las mujeres usuarias se concatenan y generan una situación ideal para la permisividad hacia la práctica y el aprendizaje sobre los cuerpos de las mujeres usuarias; precisamente por ello, los estudiantes eligen el Hospital Cruz para su internado. Así, Alejandro, un estudiante interno, manifestó que esa fue una de las razones que lo impulsó a elegir el Hospital Cruz para su internado, ya que sus compañeros y mentores le decían: “ve ahí, ahí puedes practicar o hacer cosas, y no te dicen nada”, a lo cual Alejandro comentaba: “o sea, suena mal, pero así aprendes, creo. Bueno, es una forma de aprender” (Notas de campo 1). Estas palabras denotan no solo

la permisividad generalizada en el hospital, sino la existencia de un resquicio de duda en ellos mismos, sobre lo ético de este comportamiento, cuando se enfrentan conscientemente a la pregunta.

#### “A ELLAS NO LAS TOCAMOS”. LAS “RECOMENDADAS” Y LA DIFERENCIACIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN

Si bien la mayoría de las y los estudiantes internos comparten esta representación social sobre las usuarias, se contrapone un hecho que muestra cómo la representación social puede tener fisuras en la vida cotidiana en el hospital. Alan, uno de los estudiantes internos con los que trabajé, manifestó un día:

Al hospital [refiriéndose al área de ginecología] también llegan a atenderse mujeres de nivel alto [recomendadas]. Aquí viene de todo, [...] encontramos pacientes que llegan y reciben la atención y abren sus manos para que las revisemos, confían en nosotros y hay otras que llegan, se ponen sus moños y quieren una atención, pues, muy especializada para ellos solos; nos encontramos de todo. (Entrevista 9)

Este estudiante interno mencionaba una minoría de usuarias de este hospital, mujeres de clase media o media alta que, por alguna razón de favoritismo o privilegio, llegan allí para la resolución de su parto o cesárea. Algunas de ellas son familiares del personal médico o de jefes de área y otras son trabajadoras del hospital, como enfermeras o médicas del área. La primera razón por la que acuden a este hospital es que reciben un trato diferenciado, personalizado y eficaz, ya que sus redes de apoyo resultan ser una ventaja clave para su atención. Por otra parte, aunque el hospital Cruz tiene carencias materiales importantes, cuenta con infraestructura médica y tecnológica que ningún otro hospital público o privado tiene en el estado de Oaxaca: un área equipada de terapia intensiva, además de incubadoras.

Así, resulta interesante entender cómo las representaciones sociales sobre este tipo de mujeres se intersectan directamente con el tipo de atención y trato que reciben. Aunque de forma oficial se debe seguir un protocolo de atención generalizado, las y los estudiantes internos reportaron que no lo siguen con este tipo de usuarias. El quiebre del protocolo se da en múltiples momentos y pasos de la atención.



Para observar y reconocer estos casos, se requiere de un conocimiento detallado del proceso de atención y una mirada cercana de las lógicas de funcionamiento del área, en donde el trato diferenciado también forma parte de un currículum oculto subyacente. Comencé a observar la existencia de representaciones sociales y prácticas diferenciadas de atención hacia mujeres usuarias, cuando un estudiante interno comentó que la madrugada anterior había acudido a la atención del parto de una mujer que era familiar de uno de los médicos adscritos y que toda la atención había sido personalizada.

Este registro en el diario de campo me permitió ir en busca de estas experiencias. En la primera etapa de mi trabajo, entrevisté a una de las médicas adscritas del área que tiempo atrás había sido atendida por sus colegas. La médica, frente a la pregunta sobre su percepción de la atención que se le había brindado, dijo que le había parecido muy buena y eficaz, que el personal de salud estuvo muy atento a todo su proceso, además de que fueron amables y respetuosos hasta el final.

Al comparar estas experiencias con las de usuarias que no son objeto de ningún favoritismo, que no cuentan con redes de apoyo dentro del hospital y a quienes se priva de autonomía y de capacidad de decisión, subrayo que las experiencias de atención a su parto son totalmente distintas. La mayoría de las y los estudiantes internos consideran que las usuarias de clase media o media alta son amas de casas o trabajadora profesionales urbanas, o con algún tipo de seguridad social, así como tienen una actitud de contestación, capacidad de cuestionamiento y ejercicio de agencia ante la atención que reciben en un hospital público, algo de lo que consideran que carecen aquellas de “estatus sociocultural bajo”.

La pregunta obligada es, entonces, ¿de dónde proviene esta representación social sobre el “estatus sociocultural bajo”? Resulta importante asumir que dicho concepto no solo es un diferenciador social que funciona para dividir y separar, sino una suerte de llave que legitima la discriminación hacia quienes tienen ese estatus, lo que hace permisible la práctica sobre sus cuerpos y la provocación de dolor y sufrimiento, sin esperar algún tipo de reclamo o resistencia. Aunque este hecho puede ser interpretado desde el análisis del *habitus* desvinculante, que explica una suerte de predisposición que capacita a los médicos para no involucrarse emocionalmente con las pacientes y los habilita para ignorarlas (Castro 2014, 186) o cometer conductas

que las agravian, la relación que guarda con los debates antropológicos sobre la otredad es aún más profunda (Krotz 2002; Sesia, van Dijk y Sachse 2014; González 2009; Bartra 2011).

#### DESMENUZANDO EL “ESTATUS SOCIOCULTURAL BAJO”

Las particularidades con que las y los estudiantes internos ubican a las usuarias en el “estatus sociocultural bajo” son representaciones sociales hegemónicas relacionales. Aunque depende de sus características intersubjetivas, las y los internos describen a la mayoría de las usuarias desde marcadores de la diferencia cultural que están en oposición a lo que ellos y ellas son.

Como analizaré más adelante, para algunos estudiantes internos la apariencia y el arreglo son marcadores visibles en las usuarias; para otros, el color de piel o las características fenotípicas del rostro y el cuerpo. Finalmente, otros más los denominaban simplemente como “rasgos culturales”, a partir de las palabras o expresiones que utilizan las usuarias, o de sus creencias culturales e incluso religiosas.

Sin embargo, para todos los estudiantes, la escolarización es un marcador fundamental, lo que analizo como un vehículo que incorpora el proceso de blanqueamiento, lo que “no solo se refiere a la blancura de la piel, sino a un estado ético y civilizatorio como condición de la humanidad moderna” (Echeverría 2007, 16). La escolaridad funciona entonces como un peldaño de ascenso que relega a quienes no la tienen a los peldaños más bajos del estatus social.

César es un estudiante interno de 23 años, alto, delgado y de tez morena clara, que proviene de una familia de profesionales médicos de clase media/media-alta. César se reconoce a sí mismo como integrante de un grupo en cierto modo privilegiado, identidad propia que sitúa de manera relacional y contrapuesta con las imágenes que tiene de las usuarias. En el relato de César es posible ver la fuerza de la mirada como herramienta de clasificación, una suerte de “práctica cultural que le asigna a ‘lo visto’ una jerarquía social” (Carlos 2016, 25).

César comentó que puede distinguir —a través de lo que Fernández conceptualiza como prejuicio (2007, 123)— cuando una usuaria que acude a la atención es de nivel socioeconómico bajo: “Por su tez (morena), la faz (de rasgos indígenas)”. Además, añadió que, cuando conocía a una usuaria, lo primero que miraba eran los pies:

Algo que dice mucho de una persona son los pies. Una persona que tenga pies sucios ¿cómo te imaginas que está? Yo lo que me imagino es que es una persona que está todo el tiempo con huaraches o descalzo (sic), etc. [...] Y también como que digamos su... ¿cómo se dice? Su nivel de alfabetismo, personas que tienen su bajo nivel de escolaridad, también en eso te basas mucho. (Notas de campo 1, 8 de febrero de 2018)

La referencia a los “pies sucios” es fácilmente identificable como un elemento de descalificación hacia la paciente que se cruza con una representación sobre la higiene. De acuerdo con Fernández, la higiene o lo que se percibe como falta de higiene se edifica sobre los cimientos de una apreciación moral descalificante, que origina expresiones de prejuicios sobre el individuo usuario (2007) como “otro”.

Por su parte, César argumentaba que, cuando se refería al tipo de ambiente de procedencia de la usuaria, pensaba en un lugar con una localización geográfica lejana a la ciudad, de la que no conocía ni el nombre y donde “las personas ahí como que viven aisladas y hablan algún dialecto. [...] No es como un dogma, ¿no? Pero casi siempre las personas que hablan dialecto son de nivel socioeconómico bajo” (Entrevista 1).

La lengua indígena y la manera en la que hablan español las usuarias es una de las características que utilizan los estudiantes para clasificarlas en un grupo, ya que interviene en la comunicación que establecen los estudiantes durante la atención; muchos de ellos asumen que el “mal” o “buen” español es de personas provenientes de sitios rurales, pobres e indígenas. Yair, un estudiante, durante la atención me comentó al respecto:

Tú te das cuenta [de] que son de un nivel sociocultural bajo con la forma en la que hablan, porque muchos pacientes vienen de pueblos o de ranchos donde no hablan mucho español y se les nota el acento, y se les nota como que la dificultad para hablar porque están acostumbrados a hablar en su idioma. (Entrevista 4)

En cambio, la tez morena, el primero de los marcadores incluido en la representación social de las mujeres usuarias de César, no es un marcador diferencial significativo para Yair, otro estudiante interno, para quien “no hay como una distinción, puede venir la señora morenita, chaparrita,

gordita y tiene licenciatura; o puede venir la misma señora morenita y chaparrita y tener primaria” (Entrevista 1). Yair es originario de la ciudad más importante de la región mixteca, Huajuapán de León, de clase media, hijo de profesores de educación primaria, delgado, de baja estatura y tez morena, y el primer médico de su familia. Este interno reconoció que sus características personales y fenotípicas no lo diferencian de las mujeres usuarias, por lo que afirmó de manera contundente que la apariencia física no es un marcador que define necesariamente un nivel educativo dado o una posición socioeconómica baja. Esto demuestra lo propuesto por Carlos (2016):

Cuando los estudiantes voltean su mirada a sus propios cuerpos, sus propias características, la línea que divide lo indígena de lo no indígena (o en el caso de este estudio, el nivel sociocultural bajo del nivel sociocultural alto) se difumina y no se sabe dónde termina lo uno y empieza lo otro, es decir, se vuelve a lo poroso del mestizaje (y en el caso de este estudio, a lo poroso de la representación social hegemónica de las mujeres usuarias y de los y las internas). (28)

No obstante, para Yair la representación social hegemónica de las mujeres usuarias no desaparecía, sino que más bien la definía otro marcador. Yair comentaba al respecto lo siguiente: “tú te das cuenta [de] que son de un nivel sociocultural bajo con la forma en la que hablan, [pues] se les nota como que la dificultad para hablar [español]” (Entrevista 4).

Durante el trabajo de campo, identifiqué una y otra vez características y trayectorias personales de las y los internos que se intersectaban con la forma en la que ellos y ellas vivían su proceso de formación en la rotación de ginecología, aceptando, adaptando, negociando o hasta rechazando el ejercicio de ciertas prácticas clínicas y las ideologías subyacentes. Pero tanto hombres como mujeres compartían las experiencias de menosprecio y discriminación en algún momento de su vida y en su formación médica

Al volver sobre las entrevistas realizadas y las notas de campo, busqué información que me ayudara a comprender de qué manera y en qué momento las y los estudiantes internos mantenían y reproducían esa idea hegemónica sobre el tipo de mujer atendida en el área de ginecobstetricia. La búsqueda me tenía confundida por lo difícil que es

catalogar a las mujeres usuarias en cierto grupo social, económico o étnico. Lo más paradójico es que, cuando preguntaba descripciones de las usuarias, los internos las hacían desde características que ellos difícilmente podían notar durante su interacción con ellas; además, de nuevo, muchas de esas características contrastaba con la información proporcionada por las usuarias en su historia clínica.

La alimentación o supuestas deficiencias alimentarias de las usuarias es otro marcador de alteridad que evocaron algunos internos. Aunque la gran mayoría registraba en la historia clínica que las mujeres reportaban hacer al menos dos comidas al día, Josué, un interno, me dijo que podía notar claramente que las mujeres pertenecían a un grupo de “estatus cultural bajo”, porque comían la comida del hospital con tal sentimiento y agrado que hasta pedían más.

Coral: ¿Cómo te das cuenta de que son indígenas sin hacerles la historia clínica?

Josué: Porque no se quejan, porque comen lo que les das, a comparación de las del IMSS, porque lo comen rico (expresa con el rostro). De verdad yo he visto eso, que dicen que “regálame otra tortilla”, casi, casi... Y ahí ves, pues; ahí te das cuenta de qué tan agradecidas son esas personas. (Entrevista 2)

La vestimenta es otro elemento clave en estas representaciones sociales, aun cuando las y los estudiantes internos no pueden ser testigos de ninguna vestimenta personal de las usuarias si no es en el área de valoración, lugar en el que están una sola vez. Fuera de este lugar, absolutamente todas las mujeres utilizan el mismo tipo de bata que las homogeniza; aún así, está presente frecuentemente en sus relatos. Sin embargo, aquí puede haber titubeos, como lo ilustró la estudiante Kat, cuando le pregunté:

Coral: ¿Cómo te das cuenta de su nivel socioeconómico bajo sin hacerle la historia clínica a una usuaria?

Kat: Por el aseo personal, ¿por qué más puede ser? [piensa y responde] La vestimenta [titubea y responde de nuevo]... no, no puede ser porque realmente ahí no llegan con la vestimenta que traen... mmm [piensa para darme otra respuesta y se pregunta a sí misma]. ¿Qué más? Pues es que más que nada el cuidado personal. (Entrevista 7)

Si la vestimenta es un marcador de otredad pero se pone en duda cuando se reflexiona al respecto, un marcador que se vuelve uno de los tropos más comunes de alteridad entre el personal médico, incluyendo a los estudiantes internos, es la higiene de las pacientes, “esgrimid[a] como un valor y una virtud de buena conducta, característic[a] de la clase media” (Jagoe 1998, citado por López 2014, 171), y que se asocia no solo con el aseo, sino también con el cuidado personal. A pesar de que en el consultorio del área de valoración se prohíbe el ingreso al hospital a mujeres que vengan con maquillaje y hasta aquellas que lleven esmalte en las uñas, y tampoco admiten a quienes no se hayan bañado, fue común escuchar que las mujeres usuarias eran poco aseadas, despreocupadas por su aspecto y cuidado personal.

Este ejemplo muestra cómo la falta del cuidado del cuerpo y de higiene de las mujeres usuarias se conforman como marcadores en el proceso de enseñanza de las y los internos, y en especial de las internas. Al parecer son ellas quienes, como mujeres, reconocen particularmente la higiene y el propio cuidado del cuerpo femenino, “como un sinónimo de buena conducta, esgrimido como un valor definitivo de la clase media” (López 2014, 164); además, piensan a “la mujer/madre como una pieza clave para el proceso de re-educación del cuerpo (bajo la lógica de la higiene)” (López 2014, 165).

La representación social hegemónica se nutre entre varios de las y los estudiantes internos de la idea de que las usuarias tampoco tienen conocimientos sobre su propio cuerpo —lo que es difícil constatar en un proceso de atención que dura máximo 24 horas— y que, además, puede y debe ser explicado desde el lente del género, ya que muchos de los conocimientos “válidos” del cuerpo femenino dentro del discurso biomédico son difícilmente apropiados por las mujeres en contextos indígenas, donde se socializan y valorizan “otros” conocimientos que no necesariamente corresponden con el hegemónico y que, al traducirse en espacios médicos, provocan sentimientos de desconfianza y miedo, tal como lo explica Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez (2014) en su trabajo sobre cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, México.

Las y los estudiantes argumentan también que las mujeres no tienen conocimiento sobre su tipo de sangre, no acuden al médico con frecuencia, no van a consulta prenatal —aun si las historias clínicas registran el número de consultas a las que casi todas las mujeres fueron—, tienen

muchos hijos —aun si las historias clínicas comprueban lo contrario— y se atienden en su mayoría todavía con parteras —otro marcador de alteridad en el continuo barbarie/tradición, por un lado, y progreso/civilización, por el otro—. Josué, por ejemplo, afirmó lo siguiente: “ellas no se ponen vacunas, no saben bien su tipo de sangre también” (Notas de campo 1, 23 enero de 2018).

Sin embargo, el conjunto de estas características, aducidas por las y los internos como exclusivas de este tipo de población, más bien abona a una representación social hegemónica que, finalmente, no solo es estereotipada, sino profundamente estigmatizante, y responde a un contexto hostil de atención plagado de desconfianza de las propias usuarias, tanto con el personal de salud como con la institución (Pozzio 2016).

La actitud y la conducta de la usuaria son también marcadores reconocidos y, tal vez, de los que más reconocen las y los estudiantes internos para distinguir a la población de usuarias del área de ginecobstetricia. Los adjetivos de las actitudes y comportamientos más nombrados son *nobles, tranquilas, agradecidas, no reclaman, no cuestionan*:

Daniel: La gente que viene acá es agradecida, es buena, y te agradece por lo que haces.

Alan: Generalmente las pacientes son tranquilas. (Notas de campo 1, 17 de febrero de 2018).

Es inevitable entonces reflexionar cómo la representación hegemónica de las mujeres usuarias, como parte de un grupo social de “estatus cultural bajo”, justifica y legitima las relaciones concretas de jerarquía, que reafirman la superioridad del médico, aun cuando todavía se encuentre en el peldaño más bajo de la jerarquía médica —como estudiante interno—, pero como integrante de una sociedad moderna, objetiva, civilizada, racional y bien educada.

## CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación permiten dar cuenta de que, si bien el personal médico del Hospital Cruz tenía distintas opiniones sobre el tipo de mujeres que llegaban como usuarias, la representación social hegemónica se empezaba a compartir y se reafirmaba durante el proceso de formación de los y las estudiantes. La representación social hegemónica se basa en ideas y prejuicios sobre las mujeres, que se entretienen

en una visión más general —es decir, del grupo social en conjunto— sobre la cultura, la clase, la raza y el lugar de las mujeres. El concepto de estereotipo sirve a lo largo del texto para discutir la visión del grupo dominante sobre las usuarias del pabellón de tocografía.

La representación social hegemónica del personal médico y, en particular, de las y los internos sobre las mujeres usuarias se basa en una relación de poder asimétrica que, a partir de supuestos atributos raciales, étnicos y lingüísticos, carencias económicas, educativas y culturales, así como deficiencias de cuidado, vestido e higiene, las ubicaba como integrantes de un grupo “inferior” y subordinado. Esto permitía una serie de maltratos que negaban derechos y agencia a las pacientes a quienes, a la vez, consideraban pobres, agradecidas, sumisas e ignorantes.

Este estudio muestra también lo poroso de la representación social hegemónica sobre las mujeres al contrastarla con datos del mismo hospital. Los informes de este centro de salud revelan, por ejemplo, que la mayoría de las mujeres atendidas no proviene de pueblos o rancherías lejanas, como lo aseguraban los estudiantes, sino de municipios, localidades o asentamientos de la ciudad o aledañas a ella. Mis observaciones revelan también la nula sustentación de sus apreciaciones sobre la suciedad o la falta de cuidado personal de las usuarias; sobre todo, indican que el trato diferenciado hacia las usuarias estaba atravesado por estereotipos raciales, de clase y género.

A lo largo del texto, los testimonios de las y los estudiantes, como la de los mentores, han revelado que la representación social hegemónica toma valor y sentido en el momento en el que se traduce en acción, permitiendo y justificando una atención obstétrica sin cuestionamientos ni restricciones. Es más, las actitudes de obediencia, inocencia y pasividad atribuidas a las usuarias no solo hacían eco de aquellas atribuidas históricamente a las mujeres, sino que hacían de la experiencia de los estudiantes en la atención ginecobstétrica algo único y deseable.

Por otra parte, el análisis de los relatos reveló que los mentores y las y los estudiantes usaban la noción de “estatus cultural bajo” para nombrar características que distinguen y subordinan al grupo social de las usuarias. Al mismo tiempo, la noción de “estatus cultural bajo” saca a la luz en los relatos de los estudiantes otras dimensiones, en este caso relacionales, que se confrontan y contrastan con las de sus emisores. Esto último tiene implicaciones concretas, ya que justifica y rectifica



aun más una suerte de apropiación del personal médico sobre el cuerpo de las mujeres usuarias. Ese cuerpo se edifica como un objeto y ventaja de aprendizaje de las y los estudiantes, además de convertirse en la mayor motivación de elegir este hospital para realizar su año de internado.

Cada uno de estos cimientos sirve para justificar la atención a las mujeres usuarias, atravesada por relaciones de poder asimétricas y profundamente desiguales que las despojan, por mutuo acuerdo, de agencia social, sin oportunidad de negociación, reclamo o resistencia. Esto ocurre mediante una atención despersonalizada y abusiva, con procedimientos invasivos que se vuelven sistemáticos, rutinarios y operativos para el contexto de enseñanza-aprendizaje de las y los estudiantes.

Con las reflexiones anteriores, esta investigación aporta en la reflexión sobre los contextos hospitalarios y la formación médica como un escenario de violencia de género, el cual permanece aún silenciado y justificado por la ciencia médica, pero que hemos visto que posee un potencial de análisis mayúsculo para visibilizar y nombrar otras formas de discriminación, sufrimiento, maltrato y subordinación del cuerpo de las mujeres.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adorno, Theodor. 1950. *The Authoritarian Personality*. Nueva York: Harper.
- Álvarez, Juan Luis y Gayou Jurgenson. 2003. *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Buenos Aires: Paidós.
- Bartra, Roger. 2011. *El mito del salvaje*. Ciudad de México: FCE.
- Berrío, Lina. 2017. “Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas”. *Salud colectiva* 13, 3: 471-487. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1137>
- Blumer, Herbert. 1969. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Bohren, Meghan et al. 2015. “The Mistreatment of Women During Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review”. *PLOS Medicine* 12, 6: e1001847. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bradley, Susan et al. 2016. “Disrespectful Intrapartum Care during Facility-based Delivery in sub-Saharan Africa: A Qualitative Systematic Review and Thematic Synthesis of Women’s Perceptions and Experiences”. *Social Science & Medicine* 169:157-170. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.039>

- Brage, Eugenia. 2019. “Si no fuera porque me vine...”. Itinerarios terapéuticos y prácticas de cuidado en el marco de las migraciones desarrolladas desde el Noroeste y Noreste Argentino hacia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para la atención del cáncer infantil: un abordaje antropológico”. Tesis de Doctorado en Antropología Social, Universidad de Buenos Aires. <http://hdl.handle.net/11336/82823>
- Calvo-Aguilar, Omar, Víctor Edilberto Morales-García y Jaime Fabián-Fabián. 2010. “Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca”. *Ginecología y Obstetricia de México* 78, 12: 660-668.
- Cano, José Ignacio. 1993. “Los estereotipos sociales: el proceso de perpetuación a través de la memoria selectiva”. Tesis de Doctorado en Psicología Social, Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4040/1/T16946.pdf>
- Carlos, Gisela. 2016. “Racismo y marcadores de diferencia entre estudiantes no indígenas e indígenas en México”. *Desacatos* 51: 18-31.
- Casas Martínez, María de la Luz. 2008. “Prejuicios, estereotipos y discriminación: reflexión ética y psicodinámica sobre la selección de sexo embrionario”. *Acta bioethica* 14, 2: 148-156. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000200004>
- Castro, Arachu y Paul Farmer, Paul. 2003. “Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante”. *Anthropologie et Sociétés* 27, 2: 23-40. DOI: <https://doi.org/10.7202/007444ar>
- Castro, Arachu y Virginia Savage. 2018. “Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic”. *Medical Anthropology* 38, 2: 123-136. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
- Castro, Roberto. 2014. “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”. *Revista Mexicana de Sociología* 76, 2: 167-197. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32130485002>
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2003. “La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”. En *Género y política en salud*, compilado por Paz López, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinoza, 255-273. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 2017. Recomendación general 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. México: CNDH. [http://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/30105/RecGral\\_031.pdf](http://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/30105/RecGral_031.pdf)
- Diniz, Simone Grilo et al. 2015. "Abuse and Disrespect in Childbirth Care as a Public Health Issue in Brazil: Origins, Definitions, Impacts on Maternal Health, and Proposals for its Prevention". *Journal of Human Growth and Development* 25, 3: 377-382. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Echeverría, Bolívar. 2007. "Imágenes de la blanquitud". En *Sociedades icónicas: historia, ideología y cultura en la imagen*, Diego Lizarazo Arias, Bolívar Echeverría y Pablo Lazo, 15-32. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Esteban, Mari Luz. 2003. "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 3, 1: 22-39.
- Esteban, Mari Luz. 2006. "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista". *Salud Colectiva* 2, 1: 9-20. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2006.52>
- Esteban, Mari Luz. 2016. "Antropología del cuerpo. Itinerarios corporales y relaciones de género". *Perifèria* 3, 3: 134-147.
- Fernández, Sara. 2007. "La violencia de género en las prácticas institucionales de salud afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud". *Gerencia y Políticas de Salud* 6, 12: 52-76. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2699>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). 2015. *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. Ciudad de México: GIRE. <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>
- Goffman, Erving. 1963. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gómez, Liliana. 2013. "Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá". *Maguaré* 27, 2: 21-65. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/48837>
- González, Freddy. 2009. "Alteridad y su itinerario desde las perspectivas multidisciplinares." *Reflexiones* 88, 1: 119-135. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/11514>
- Gramsci, Antonio. 1975. *Quaderni del carcere. Vol. III*. Torino: Einaudi Edizioni.

- Jewkes, Rachel y Loveday Penn-Kekana. 2015. "Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women". *PLOS Medicine* 12, 6: e1001849. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Kershenobich, David. 2006. "El Médico residente como alumno y como profesor". Comunicación en el Seminario sobre Medicina y Salud, México, junio. [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/jun01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/jun01_ponencia.html)
- Krotz, Esteban. 2002. *La otredad cultural entre utopía y ciencia. Un estudio sobre el origen, el desarrollo y la reorientación de la antropología*. Ciudad de México: FCE.
- Lippman, Walter. 1922. *Public opinion*. Nueva York: Harcourt Brace.
- López, Olivia. 2001. "La mirada médica y la mujer indígena en el siglo XIX". *Ciencias* 60-61: 44-49.
- López, Olivia. 2014. "La higiene popular dirigida a las mujeres madres: estrategias de la cruzada médico higienista en la sociedad mexicana del porfiriato". En *Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina*, compilado por Zandra Pedraza y Hilderman Cardona, 163-184. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Luna-Blanco, Mónica Adriana y Georgina Sánchez-Ramírez. 2014. "Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México". *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos* XII, 2: 67-80. DOI: <https://doi.org/10.29043/liminar.v12i2.343>
- Mendoza, Viaani. 2020. "'Al calor de la práctica'. Un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxaca". Tesis de Maestría en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Unidad Pacífico Sur. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/1023>
- Menéndez, Eduardo. 1992. "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". En *La antropología médica en México*, Roberto Campos, comp. 97-113. Ciudad de México: Instituto Mora; Universidad Autónoma Metropolitana.
- Moscovici, Serge. 1979. *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.

- Olarte-Sierra, María Fernanda, Roberto Suárez y María Alejandra Rubio. 2018. "Brigadas de salud en cardiología pediátrica: del triaje médico al triaje social". *Salud Colectiva* 14, 3: 531-544. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1789>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2019. *Recomendaciones de la oms: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- Pétonnet, Colette. 1982. "L'observation flottante: l'exemple d'un cimetière parisien". *L'Homme* 22, 4: 37-47. DOI: <https://doi.org/10.3406/hom.1982.368323>
- Pozzio, Maria Raquel. 2016. "La gineco-obstetricia en México: entre el 'parto humanizado' y la violencia obstétrica". *Revista Estudios Feministas* 24, 1: 101-117. DOI: <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Sadler, Michelle et al. 2016. "Moving beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence". *Reproductive Health Matters* 24, 47: 47-55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Sesia, Paola, Marieke van Dijk y Matthias Sachse. 2014. "Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del Seguro Popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca". En *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*, coordinado por Jaime Tomás Page Pliego, 241-265. San Cristóbal de Las Casas: Proimmse-IIA-UNAM.
- Sesia, Paola. 2017a. "Maternal Death in Mexico". *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*. Oxford University Press. DOI: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199366439.013.50>
- Sesia, Paola. 2017b. "Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en México". En *¡A toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*, coordinado por Abril Saldaña, Lilia Venegas y Tine Davids, 71-111. Ciudad de México: Ediciones Itaca; INAH.
- Sesia, Paola. 2020. "Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma." En: Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (comps.) *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización,*

*experiencias, medición y estrategias*. 57-76 Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.

Smith-Oka, Vania. 2013. "Managing Labor and Delivery among Impoverished Populations in Mexico: Cervical Examinations as Bureaucratic Practice". *American Anthropologist* 115, 4: 595-607. DOI: <https://doi.org/10.1111/aman.12046>

Valdez-Santiago, Rosario et al. 2016. "El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México". *Revista CONAMED* 21, S1: 42-47. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161e.pdf>

### **Entrevistas**

Entrevista 1: César Portillo, Hospital Cruz, 1 diciembre 2017, 32 m. Grabadora de voz.

Entrevista 2: Josué Cardona, Hospital Cruz, 2 diciembre 2017, 60 m. Grabadora de voz.

Entrevista 3: Renata Joaquín, Hospital Cruz, 3 de diciembre 2017, 22 m. Grabadora de voz.

Entrevista 4: Yair Melgar, Hospital Cruz, 4 diciembre 2017, 24 m. Grabadora de voz.

Entrevista 5: Meli Carajillo, Hospital Cruz, 9 de diciembre 2017, 12 m. Grabadora de voz.

Entrevista 6: Mirna Rodríguez, Hospital Cruz, 12 de diciembre de 2017, 60 m. Grabadora de voz.

Entrevista 7: Kat Méndez, Hospital Cruz, 13 diciembre 2017, 21 m. Grabadora de voz.

Entrevista 8: Josué Mendoza, Hospital Cruz, 23 enero de 2018, 60 m. Grabadora de voz.

Entrevista 9: Alan Rivera, Hospital Cruz, 8 febrero 2018, 25 m. Grabadora de voz.

### **Diarios de campo**

Notas de campo 1, Hospital Cruz, junio de 2017 a marzo de 2018.