



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES EN  
ANTROPOLOGÍA SOCIAL

---

---

“AL CALOR DE LA PRÁCTICA”

UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO SOBRE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS  
INTERNOS DE PREGRADO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE OAXACA

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A

VIAANI CORAL MENDOZA LÓPEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. PAOLA MA. SESIA

OAXACA, OAXACA, ENERO 2020

© Viaani Coral Mendoza López

Todos los derechos reservados



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES  
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL UNIDAD PACIFICO SUR



**PÁGINA DE FIRMAS**

El presente Comité y Jurado evaluador ha decidido aprobar, como parte de los requisitos para optar al grado de Maestra en Antropología Social, la tesis: **“Al calor de la práctica”. Un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxaca**", presentada por: **Viaani Coral Mendoza López**.

---

Dra. Paola María Sesia

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social  
Unidad Pacífico Sur

---

Dra. Lina Rosa Berrío Palomo

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social  
Unidad Pacífico Sur

---

Mtra. Aitza Miroslava Calixto Rojas

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

---

Dr. Roberto Campos Navarro

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

Enero de 2020

Por forjar un camino que nos enseñe a ver y a ir en contra  
de las desigualdades en el mundo.

*Papá, la palabra de una mujer, vale lo que la mujer que la pronuncia...*

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo es el resultado de mis estudios de posgrado, realizado en la unidad Pacífico Sur del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), donde tuve el privilegio de cursar la maestría en Antropología social, en la línea de antropología médica en el periodo 2017-2019. Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), porque gracias a la beca económica que me otorgó, fue posible dedicarme de tiempo completo a esta investigación.

A todas mis compañeras y compañeros de generación, que hicieron de este camino un proceso de acompañamiento; en particular, a mis compañeras de línea, y con especial cariño a la Dra. Soledad Ramírez Galván y a Fabiola Lara. Un reconocimiento especial a mis amigas Jacqueline Durán, Diana Rivera, Natalia Duque, Sara Gaviria y Dafne Díaz de la Vega por ser.

A la Dra. Paola Ma. Sesia, mi profesora y directora de tesis, por confiar en mi desde el principio, por su tiempo, sus valiosas aportaciones y sobre todo por el cariño y dedicación con el que guió mi trabajo.

A mis lectores de tesis, el Dr. Roberto Campos por aceptar leer mi trabajo, a la Dra. Lina Rosa Berrio por la claridad que dejó en mi camino de formación y a la maestra Aitza Calixto por ser mi compañera de lucha y de vida.

A mis profesores y profesoras, particularmente a la Dra. Laura Montesí, Dr. Pedro Yañez, y el Dr. José Alberto Muños que durante estos dos años fueron una parte fundamental en mi formación. A Mara Alfaro por su compromiso y trabajo.

### **Hospital Civil “Dr. Aurelio Valdivieso”**

Al Departamento de Enseñanza, y al Comité de Ética por darme la oportunidad de realizar mi trabajo.

A los médicos adscritos del área de Ginecología, que me dieron la confianza para trabajar con ellos.

A los médicos residentes de Ginecología, por el respeto y la humildad.

En especial, a los médicos internos de pregrado de la generación 2018, por el cariño, el tiempo y la confianza.

### **Familia**

Con amor a mi papá, gracias por despertarme cada mañana con un beso, y por luchar cada uno de tus días por ser un buen padre, un excelente médico y buen ser humano: “esto queda entre la escuadra y el compás”.

Mami, gracias por tu fuerza. Estuviste en cada pensamiento y en cada una de las letras que escribí.

A mi hermana Massi, y mi hermanito Joy porque yo no sería yo, sin ustedes.

Ami hermana Perla por estar en mi vida.

Agradezco a mis tías, que me quieren tanto, y siempre tuvieron un abrazo y una palabra bonita para mí.

A mi tío Tomás y mi tía Angelita, por tanto amor, y a mis queridas Kari y Dana “hermanitas desde chiquitas”.

A Isa por traer tanta luz a mi vida, a Selene por tanta sabiduría, inteligencia y amor, y a Raul por acompañarlas, a los tres por hacer de nuestra familia algo tan bello.

A mis compañeras feministas “hasta que la dignidad se haga costumbre”.

A Carito por hacerme confiar en mí.

A Kevin por alentarme siempre a creer en mí, y por el cariño en todo este camino.

A “Cosa seria original” por estar a mi lado de nuevo y compartir estos caminos de lucha y resistencia.

**TITULO DE LA TESIS:** “Al calor de la práctica”. Un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxaca

**FECHA DEL GRADO:**

ENERO 2020

**NOMBRE:**

VIAANI CORAL MENDOZA LÓPEZ

**GRADO PREVIO AL QUE OPTARÁ:**

LIC. EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

**INSTITUCIÓN PREVIA EN DONDE SE OBTUVO EL GRADO:**

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA “BENITO JUÁREZ” DE OAXACA.

Este trabajo, centrado teórica y metodológicamente en la antropología médica crítica (AMC), aborda el proceso de formación de médicas y médicos internos de pregrado (MIP) en la rotación de ginecología, del hospital-escuela más grande del Estado de Oaxaca, el Hospital Dr. Aurelio Valdivieso. La investigación etnográfica abarca distintos niveles del contexto, de actores, y de procesos, métodos y técnicas de enseñanza-aprendizaje que de manera formal e informal involucran a los y las MIP durante la rotación en esta área.

Desde un plano histórico, se aborda primeramente el contexto y el desarrollo de la enseñanza de pregrado dentro de este hospital. Posteriormente se incluye una descripción de los espacios donde se realiza la enseñanza, enfatizando las particularidades que cada piso del área de ginecología brinda a los aprendizajes.

La investigación da cuenta de cómo el aprendizaje a través de la práctica resulta ser la razón fundamental del porqué los MIP buscan hacer el internado en el Hospital Valdivieso, ya que en este hospital "se aprende haciendo". Lo anterior implica aceptar condiciones de trabajo extenuantes y ubicarse en el peldaño más bajo de las jerarquías hospitalarias, marcadas por relaciones sociales que llegan a ser abusivas y humillantes para los y las MIP. Estos procesos de enseñanza-aprendizaje dentro de la rotación de ginecología, sin embargo, no se vivne de manera homogénea, ni totalizante, ya que hay diferencias de género, clase social y/o raza-etnicidad que marcan experiencias que pueden ser diferenciales entre los y las distintas MIP que rotan en ginecología.

La tesis aporta un análisis crítico de cuatro niveles. El primer nivel se refiere a los aprendizajes técnicos y clínicos, los cuales se dan de manera generalizada y aparecen como la razón inicial, principal y sostenida de los y las MIP para elegir al Hospital Valdivieso como lugar para realizar el internado. Paralelamente esta elección se vincula directamente con la rotación de ginecología, donde los y las MIP

reconocen – en comparación con otras rotaciones- que aprenderán muchas de las herramientas técnicas para enfrentarse al servicio social y para el campo laboral, al terminar su formación. Al mismo tiempo en que aprenden herramientas técnicas, los y las MIP aprenden también jerarquías sociales y ciertas formas específicas del ser y hacer médico, marcadas por la disciplina y el autoritarismo. Es la apuesta por el aprendizaje técnico y clínico la que funciona como una razón legítima para aceptar y/o negociar estos otros aprendizajes.

El segundo nivel analiza cómo el aprendizaje a través de la práctica es indudablemente una característica inherente a esta rotación, mientras que los otros aprendizajes no se dan de manera uniforme, sino de forma relacional, donde cada MIP--a partir de sus objetivos en el internado, de sus características interpersonales e ideas sobre sí mismos y sobre los procesos de enseñanza--aprende a legitimar o a no asumir como válidos o útiles los conocimientos devenidos de la disciplina y las jerarquías dentro de su formación.

El tercer nivel refiere al aprendizaje hegemónico del “ser médico”, el cual sin embargo, aparece también de forma porosa, ya que el proceso de ruptura y transición que implica el internado en las biografías e identidades personales de cada MIP, no es vivido por igual.

El último nivel contempla cómo los y las MIP aprenden a conocer y reconocer el lugar que ocupan las mujeres usuarias de la atención obstétrica dentro de este contexto hospitalario donde el parto se atiende de manera muy medicalizada, a las mujeres usuarias se les rinde pasivas y el ejercicio de lo que se ha venido llamando "violencia obstétrica" es común.

Un aporte que hace novedosa la investigación, tiene que ver con que, si bien existen un sinnúmero de trabajos sobre parto y sobre violencia obstétrica, en este caso el foco de atención no está centrado en las mujeres, sino en el personal de salud en formación, lo cual ayuda a comprender de manera más detallada el fenómeno desde una perspectiva relacional.

De igual manera, este trabajo hace hallazgos etnográficos útiles para comprender la burocracia hospitalaria y el funcionamiento de las instituciones de salud en el país y en el Estado de Oaxaca.



# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	14
JUSTIFICACIÓN .....	17
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	18
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
HIPÓTESIS.....	19
CONSIDERACIONES Y DILEMAS ÉTICOS .....	19
Primer paso .....	20
Segundo paso.....	20
Compromisos .....	20
Consideraciones éticas dentro del trabajo escrito.....	20
Aviso de Privacidad (IFAI) .....	21
SOBRE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
El Modelo Médico Hegemónico y la genealogía de su formación.....	23
Sobre el campo médico y el habitus médico .....	24
La formación del saber médico .....	26
Sobre los estudiantes internos, el campo médico y el hábitus médico .....	27
El contexto hospitalario en la enseñanza-aprendizaje y el papel de la estructura y agencia .....	28
Agencia, respuesta y resistencias del MIP dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje en la rotación de ginecología.....	30
Sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP y sus interacciones sociales en el contexto hospitalario .....	32
REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	34
Los estudiantes de medicina en el contexto hospitalario.....	34
El “maltrato en estudiantes”, la "cultura del abuso”, o la “cultura del maltrato” .....	36
El proceso de enseñanza- aprendizaje y el curriculum oculto en la educación y enseñanza médica en contextos hospitalarios.....	37
A propósito del contexto y escenario de la investigación .....	39
METODOLOGÍA.....	41
La etnografía en construcción .....	41
Con los ojos y los sentidos en el campo .....	42
Acercamiento a los sujetos de estudio .....	43

Sobre preguntas y respuestas en campo.....	43
La toma del registro en campo .....	45
CAPITULADO.....	46
PRIMER CAPÍTULO "UN HOSPITAL DE PRÁCTICA”.....	48
.....	48
GÉNESIS HISTÓRICA DEL HOSPITAL .....	48
LAS ÁREAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA .....	59
Cuarto piso, tococirugía, o área de labor .....	59
El tercer piso o puerperio quirúrgico .....	68
Primer piso y consultorio de valoración obstétrica .....	71
CONCLUSIONES.....	73
SEGUNDO CAPÍTULO “EL ESCLAVO, EL SACA PENDIENTES, LA MANO DE OBRA BARATA”.....	75
¿CÓMO INICIA EN MÉXICO EL INTERNADO Y QUIÉNES SON EN LA ACTUALIDAD LOS MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO DEL HOSPITAL CIVIL?.....	75
SOBRE MI TRABAJO DE CAMPO CON MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO (MIP) EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL. UN RETO ETNOGRÁFICO Y DE EXTRAÑAMIENTO. ....	77
EL HOSPITAL CIVIL COMO ENTORNO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y TRABAJO DE LOS MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO .....	79
Datos generales sobre los Médicos internos de pregrado de la rotación de ginecología del Hospital .....	80
La labor de los MIP en el área de ginecología.....	84
Los médicos internos de pregrado durante mi trabajo de campo y su inserción en el área de ginecología del hospital.....	85
TÉCNICAS, RESPUESTAS Y ESTRATEGIAS COLECTIVAS E INDIVIDUALES DE SOBREVIVENCIA COMO UN MÉDICO INTERNO EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL “DR. AURELIO VALDIVIESO” .....	90
La guardia .....	90
Consultorio de valoración.....	91
Puerperio quirúrgico .....	91
Puerperio fisiológico .....	91
Tococirugía y quirófano.....	92

¿CÓMO SE VEN LOS MIP A SÍ MISMOS EN EL HOSPITAL? .....	93
DIVISIÓN DE GÉNERO EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE DE LOS MIP EN LA ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA .....	97
“LA NUEVA ESCUELA” Y LA PERCEPCIÓN DE LOS MIP.....	102
CONCLUSIONES.....	107

TERCER CAPÍTULO “MUCHAS VECES NOSOTROS ATENDÍAMOS A LA USUARIA [SIN SABER] LO QUE ESTÁBAMOS HACIENDO”. LOS MÉTODOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJES UTILIZADOS CON LOS MIP EN LA ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL .....109

EDUCACIÓN FORMAL Y NO FORMAL DE LOS MÉDICOS INTERNOS EN EL HOSPITAL CIVIL .....	109
Sobre la enseñanza, el campo médico, el habitus médico, el currículum oculto, o los métodos de enseñanza en el Hospital Civil .....	112
La formación del saber médico .....	114
El papel de la jerarquía médica en la enseñanza del MIP .....	115
SOBRE LOS MENTORES Y SUS MÉTODOS DE ENSEÑANZA.....	122
EL CASTIGO COMO MODELO DE APRENDIZAJE SUI GENERIS DEL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CIVIL.....	130
LOS MENTORES Y LA TIPOLOGÍA DE SUS CASTIGOS .....	136
Castigo corporal.....	136
Castigo burócratico-administrativo .....	137
Castigos deshonrosos vinculados con castigo por antipatía .....	139
Castigos monetarios.....	146
Castigo de “encierro”.....	148
Castigos académicos .....	150
CONCLUSIONES.....	151

CAPÍTULO CUATRO “AL CALOR DE LA PRÁCTICA”: LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA QUE APRENDEN LOS MIP EN UN HOSPITAL-ESCUELA QUE ATIENDE A MUJERES DE ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS .....	153
LA PRÁCTICA ES LA RECOMPENSA. SOBRE EL POR QUÉ LOS MIP ELIGEN SER INTERNOS EN EL HOSPITAL CIVIL “DR. AURELIO VALDIVIESO” .....	153
EL IMAGINARIO DE LAS MUJERES USUARIAS EN EL ÁREA DE GINECOBSTETRICIA, COMO FACILITADOR DE LA EXTENSA PRÁCTICA DE LOS MIP EN EL HOSPITAL .....	158
LA CONSTRUCCIÓN DE LA OTREDAD COMO PUNTO DE LLEGADA. UNA MIRADA DESDE LOS ESPEJOS.....	177
La moral de la ciencia médica, el cuerpo de las mujeres y su papel dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP.....	180
SOBRE EL TIPO DE ATENCIÓN QUE APRENDEN A BRINDAR LOS MIP Y LAS TÉCNICAS DE ACELERACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, COMO ELEMENTOS PARA EL ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE FORMACIÓN .....	184
Los conocimientos distintivos de la Toco y sus justificaciones en el proceso de aprendizaje de los MIP..	189
CONCLUSIONES.....	193
CONCLUSIONES FINALES.....	195
BIBLIOGRAFÍA.....	202

## ÍNDICE DE TABLAS, IMÁGENES Y GRÁFICOS

### Tablas

Tabla 1. Recursos humanos y estudiantiles del Hospital Civil

Tabla 2. Recursos materiales del hospital

Tabla 3. Recursos materiales del hospital

Tabla 4. Recursos materiales del hospital

Tabla 5. Recursos humanos médicos del hospital

Tabla 6. Recursos humanos de enfermería del hospital

Tabla 7. Egresos hospitalarios

Tabla 8. Porcentaje de ocupación de los servicios del hospital 2018

Tabla 9. Edad de los MIP

Tabla 10. Lugar de residencia de los MIP

Tabla 11. Ocupación del padre

Tabla 12. Ocupación de la madre

Tabla 13. Edad de los MIP entrevistados

Tabla 14. Lugar de residencia de los MIP

Tabla 15. Ocupación del padre y madre

Tabla 16: Métodos y técnicas utilizados en el proceso de “enseñanza-aprendizaje” a médicos internos del Hospital Civil

Tabla 17 Razones esgrimidas en la selección del Hospital Civil para el internado

Tabla 18. Representación social de las mujeres usuarias por parte de los MIP

### **Gráficas**

Gráfica 1. Gráfica 1. Usuaris hablantes de lengua indígena, Hospital Civil

Gráfica 2. Sexo de los MIP

Gráfica 3. Lugar de procedencia de padre o tutores, desagregado por regiones del Estado

Gráfica 4. Sexo de MIP

Gráfica 5. Posiciones de jerarquía en el área de ginecología

### **Imágenes**

Imagen 1. Gato de la suerte

Imagen 2. Lágrimas de MIP

Imagen 3. Máquinas de escribir del “puerperio quirúrgico, o tercer piso”

Imagen 4 Máquinas de escribir del “puerperio quirúrgico, o tercer piso”

## INTRODUCCIÓN

El maltrato y la relación de dominación-subordinación como conductas sistemáticas y rutinarias del personal médico y paramédico hacia con las usuarias durante la atención del parto en hospitales públicos, se han posicionado como temas de interés y problemas de carácter social y de derechos humanos por parte de organismos nacionales (CNDH, 2017) e internacionales (OMS, 2014). Han sido además abordados por disciplinas académicas, en especial la sociología y la antropología médica a nivel nacional (véase por ejemplo en: Valdez-Santiago et al, 2013; Castro y Erviti, 2003, 2014; GIRE, 2013 y 2015; Smith-Oka, 2013; Sesia et al, 2014; y Sesia, 2017) y a nivel internacional (véase, por ejemplo, Castro y Savage, 2018), pero también por la salud pública desde la perspectiva de los derechos humanos (véase: Bohren et al., 2015; Bradley et al, 2016; Diniz et al., 2015; Gillen y Clausen, 2016; Herrera Vacaflor, 2016; y Jewkes y Penn-Kekana, 2015), las cuales han visto la funcionalidad de sus enfoques para analizar cómo y por qué se generan estos hechos y, de qué forma se aprenden y reproducen o se cuestionan y/o se resisten en los contextos hospitalarios.

Las crecientes quejas<sup>1</sup> puestas ante la CNDH y la reciente inclusión en varios estados de la república de lo que se ha definido de manera creciente como violencia obstétrica, ha logrado visibilizar un amplio fenómeno de maltrato hacia las mujeres en los servicios de salud materna, del cual diversos estudios consideran que se extiende a nivel internacional y que se ha producido a través de la historia. Tenemos por ejemplo que “en el ámbito internacional se han realizado estudios que recogen el testimonio de las mujeres sobre su experiencia en los servicios de salud durante el parto, y que queda claro que muchas de ellas fueron maltratadas, humilladas, intimidadas o sufrieron abusos” (Asowa-Omorodion, Grossmann-Kendall et al citado en Castro, 2014:168).

En México esta situación de violencia ha sido señalada en distintos trabajos. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), por ejemplo, ha publicado resultados de investigaciones donde reflejan:

Expresiones del abuso contra las mujeres en la sala de parto en las cuatro dimensiones exploradas: abandono de la mujer, ausencia de información, abuso verbal y abuso físico. Las dos formas de abuso físico más reportadas fueron a) brusquedad y frecuencia con la que se realizan procedimientos rutinarios: tacto, episiotomía y episiorrafia sin anestesia, canalización de vías vasculares y anestesia epidural; y b) aventones de piernas, golpes con la mano o utilización de alguna parte del cuerpo para causar daño físico a la mujer; además reportaron abuso verbal a partir de expresiones y manifestaciones de burla, sometimiento y amenazas, comentarios denigrantes y sexistas, que hacen alusión a aspectos de la vida erótica de la mujer. Asimismo la ausencia de información y del consentimiento informado

---

<sup>1</sup> De acuerdo con un rastreo hecho por el autor, la CNDH y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos (CEDH) han emitido más de 150 recomendaciones relacionadas con abusos en la atención de la salud reproductiva en los últimos 12 años, dirigidas en su mayoría a instituciones públicas de salud, a partir de quejas presentadas por usuarias de dichos servicios (Castro, 2014: 167). De igual forma la CNDH emitió el 31 de julio de 2017 una recomendación general contra la violencia obstétrica.

para realizar algunas maniobras y abandono de la mujer durante el proceso del trabajo de parto (Valdez Santiago, Salazar Altamirano, Rojas Carmona, y Arenas Monreal, 2016:42).

Por otra parte, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 demuestra que, en los últimos cinco años, 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto sufrió algún tipo de maltrato por parte del personal de salud que las atendió en el parto; este porcentaje sube a más de 40% entre mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y casi al 39% de mujeres atendidas en unidades de salud de la Secretaría de Salud en las distintas entidades federativas. Las usuarias encuestadas experimentaron diversos tipos de situaciones: 11.2% reportó que al momento de la atención le gritaron o la regañaron; 10.3% contó que se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho; 9.9% dijo que el personal de salud la ignoraba cuando preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé; 7.0% también mencionó que durante la atención le dijeron cosas ofensivas o humillantes; les negaron anestesia, le colocaron algún método anticonceptivo sin consultar, la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta, entre otras. De acuerdo con esta encuesta el mayor número de casos registrados de maltratos fue en hospitales, clínicas y centros públicos de salud, algunos de los cuales funcionan también como espacios de enseñanza-aprendizaje para los y las médicos en formación, como son internos y residentes, entre otros (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH],2016).

Otros estudios realizados específicamente en los Servicios de Salud del estado de Oaxaca han analizado los problemas en la calidad de atención durante el embarazo, parto y puerperio; tal es el caso del trabajo publicado por Sachse et al. (2012) en el que se construyó un Índice de Calidad de la Salud Materna y encontró, por ejemplo, que:

La mayoría de los CS [centros de salud] tiene una disponibilidad y accesibilidad limitada porque no brinda atención durante los turnos nocturnos y de fines de semana. La atención es gratuita aun si las mujeres—casi todas afiliadas al Seguro Popular-- gastan para exámenes de laboratorio y/o ultrasonido. Prácticamente en ninguno de los CS se realiza un abordaje intercultural. La atención en la etapa prenatal en general se realiza de acuerdo a normas. En la atención del trabajo de parto y parto se emplean comúnmente maniobras innecesarias y hasta dañinas. Información por parte de las mujeres acerca de la atención hospitalaria en el parto indica que la misma situación prevalece en el segundo nivel (2012:1).

Algunas de las prácticas que se mencionan en este estudio y que son comunes en la atención obstétrica de primer y, aún más, de segundo nivel de la Secretaría de Salud en el estado son: la colocación rutinaria de venoclisis, la prohibición de alimentos y líquidos a las mujeres durante el trabajo de parto, tricotomía y enemas evacuantes, episiotomías y la revisión manual de la cavidad uterina de manera rutinaria y sin anestesia o analgesia, entre otras prácticas y maniobras que contrastan con las recomendaciones de la OMS (2019) y la normas oficiales mexicanas de atención (Diario Oficial de la

Federación, 2016), que no se deberían de hacer y algunas de las cuales son dañinas y muy dolorosas para las mujeres (Idem; Sachse, Sesia y García, 2013).

Ha habido denuncias públicas de casos de violencia obstétrica, maltrato, abusos, discriminación y/o hasta la negativa de proporcionar atención en periódicos locales, la prensa y redes sociales donde, por ejemplo, se dio a conocer en el año 2013 el caso de Irma López Aurelio, mujer indígena mazateca que dio a luz en el jardín del Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, Oaxaca, por haber sido rechazada en la clínica ya que no había personal médico en el momento. Este hecho generó revuelo e indignación a nivel nacional e internacional sobre las condiciones de atención del parto en estos contextos. Como indica Sesia:

En la fotografía que circuló “se veía a una joven mujer de piel morena en cuclillas en un césped, con el vestido semi-levantado y en frente un recién nacido desnudo tumbado en el pasto, con el cordón umbilical todavía unido a la madre. En el rostro de ella, se perciben sufrimiento, y desesperación, tal vez incredulidad y miedo y, posiblemente, rabia” (2017:86).

Independientemente de las respuestas con la que fue explicado este hecho por parte de las instituciones responsables, forma parte de un escenario que exige cuestionar la atención médica hacia las mujeres, en especial a las mujeres indígenas, o en condiciones de desigualdad ya que:

Son justamente las mujeres indígenas que viven en condiciones de profunda inequidad genérica... Y son precisamente estas mujeres quienes enfrentan los mayores problemas de acceso económico, geográfico y cultural a servicios de salud oportunos y de calidad, o que sufren una mayor carga de discriminación en los hospitales a los que logran finalmente acceder (Sesia, 2009:201).

A partir de estos perfiles logramos visibilizar un problema sistemático de abusos y maltratos que se gestan en instituciones públicas de salud, perpetrados por el propio personal prestador de los servicios, las médicas y médicos adscritos, pero también el personal médico en formación – los residentes y los médicos internos- el cual me interesa sobremanera, ya que pienso que analizando su contexto y proceso de formación en este escenario específico, es posible dar cuenta de la manera en la que se moldea y reproduce--o se negocia, adapta, resiste y hasta rechaza--este tipo de trato hacia las usuarias.

En ese sentido, en esta tesis centro mi interés en qué características particulares presenta el proceso de enseñanza-aprendizaje de las/los médicos internos en el Hospital Valdivieso en la rotación de ginecología y qué factores subjetivos, inter-subjetivos e institucionales intervienen para que ellos/as aprendan, negocien, transformen, adapten, resistan y/o rechacen prácticas y/o actitudes de maltrato en su propia persona durante la formación y aprendan o no a reproducir prácticas, actitudes y conductas de maltratos y abusos hacia las usuarias durante el proceso de atención del parto. El escenario seleccionado es el hospital público “Dr. Aurelio Valdivieso”, el hospital-escuela más grande en el Estado de Oaxaca, que forma anualmente a 70 médicos internos y que atiende en su gran mayoría a población rural y urbana



sin seguridad social y con recursos económicos limitados. Un estudio previo en este contexto hospitalario (Sesia, van Dijk y Sachse 2014) e innumerables evidencias anecdóticas revelan que se trata de un espacio hospitalario sobresaturado para la atención obstétrica, en donde las mujeres en trabajo de parto se atienden rutinariamente de manera muy medicalizada, sin seguir en muchos casos la normatividad mexicana o las recomendaciones de buenas prácticas de la OMS para partos normales y en donde las pacientes pierden su autonomía y no tienen poder decisonal. Es en un entorno de esta naturaleza donde se requiere explorar el proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos internos.

## JUSTIFICACIÓN

Decidí realizar esta investigación porque desde mis inicios como profesional inmersa en temas de la antropología médica, pude realizar trabajos de campo en instituciones de salud en donde el objetivo era dar cuenta de la atención muy medicalizada y del trato muchas veces irrespetuoso que viven las mujeres durante su proceso de atención del parto. Esta experiencia me hizo reflexionar sobre el por qué este hecho aparece de forma sistemática en diferentes contextos de atención, lo que me inclinó a cuestionar el proceso de formación de los profesionales en salud, con la intención de indagar sobre una posible génesis de estas prácticas durante la formación, y sobre los elementos subjetivos, intersubjetivos y estructurales que permiten su reproducción.

En el proceso de pesquisa sobre la literatura del tema, encontré que la mayoría de los estudios que se han realizado sobre la formación del estudiante dentro del contexto hospitalario, son desde un enfoque sociológico (véase, por ejemplo, Castro, 2014; y Pozzio, 2014), o desde la propia biomedicina; los cuales elaboran poco sobre las relaciones e interacciones sociales del sujeto en su entorno y con sus pares dentro de la institución hospitalaria. Además, los médicos internos de pregrado no están generalmente al centro de estas pesquisas, las cuales tienden a concentrarse más hacia los médicos residentes (Idem). Lo anterior, me suscitó la inquietud de realizar un estudio de corte etnográfico para indagar esas interacciones y condiciones de posibilidad que enseñan--o, al contrario, evitan hacerlo o por lo menos, promueven acomodados-- prácticas o actitudes de violencia en la atención durante el parto a los estudiantes internos.

El estudio es relevante, ya que, frente al número de demandas y quejas<sup>2</sup> y casos registrados de maltrato y violencia hacia las mujeres en contextos hospitalarios, me interesa centrar la mirada ya no en las mujeres, sino en el personal de salud, en especial en los estudiantes internos que participan o hasta

---

<sup>2</sup> La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en los años del 2000 al 2012 revela que el mayor número de quejas por mala práctica médica (2,877 quejas concluidas) corresponden al área de ginecoobstetricia” (Castro y Erviti, 2015: 2). Sesia (en prensa) por su lado, reporta que la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha emitido 44 recomendaciones a organismos públicos de salud en México entre 2015 y 2018 por violencia obstétrica, lo cual representa el 47.8% de todas sus recomendaciones emitidas por la CNDH en el ámbito de violaciones a los derechos humanos en el campo de la salud.

protagonizan mucha de la atención que se brinda en los hospitales públicos, guiados por sus múltiples mentores en el contexto de un hospital-escuela.

El estudio pretende ser también un aporte material al Departamento de Enseñanza del hospital, esperando que ayude a visibilizar y aportar resultados que revelen cómo se desarrolla el proceso de enseñanza-aprendizaje del médico y médica internos dentro del contexto hospitalario, y de qué forma podrían mejorar o hasta transformar sus procesos de aprendizaje, en las rotaciones de tococirugía y ginecología de la institución.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

La pregunta que guió esta investigación fue la siguiente:

¿Qué características particulares presenta el proceso de enseñanza-aprendizaje de las/los médicos internos en el Hospital Valdivieso en la rotación de ginecología/obstetricia y qué factores subjetivos, inter-subjetivos e institucionales intervienen para que ellos/as aprendan, negocien, transformen, adapten, resistan y/o rechacen prácticas y/o actitudes que se han vuelto rutinarias, naturalizadas y hegemónicas en la formación y la atención obstétrica que se provee en este hospital; donde se enseña mayoritariamente a atender los partos de forma rápida, hiper-medicalizada y sin seguir las normas nacionales o internacionales?

## **OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general de la investigación fue:

Describir y analizar las características particulares del proceso de enseñanza-aprendizaje de los/as médicos internos en el Hospital Valdivieso en las rotaciones de toco-cirugía (obstetricia) y los elementos que se generan y se enseñan tanto en la institución de salud, como por parte del personal médico y paramédico adscrito y mentor durante la formación del estudiante interno; en particular, en lo que se refiere a las prácticas médicas, las actitudes interpersonales y las conductas ejercidas entre el personal y hacia las usuarias durante el proceso de atención del parto, en el hospital público "Dr. Aurelio Valdivieso" de la ciudad de Oaxaca.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Los objetivos específicos que guiaron esta investigación fueron cuatro:

- Explorar la organización interna del trabajo tanto formal como informal, en la que se insertan los estudiantes internos en la rotación de Ginecología del hospital.
- Analizar los saberes médicos, roles sociales y representaciones sociales del "ser médico" que se producen y se enseñan en el área de la obstetricia a los médicos internos.

- Identificar y describir quiénes son los mentores de los médicos internos y el tipo o los tipos de formación médica que éstos ofrecen a los estudiantes internos dentro del hospital-escuela.
- Estudiar bajo qué elementos, características y/o ideología los estudiantes internos aprenden, negocian, adaptan, transforman, resisten o rechazan prácticas y actitudes rutinarias, hegemónicas y naturalizadas alrededor de la atención obstétrica intervencionista que es hegemónica en este contexto hospitalario.
- Describir y analizar las representaciones que tienen los médicos internos de pregrado sobre las mujeres usuarias del área de ginecología.

## **HIPÓTESIS**

La hipótesis que guió esta investigación fue que el Hospital de segundo nivel “Dr. Aurelio Valdivieso” se maneja bajo un tipo de organización no explícita la cual sí presenta características que producen procesos de enseñanza-aprendizaje informales en las que se insertan los médicos internos y que hacen que ellos vivan procesos de maltrato y violencia en sus rotaciones como parte de su aprendizaje. Lo anterior genera también condiciones que hacen que durante su formación haya estudiantes internos que aprenden y reproducen, pero también transforman, adaptan, negocian y hasta resisten o rechazan ciertas actitudes y prácticas obstétricas de maltrato y abuso que vulneran a las mujeres usuarias, y que tienden a ser normalizadas y rutinarias durante el proceso de atención del parto en este hospital.

Esta organización no explícita del trabajo y las diferentes prácticas y conductas de violencia atravesadas por prejuicios y prevaloraciones de etnia-raza, de clase y de género se ven posibilitadas también por condiciones que Menéndez explica analíticamente en el constructo de "Modelo Médico Hegemónico" (1992:103), modelo en el que se funda de forma jerarquizada la acción, práctica y discurso médico del personal de salud del hospital.

## **CONSIDERACIONES Y DILEMAS ÉTICOS**

Desde el diseño de este proyecto de investigación, la ética ha estado presente como una preocupación medular que me ha hecho pensar desde la teoría y que siguió siendo central en la preparación e introducción al campo, y la creación y aplicación de los instrumentos de investigación en el trabajo de campo en este entorno hospitalario. Aunque el tema principal son los procesos de formación hospitalaria de médicos internos en el área de ginecoobtetricia, los antecedentes del tema y la hipótesis sobre él nos hicieron reflexionar acerca de la posibilidad de tropezarnos con situaciones de violencia, maltrato, sufrimiento y discriminación que sin duda había que registrar como parte del tema de la investigación y que nos plantearía dilemas de distinta índole.

Después de un largo proceso de presentación, adecuación y diseño del proyecto en el programa de maestría, el debate con mis profesores en seminarios de tesis y el acompañamiento de mi directora me ayudaron a crear un protocolo de investigación que cumpliera con los requisitos del programa y que posteriormente sería aprobado en el Seminario de Investigación de mi institución (CIESAS Unidad Pacífico-Sur) para finalmente iniciar con mi preparación para introducirme al campo.

El proyecto de investigación siguió los pasos siguientes:

### **Primer paso**

Al ser el campo, una institución, y en especial una institución pública de salud, la entrada resulta tener requisitos particulares. El primero de ellos, fue presentar al área de Enseñanza del Hospital el protocolo de investigación, diseñado especialmente con los requerimientos oficiales del hospital. Posteriormente y con el respaldo de mi institución, solicité la entrada para llevar a cabo la investigación, especificando tiempos, áreas, momentos y los beneficios potenciales de la investigación para el hospital; específicamente, para el área de enseñanza.

### **Segundo paso**

El protocolo fue revisado y finalmente aprobado por el área de Enseñanza y por el Comité de ética del hospital, con el cual negocié ciertos requisitos de entrada. El primer requisito fue presentarme directamente con los jefes del área de ginecología, para explicar el propósito de mi proyecto y esperar su visto bueno. Al haber cumplido este requisito y ser aceptada en el área, me presenté con la jefa de enfermeras y algunos adscritos los cuales condicionaron mi entrada a que al entrar al área debía portar siempre mi identificación de estudiante (la cual me dieron en el área de investigación de Hospital) que portara en cada momento uniforme blanco y hasta quirúrgico si lo requería. Estos dos requisitos fueron cumplidos en todo momento durante el trabajo de campo.

### **Compromisos**

Para cumplir el propósito de generar un estudio que fuera de utilidad para el área de Enseñanza del hospital, durante mi proceso de negociación de entrada me comprometí a presentar un informe al hospital y a los involucrados en el estudio sobre los resultados de la investigación, añadiendo análisis y posibles recomendaciones para la mejora del Hospital.

### **Consideraciones éticas dentro del trabajo escrito**

Los resultados y hallazgos de esta investigación serán compartidos habiendo considerado las premisas durante y después del proyecto que se explican a continuación.

De acuerdo con el Código de Ética de la Asociación Americana de Antropología “tanto en la formulación como en la ejecución de investigaciones, los antropólogos deben ser transparentes con sus

colegas, las personas estudiadas o que proporcionen información y con las partes relevantes afectadas por la investigación acerca de los propósitos, impacto potencial y financiamiento de los proyectos de investigación” (1998:3). Teniendo como base este código, antes, durante y después de mi inmersión en campo, mencioné siempre mi nombre verdadero, mi formación, el propósito de mi proyecto, el nombre de mi institución y el uso que haría de la información, manejando con claridad todo el proceso.

Del mismo modo durante este proceso fui responsable con la información que registraba y tuve siempre claro que ésta era una responsabilidad primaria que implicaba “evitar que su investigación cause daño a la seguridad, dignidad o privacidad de las personas con quienes trabaja, investiga o desarrolla actividades profesionales” (1998:4).

Igualmente tuve presente durante la realización de entrevistas, escritura de diario de campo, y escritura de la tesis que “la información entregada por los anfitriones habría de permanecer anónima (...) (1998:4). Es por eso que todos los nombres que utilizamos en la tesis han sido cambiados, y la información comprometedoras al personal, ha sido modificada. No obstante, enfrentamos un dilema ético en el momento en el que tuvimos que tomar la decisión de revelar el nombre del hospital en el que trabajé, ya que las condiciones únicas e históricas de este hospital, son indispensables para entender los cómo y los porqués de su lógica de funcionamiento, e importancia en los procesos de enseñanza para los estudiantes. Esta decisión nos orilló a tomar medidas extras para proteger a los informantes, manteniendo el respeto al anonimato de las personas en todo momento en cada página de la tesis.

Finalmente, durante la etapa de entrevistas y pláticas informales, se negoció respetuosa y cuidadosamente con los sujetos, un consentimiento informado verbal y abierto, el permiso sobre grabaciones, y el uso de la información de dichas entrevistas.

### **Aviso de Privacidad (IFAI)**

El Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Unidad Pacífico Sur, con domicilio en Cerro del Crestón, prolongación Calle Mirador, Colonia Loma Linda; CP. 68024, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, a través del programa en Antropología Social, respalda a la alumna en Antropología Médica: Viaani Coral Mendoza López, con matrícula: MAS-PS-17-012 para realizar la investigación en campo, “Aquí aprendes al calor de la práctica”. Un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxaca’.

De acuerdo con lo Previsto en la “Ley Federal de Protección de Datos Personales”, El Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social hace de su conocimiento que la información proporcionada por los “informantes” es tratada de forma estrictamente confidencial por lo que puede usted proporcionar sus datos por medio de una entrevista, dentro de dicha entrevista se pueden abordar tópicos como: trayectorias escolares.

La finalidad de dichas entrevistas es obtener información significativa que pueda ser utilizada para comprender experiencia de los médicos internos de pregrado (MIP) sobre los procesos de formación en el área de gineco-obstetricia en el Hospital Civil del Estado de “Oaxaca”, así como las problemáticas que se presentan durante esta etapa.

## **SOBRE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Si bien desde la antropología médica, el interés común de los antropólogos y antropólogas ha sido la comprensión de los distintos procesos de salud-enfermedad-atención, como resultado de la articulación de la ecología, la biología y la cultura (Gómes, 2013:25), existen distintos paradigmas y orientaciones teórico-metodológicas dentro de la disciplina, abordando problemas y haciéndose preguntas diversas: la etnomedicina, la antropología biológica, la epidemiología ecológica, la epidemiología sociocultural, la epidemiología crítica, la antropología médica interpretativa, y la antropología médica crítica, entre otras.

Este trabajo se posiciona desde la perspectiva teórica de la antropología médica crítica, ya que las particularidades de su paradigma me permiten herramientas para cuestionar, debatir y reflexionar la formación médica que se da en las escuelas y hospitales, el tipo de organización del trabajo dentro de una institución pública de salud y el ejercicio de la biomedicina en contextos desiguales, y con sujetos específicos. Me permite además dar cuenta de los fenómenos de violencia, maltrato y discriminación que se inscriben en contextos hospitalarios y que pueden bien ser parte de los procesos de enseñanza-aprendizaje del personal médico en formación.

Algunas de las particularidades que me interesan de este enfoque, son el interés por analizar los procesos de atención a la salud de acuerdo con el contexto social e histórico específico, donde “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 y las moldean” (Gómes, 2013:29).

Se prima la mirada crítica hacia la biomedicina, y la formación del personal de salud “haciendo énfasis en la alienación y la deshumanización que genera esta institución, la medicalización, el reduccionismo biológico, la cada vez mayor tecnificación y burocratización, y su hegemonía e intolerancia frente a otras formas de conocimiento” (Idem), además de cuestionar las estructuras de jerarquías, desigualdad social, las violencias e injusticia y sufrimiento social, que se manifiestan en los procesos de atención de las personas y en la formación de los médicos internos. Lo anterior resulta iluminante para esta investigación, y ha guiado la selección de los conceptos para construir el marco teórico.

En el siguiente apartado planteo propuestas y conceptos de los autores que he tomado como marcos de referencia para mi exploración y análisis de las características de la formación médica de los internos en un hospital-escuela como el Valdivieso y las condiciones estructurales, subjetivas,

intersubjetivas e institucionales que se generan durante su formación, para que este personal sea sujeto a jerarquías y sufra en su propia piel situaciones de maltrato y al mismo tiempo reproduzca o resista prácticas, actitudes y conductas de inadecuadas durante el proceso de atención del parto.

### **El Modelo Médico Hegemónico y la genealogía de su formación**

Una propuesta teórica que sirve como matriz para visualizar la estructura organizativa e ideológica del hospital objeto de estudio, es nombrada por Menéndez como Modelo Médico Hegemónico (MMH), el cual “conforma a la vez a tres submodelos: 1) modelo médico individual privado, 2) modelo médico corporativo público y 3) modelo corporativo privado” (Menéndez, 1992:103) los cuales presentan los siguientes rasgos:

Concepción del paciente y la enfermedad como entes eminentemente biológicos, concepción metodológica positivista, ahistoricidad y asocialidad, eje de atención colocado en la dimensión individual de los problemas, orientación curativo-asistencial, subordinación técnica y social del paciente, relación asimétrica médico-paciente en la que el saber de éste último queda subordinado, y con un rol pasivo, concepción del paciente como ignorante o portador de un saber equivocado, el paciente como responsable de su enfermedad, el paciente como consumidor pasivo, exclusión del paciente del saber médico, desconocimiento de la legitimidad científica de otros saberes, entre otros (Menéndez, 1994: 60).

De acuerdo a Peniche, el llamado Modelo Médico Hegemónico y la estructura organizativa que lo compone no deben de entenderse de forma aislada, ahistórica y únicamente propia de intereses relacionados con el mejoramiento de la salud, ya que cada una de las características que lo conforman responde de forma indirecta a intereses macropolíticos, económicos e ideológicos de “proyectos oligárquicos emprendidos por la clase dominante nacional para asegurar su predominio económico, social y político” (Carmagnani, citado en Peniche, en prensa, p.1). Para comprobar esta tesis, Peniche reconstruye históricamente el establecimiento de esta estructura y da cuenta de cómo “los modelos hegemónicos de atención a la salud han dependido de la forma en que un Estado organiza sus recursos materiales y sus instituciones para buscar el progreso y satisfacer las necesidades, de sus modelos de desarrollo” (Idem).

Teniendo como marco estas reflexiones, entendemos al Modelo Médico Hegemónico como una estructura histórica, política, ideológica y económica impuesta que determina un tipo de interacción, atención, enseñanza y práctica médica basada en una jerarquía de saberes en los que predomina la llamada biomedicina (Menéndez, 2001), medicina académica, científica o moderna (Zolla, 2016) o medicina profesional (Haro, 2000).

Como lo mencionamos anteriormente, este modelo predominante impone una serie de concepciones ideológicas y determinantes, como son: el extremo biologicismo, la ahistoricidad y la

asocialidad de los procedimientos, una relación asimétrica entre médico y paciente, y la subordinación de este mismo ante el saber especializado del médico que se reconoce como un conocimiento superior por su carácter "científico"; elementos que a su vez responden a una estructura organizativa legitimada e institucionalizada por el Estado (Menéndez, 1994).

De acuerdo con esta genealogía me interesa referirme al Modelo Médico Hegemónico para entender las condiciones estructurales que posibilitan un proceso de formación en este contexto hospitalario donde los médicos internos están sujetos a labores, horarios, prácticas y actitudes, muchas de las cuales son abusivas y centradas en el maltrato, lo cual forma parte de su formación informal donde se les enseña una manera particular de ser médico. Esta manera de ser médico se centra en asumir y aprender relaciones jerárquicas y praxis autoritarias que son producto de una ideología que se origina en la ciencia positivista y que respalda la relación conocimiento-poder<sup>3</sup> (Foucault, 1973), la concepción biologicista del cuerpo, la posición ahistorica y descontextualizada de los padecimientos, y por supuesto, el vínculo asimétrico en la relación médico-paciente y la visión del paciente como individuo pasivo y poseedor de saberes subordinados.

En el caso específico de estudio, se centra en las relaciones jerárquicas entre los médicos mentores y los estudiantes de medicina, el trato diferenciado y las relaciones asimétricas que muchos mentores establecen entre estudiantes varones y estudiantes mujeres, prefiriendo los primeros y desvalorizando a las segundas, la idea y práctica del castigo como método de enseñanza, el sufrimiento y la humillación impuestos a los médicos internos en los procesos de enseñanza-aprendizaje y la utilización del cuerpo de la mujer paciente como espacio de práctica y de ensayo y error, donde los estudiantes se involucran directamente, entre otras. El concepto analítico del Modelo Médico Hegemónico es útil para pensar y reflexionar el marco en el que se desenvuelve el tipo de formación que recibe el médico interno en el contexto hospitalario, porque da luz para rastrear las bases de la formación médica, las relaciones de poder, y las relaciones políticas y económicas que se han establecido a lo largo de la historia.

### **Sobre el campo médico y el habitus médico**

El campo social es definido por Bourdieu y Waquant como:

“una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación

---

<sup>3</sup> Haciendo referencia a la idea del binomio entre conocimiento-poder que establece Foucault aludiendo que “Un mito que Nietzsche comenzó a demoler al demostrar que por detrás de todo saber o conocimiento lo que está en juego es una lucha de poder. El poder político, no está ausente del saber, por el contrario, está tramado con éste” (Foucault, 1973:59).



objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera)” (2005:150).

Apoyado en esta idea, Roberto Castro (2015) ha reformulado el concepto de campo social de Bourdieu, para proponer el concepto de campo médico, como categoría de análisis que:

Abarca al conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello (Castro, 2015:44).

Lo anterior es útil analíticamente para visualizar la interacción y relaciones sociales que se establecen dentro del conjunto institucional del personal de salud, como es el hospital-escuela como espacio de formación. De igual forma Castro argumenta:

El campo médico está formado por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la cuestión sanitaria de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquéllas y estas instituciones, como los formuladores de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédico, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades; por los centros de investigación que generan el conocimiento legítimo y hegemónico (científico) del campo (Castro,2015: 44).

Las características expuestas sobre el campo médico, producen y son producto paralelamente de una disposición que se siente y experimenta a nivel corpóreo y que no pasa por la conciencia, que se interioriza y asume, encarnándolas, las predisposiciones estructurales de clase y de otras estructuras de poder en la que vivimos. Un elemento de esta disposición es nombrada por el autor como habitus médico, el cual deviene de la reformulación del concepto de habitus de Bourdieu (1991), del cual retoma fundamentalmente la interiorización encarnada de las estructuras objetivas que a la vez permite la reproducción de aquéllas. Castro define como habitus médico:

El conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la in-corporación (lo social hecho cuerpo, esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales) de las estructuras objetivas del campo médico (Castro, 2015:49).

El autor advierte que estas disposiciones son adquiridas por los profesionales de la salud – en especial los médicos- a partir de un proceso de formación que comienza desde su ingreso a la facultad, hasta la enseñanza práctica que reciben en los hospitales. Una importante característica de este habitus médico es que las disposiciones se recrean y reformulan de forma cotidiana a través de una práctica profesional que los lleva a construir conductas específicas y adquirir “sentido común” (Castro, 2015: 49).

El sentido común que reformula Castro deviene de la conceptualización de *doxa* de Bourdieu, el cual le define como “aquellas cosas que la gente acepta sin saber (...) y que implican un conocimiento práctico” (Bourdieu y Eagleton, 1997:223) que bajo esquemas de la cotidianeidad no son pensados ni reflexionados, son espontáneos y actúan dentro de una lógica de naturalidad incuestionable al mismo tiempo que “supone[n] sumisión corporal, sumisión inconsciente” (1997:231)

Un elemento trascendental de estos conceptos es que son concomitantes, y dan lugar a lo que el autor reformula a partir de Bourdieu como sentido práctico “propio del campo, es decir, a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo” (Castro, 2015: 49).

Los conceptos de habitus médico, sentido común/*doxa* y sentido práctico nos sirven para analizar una serie de actitudes y prácticas que se enseñan a los médicos internos y que el personal realiza de forma rutinaria con las usuarias durante el proceso de atención del parto, de igual forma es útil para ver la importancia de la correlación que existe entre la formación no formal del personal médico en la práctica de una institución de salud.

El habitus médico que Castro describe desemboca además en concepciones específicas de mayor detalle como lo es el habitus desvinculante (como premisa del habitus autoritario) el cual, señala, “trata de una predisposición que se aprende con la práctica, que ciertamente capacita a los médicos para no involucrarse emocionalmente con las pacientes, pero que de manera fácil los habilita para ir mucho más allá: les permite ignorarlas” (Castro, 2014: 186) o cometer ciertas conductas que agravan, laceran y humillan al subordinado del sistema. Estas conductas a la vez son posibles gracias a múltiples elementos que se imponen desde la formación del personal de salud, que se describirán enseguida.

### **La formación del saber médico**

Castro nos ayuda a visualizar cómo el papel de la formación médica, y la apropiación de los preceptos de la biomedicina se gestan en la enseñanza práctica y cotidiana de la profesión, la cual se analiza a partir de conceptos de Bourdieu como currículum oculto o currículum no formal, los cuales, en esta investigación, se refieren primeramente al papel que ocupan los castigos y el disciplinamiento corporal o psicológico en la formación de personal médico. Como recuerda Castro, desde el inicio de su formación los médicos “perciben la centralidad del castigo como recurso mediante el cual se les forma. En particular, (para los médicos/médicas) en los años del internado y la residencia cuando el castigo es usado como un vehículo para la trasmisión de conocimientos” (2014: 178). Este es, a su vez, un recurso no sólo para disciplinar, sino para afianzar una jerarquía (Idem).

Este concepto (currículum oculto o currículum no formal) sirve a su vez para discutir la importancia de la práctica médica, como estructura que construye no solo saberes técnicos, sino

ideológicos en esquemas rutinarios, en los cuales no solo se forman a los estudiantes para brindar una atención moldeada por la biomedicina, sino para promover una relación jerárquica de saberes, donde el saber médico oficial y profesionalizado es el predominante.

En otro contexto y con una distinta finalidad, Jordan propuso el concepto de “authoritative knowledge” o conocimiento autorizado (es decir conocimiento que tiene legitimidad y ejerce autoridad en el entorno social inmediato) para describir los saberes o conocimientos legitimados de las parteras tradicionales ante los saberes biomédicos (1992). Totalmente extrapolado de estos contextos, el concepto ayuda a reflexionar acerca de una característica importante de este conocimiento autorizado: es un conocimiento que “cuenta” y tiene peso en la toma de decisiones acerca de la salud y el cuerpo, incluso en la presencia de (y a menudo en contra) otros saberes médicos. (Idem).

En este estudio, retomo el concepto para contraponerlo como el conocimiento que “cuenta” ante los conocimientos y saberes que los estudiantes puedan tener sobre la teoría y la práctica médica, que, aunque sean actualizados, y/o sustentados por la medicina basada en evidencia (MBE)<sup>4</sup>, siempre el conocimiento del mentor – aunque no sea el más actualizado y el mejor- va a ser el conocimiento que tenga valor en el contexto del hospital.

### **Sobre los estudiantes internos, el campo médico y el hábitus médico**

Dentro de la formación médica, el campo y el habitus médico tienden a transmitirse entre el personal de salud, y en especial entre los estudiantes internos, a partir de un proceso de formación que opera bajo esta misma estructura. Castro (2014) argumenta que es el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulación y jerarquizaciones de género (clase, y etnia-raza –agregó-) propias del hábitus médico, que los estudiantes de medicina, y los médicos/médicas viven en carne propia o atestiguan dentro de su proceso de formación. Otro aspecto que se señala y que forma parte de la conformación del curriculum no formal, es que dentro de la enseñanza médica él/la estudiante experimenta la tradición, o cultura del abuso de los estudiantes, la desigualdad de género, la naturalización de las jerarquías y los rangos, y una serie de prácticas de atención hacia los pacientes, como son “ la atención distante, el cinismo con respecto a su trabajo, así como respecto a otros colegas y los pacientes”, entre otros ( Castro, 2014: 340).

---

<sup>4</sup> “En 1991 se origina la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) con David Sackett (1934-2015) médico canadiense, junto a sus colaboradores R. Brian Haynes, Gordon H. Guyatt y Peter Tugwell, de la Universidad de McMaster publican un libro titulado “Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine” (Sackett et al. 1991): (...). La Medicina Basada en la Evidencia se construye en base a patrones filosóficos, epistemológicos y médicos, constituyéndose en científica y rigurosa. La máxima de la MBE define que a práctica médica siempre busca tomar sus decisiones con la mejor evidencia disponible, a menudo, esta evidencia representa extrapolaciones de principios fisiopatológicos y lógica en lugar de hechos establecidos basados en datos derivados de pacientes, es por ello que la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) se define como el uso consciente, explícito y prudente de la mejor evidencia médica disponible para la toma de decisiones acerca de la atención médica de pacientes individuales (Sackett & Rosenberg 1995)” (Poma, 2018: 128).

Estas consideraciones nos ayudan a entender cómo los procesos de aprendizaje y enseñanza técnica e ideológica del saber biomédico encuentran su matriz en un espacio específico -como lo son las instituciones hospitalarias y en particular el Hospital Civil Valdivieso- y frente a un individuo particular – el estudiante interno en formación. Para abonar a esta relación, es importante centrarse en el debate entre estructura y agencia, en cual ayuda a entender los matices complejos en la relación que se puede establece entre la institución y los sujetos que se mueven y actúan dentro de ella y, así haciendo, contribuyen a constituir la.

### **El contexto hospitalario en la enseñanza-aprendizaje y el papel de la estructura y agencia**

Romaní expresa que: “El hospital, como institución, es la expresión máxima de la cultura biomédica, por lo que se ha convertido en un lugar privilegiado para el estudio de los fenómenos relacionados con la salud y enfermedad en sociedades occidentales” (o en este caso, occidentalizadas) (2013:16). Frente a esta valoración me interesa plantear a la institución como un escenario fundamental de análisis en el trabajo.

Goffman (1981) y Foucault (1975) realizaron trabajos encaminados a definir algunas características organizativas, ideológicas y sociales de la institución. Para Goffman, las instituciones como el hospital, deberían nombrarse instituciones totales, ya que poseen ciertas características de encierro y rutina que caracterizan la forma en la que los individuos se comportan y generan relaciones sociales. El autor definió que “las instituciones totales son un lugar de residencia y de trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comportan en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1981:13). Añadió además que las instituciones totales son espacios construidos bajo tendencias absorbentes y totalizadoras, donde “todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar, están estrictamente programadas, se imponen desde arriba y responden bajo la misma autoridad única” (Íbidem:19). En ese sentido, este autor plantea que una institución total funciona y está organizada estructuralmente, bajo un plan racional y coherente, delimitado por normas y pautas que delinear su marcha. El sujeto, o los sujetos que la conforman, quedan delegados al papel pasivo de autómatas, o elementos sin capacidad de acción o decisión, ya que cada uno cumple con la labor y el papel que le corresponde.

Foucault (1975), por su parte, refiere que instituciones como cárceles y hospitales, pueden ser interpretadas bajo el concepto de institución disciplinaria la cual describe con características similares a Goffman pero con un énfasis mayor en cómo estas instituciones moldean y norman a los individuos, y sus cuerpos. Este autor argumenta que las instituciones disciplinarias definen una distribución específica de los individuos en el espacio, esta distribución esta mediada por un cierre, tanto material como simbólico, cada individuo estará asignado a un lugar y una ubicación específica, ya que cada ubicación tiene una función dentro de la estructura. Una característica que establece una diferencia importante con

la definición de Goffman, es que la posición del individuo en el lugar y ubicación define su rango, y por ende su relación con todos los demás. Otra característica es que, de acuerdo con Foucault, en las instituciones disciplinarias hay un control de la actividad, existe pues un cronograma de secuencias de ocupaciones determinadas para cada individuo, en donde cada momento debe ser exhaustivamente utilizado (1975:192).

La tercera y cuarta características importantes, ponen especial énfasis en la conformación de los sujetos y sus cuerpos disciplinados dentro de las instituciones; éstas proporcionarán la vigilancia jerárquica y la sanción normalizadora. La primera de las dos incluye un desarrollo de tecnologías de vigilancia con efectos prácticos de poder y de coacción, y la segunda trata de la definición de reglas generales para la diferenciación de los individuos, para cuantificar, corregir o aislar (1975:193). Entendemos entonces que para Foucault una institución disciplinaria se encuentra delimitada por un espacio material y simbólico, donde el sujeto tiene una posición específica que determina su tarea, y función dentro de la misma. De igual manera la institución y los individuos están organizados de forma lógica y controlada, son vigilados, coaccionados, e introducidos a la norma.

Tanto el concepto de institución total, como el de institución disciplinaria, describen características que si bien nos ayudan a imaginar los sistemas de organización de la institución hospitalaria, tienen un alcance limitado, en la medida en la que se trata de conceptos ideales, abstractos, y denotativos, que conforman la idea de la institución como una estructura avasallante, totalizadora, que organiza y determina el trabajo de los sujetos coherente y racionalmente, dejando nulo espacio a su capacidad de decisión, acción y resistencia o hasta a la desorganización o la disfuncionalidad de estos espacios. Por lo tanto, consideramos que dentro de la institución se construyen espacios de acción y respuesta, que pueden reconfigurar y dinamizar las relaciones sociales que ahí se establecen.

El individuo y los individuos recrean espacios o momentos de agencia, tanto individual como colectiva, donde aprenden a negociar interna y externamente con la norma, con sus compañeros y con la institución. De esta manera consideramos que, si bien la institución es una estructura organizativa, con ciertas características autoritarias, de control ideológico, práctico y normalizante, los individuos (con distintas características mutables e inmutables como los son posiciones sociales, género, etnicidad, origen, clase social, generación, entre otras que se construyen relacionalmente) la apropian, reconfiguran y la construyen a la par de sus relaciones sociales. En ese sentido, la estructura y el individuo se entienden a partir de su correspondencia y en la forma dialéctica de su relación.

Un autor que nos ayuda a entender este debate, entre estructura y agencia es Giddens, el cual elabora la teoría de la estructuración en donde pretende conciliar las concepciones deterministas de la estructura con la capacidad del actor (individuo) para transformarla y reconstruirla. Para ello, el autor argumenta que la relación del actor y la estructura social “tienen tanto un efecto constructor como

habilitador en el comportamiento social y esto no puede ser entendido sin apelar al concepto de agencia humana” (Long, 2007:51). Para ello Giddens sostiene:

Al seguir las rutinas de mi vida diaria ayudo a reproducir instituciones sociales que no contribuí a crear. Ellas son más que sólo el ambiente de mi acción puesto que (...) intervienen constitutivamente en lo que hago como agente. De modo similar, mis acciones constituyen y reconstituyen las condiciones institucionales de acción de otros, tal como sus acciones hacen a las mías (...). Mis actividades, entonces, están incrustadas en, y son elementos constitutivos de, propiedades estructuradas de instituciones que se extienden más allá de mí en tiempo y espacio (1995:11).

En ese sentido el autor insiste que la agencia juega un papel fundamental en la construcción de estructuras sociales o instituciones, esto sin antes definir que:

La agencia se refiere no a las intenciones que la gente tiene en hacer cosas, sino a su capacidad de hacer esas cosas en primer lugar (no por eso la agencia implica poder). Agencia se refiere a los eventos de los cuales el individuo es un autor, en el sentido de que un individuo, podría en cualquier fase de una secuencia dada de conducta, haber actuado de manera diferente” (Giddens, 1995:9).

A partir de esta definición podemos asumir que la agencia “está encarnada en las relaciones sociales, y sólo puede ser efectiva a través de ellas” (Long, 2007: 50).

### **Agencia, respuesta y resistencias del MIP dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje en la rotación de ginecología**

Para seguir abonando a la idea de la capacidad del individuo para reconfigurar y modificar sus relaciones sociales dentro de una institución, es importante hablar del papel de la resistencia, como una de las diversas consecuencias que se presentan frente a las estructuras sociales de poder.

Willis (1977), a partir de un estudio etnográfico con jóvenes varones en una escuela llamada Hammertown Boy en Gran Bretaña, hizo un análisis de la forma en la que se configuraban las relaciones sociales de los jóvenes dentro de una institución educativa, de las peculiaridades de estas frente a las relaciones de poder de los regímenes de autoridad representados por los maestros y la propia escuela y de cómo estas características desplegaban una serie de acciones de resistencia, que el autor llamó “cultura contraescolar”. En el desarrollo del trabajo etnográfico, Willis identificó a dos grupos distintos de jóvenes “los colegas” y los “pringaos”, los cuales representaban valores opuestos frente a la institución. Los colegas, se caracterizaban por ser los insurrectos, protagonistas de actos de resistencia frente a los regímenes de autoridad, utilizando el desafío, la mentira, las acusaciones, la utilización de una distinta vestimenta y el consumo de cigarrillos y alcohol dentro de la institución, como actos simbólicos de resistencia. Mientras los “pringaos” es el grupo de jóvenes con actitudes conformistas, sin expresión ni ánimo, pasividad y representantes auténticos de los valores que la escuela proyecta, en ese sentido, los

“priangos” protagonizaban la idea de que “No hay nada mejor que un creyente para recordar su deber al pastor” (1977: 31).

La distinción de estos grupos le sirvió al autor para analizar cómo los individuos estaban construyendo normas internas dentro de la institución y cómo, a partir de ellas, se creaban escenarios donde se estaban generando otras relaciones de poder y subordinación - en este caso la superioridad de “los colegas” sobre los “priangos”. Sin embargo, si bien los actos de resistencia y la posición de poder de “los colegas” eran características de las relaciones sociales que se establecían dentro de la institución, se trataba de un fenómeno a nivel interno, que no abonaba a la modificación del estatus quo, por lo que finalmente las micro-resistencias que se construían en estos espacios cotidianos escolares terminaban por contribuir a la reproducción de las jerarquías sociales de clase en las que la escuela estaba inserta.

Por su parte, Scott hace un análisis de diferentes contextos donde las relaciones de dominación son constantes y despliega su argumentación afirmando que “Las relaciones de poder son, también, relaciones de resistencia” (2000:71). El autor hace la descripción de distintas relaciones como son profesor-alumno, amo-esclavo, entre otros, para argumentar que, aunque estas relaciones establezcan una asimetría tajante, los individuos subordinados, formulan actos de resistencia, como son los discursos que, si bien no modifican el estatus quo, sí desafían y burlan la autoridad establecida. Scott propone la dicotomía de discurso público y discurso oculto y argumenta que este último “es el lugar privilegiado para la manifestación de un lenguaje no hegemónico, disidente, subversivo y de oposición” (2000:50) ya que ayuda a visibilizar cómo el sujeto, a partir de gestos, habla y actos como las burlas sutiles, los chismes y los diferentes tipos de máscaras que adoptan, responde al poder y transfigura las relaciones de dominación en las que se encuentra.

El autor también advierte que si bien, estas respuestas de los subordinados se generan para contrarrestar al poder hegemónico, “eso no significa que entre los esclavos no existan relaciones de poder” (2000:52), ya que dentro de sus propias relaciones generan estrategias de dominación, que mantienen cierto orden dentro de su estructura. Scott dice, por ejemplo, que un subordinado que busca ganarse la simpatía del patrón será inevitablemente castigado por sus iguales; esto a partir del uso de palabras (lambiscón, vendido etc.), miradas de rechazo, gestos de repudio, castigos físicos y hasta aislamiento del individuo por parte del grupo, lo cual abona a la idea de que “muchas veces, los presos de las cárceles, que están sujetos a la dominación común de la institución y de sus agentes, producen una tiranía tan brutal y explotadora como la que pueden ejercer los guardias” (2000: 52).

Estos dos planteamientos me permiten dar cuenta de cómo las relaciones de poder y subordinación dentro de una institución como el Valdivieso pueden ser transmutadas por el individuo, que moviliza su capacidad de agencia, resistencia y respuesta ante la asimetría. Lo cual nos sirve para argumentar a la luz de Foucault que “el poder se ejerce en red y, en ella los individuos no sólo circulan,

sino que están siempre en situación de sufrirlo y también de ejercerlo. El poder transita, se ejerce, y forma una red” (2000:38).

### **Sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP y sus interacciones sociales en el contexto hospitalario**

Para analizar y describir cómo los estudiantes internos modelan y significan sus conductas, prácticas e identidades dentro del contexto hospitalario, retomo el enfoque teórico sociológico del interaccionismo simbólico, el cual considero me permite analizar cuidadosamente la forma en que se da el proceso de intercambio, confrontación y negociación de conocimientos, actitudes y actos simbólicos entre los estudiantes internos y sus compañeros, sus maestros y el demás personal de salud que labora dentro de la institución.

Para poder explicar esto, retomo a H. Mead (1982) como el exponente de este enfoque y a Castro (2011) en su adecuación de estas ideas en el campo de la salud. De acuerdo con Castro (2011) dentro del campo de la sociología médica, el interaccionismo simbólico es un enfoque de amplio potencial para examinar a detalle la dimensión micro social de las relaciones sociales, que se establecen entre profesionales de la salud, dentro de instituciones hospitalarias. La importancia de este enfoque deriva en centrar su interés en el individuo y su subjetividad como producto de la interacción con otros actores, además de rescatar la forma en la que el individuo construye el significado de las cosas y la forma en la que modifica, moldea y afecta sus conductas y la interacción de unos con otros (2011:61).

Castro expone las ideas de H. Mead (1982, citado en Castro) como un relevante pensador, que, a partir de la teoría social de la persona, logra vincular la mente humana, el self social y la estructura del proceso de interacción social (2011:64). Mead argumenta que el desarrollo y construcción del self (la persona y/o sí mismo) tiene tres etapas consecuentes, mediante las cuales el individuo moldea y traduce su comportamiento en relación con los otros. Esta traducción es un proceso de adquisición de la capacidad de interpretación y traducción del individuo frente a su realidad social. La etapa determinante en este proceso es la tercera, en la cual el individuo aprende a actuar e interpretar constantemente las normas y los valores sociales de los que está rodeado. En ese sentido el desarrollo del individuo y la asimilación a la sociedad son procesos paralelos y relacionados (Mead, citado en Castro, 2011:64).

De acuerdo con Mead (1982) estos procesos se dan en un escenario específico, el cual identificó como estructura social “conformada por roles, posiciones, instituciones, normas, valores sociales etc. Sin embargo, tal estructura social no funciona de forma determinante (...) que se impone fuera de los individuos” sino que adquiere valor y significado en la medida en la que se incorporan al proceso de interacción social; en ese sentido, la estructura social adquiere un carácter dinámico (Mead citado en Castro, 2011:65) y la interacción social un elemento habilitador y productivo.



Este planteamiento teórico además de ayudarme a analizar cómo el individuo asimila estas características, abona a entender el debate entre estructura y agencia, y cómo estos dos elementos de carácter dinámico adquieren valor a partir de individuos que las movilizan, traducen y transforman, lo cual es indispensable para entender la realidad social bajo estudio.

Una autora que utilizo para analizar cómo a partir de la subjetividad, los estudiantes internos modelan y significan sus conductas, prácticas e identidades dentro del contexto hospitalario es Sherry Ortner, que define a la subjetividad como:

“una parte necesaria para comprender cómo las personas (tratan de) actuar sobre el mundo, incluso cuando se las actúa. La agencia no es una voluntad natural o originaria; toma forma como deseos e intenciones específicos dentro de una matriz de subjetividad - de sentimientos, pensamientos y significados (culturalmente constituidos)” (2005: 41).

Para analizar y describir cómo los estudiantes internos generan la representación social hegemónica de las mujeres usuarias, utilizo a Moscovici (1979) y el concepto de representación social, definido como un proceso psíquico de abstracción compartido a nivel colectivo y mediante el cual,

“los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (...) generando ideas sobre objetos o sujetos (...) que se vuelven casi tangibles(...) Una representación social es una “preparación para la acción”, no lo es solo en la medida en que guía el comportamiento, sino sobre todo en la medida en que remodela y reconstruye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. Llega a dar un sentido al comportamiento a integrarlo en una red de relaciones donde está ligado a su objeto. Al mismo tiempo proporciona las nociones, las teorías, y el fondo de observaciones que hacen estables y eficaces a estas relaciones”. (Moscovici, 1979:18-32).

Como parte del mismo proceso de representación social hegemónica, analizo el concepto de estereotipo, utilizando los análisis de Lippmann (1922), Adorno (1950), Blumer (1969) y Cano(1993). En la misma reflexión, me parece pertinente utilizar el concepto estigma de Goffman, quien lo define como:

“una marca, un atributo personal desacreditado por nuestra sociedad (...) que pueden ser de tres tipos, por características del cuerpo, defectos de carácter y estigmas tribales, raza, nación y religión susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia (...) la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndose de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. La teoría del estigma, es una ideología para explicar la inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como, por ejemplo, la de la clase social (...) 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” (1963:14-15).

Para poder analizar cómo la representación social hegemónica de las mujeres usuarias por parte de los MIP está trastocada por la noción de otredad y alteridad utilizo a Krotz (2002), quien discute, desde la antropología, la pertinencia del análisis del “encuentro cultural” como un proceso de interacción social y conocimiento dialéctico, relacional y bidireccional entre el "nosotros" (representado por los MIP, adscritos y personal de salud) y los "otros" (representado por las mujeres usuarias).

Al hacer el análisis de este encuentro de otredad y alteridad y la necesidad por parte de los MIP de generar características de diferenciación de un grupo y otro utilizo los análisis de Marisol la Cadena (2004), para discutir el proceso de alfabetización como proceso de blanqueamiento social adoptado por los MIP y a López-Sánchez (2001) (2014) para debatir las visiones sobre el “cuerpo moral” de las mujeres usuarias y su relación con la ciencia médica.

En un segundo momento, para describir y analizar el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP dentro de la rotación de ginecología añado bibliografía que discute el maltrato en el proceso de formación de estudiantes de medicina. Fernández (2007) me sirve para explicar por ejemplo que “la aplicación de la autoridad y las relaciones de poder-subordinación entre adscritos, residentes, internos y pasantes no sólo es común, sino que se considera parte de la formación y la disciplina médica, hecho que dificulta enormemente la percepción y la visibilización de la violencia que, como se ve, termina siendo naturalizada por las mismas autoridades académicas” (Ibidem: 70). Como una variante incluyo el análisis del papel del castigo y discuto su función disciplinaria en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP a la luz de las reflexiones de (Araya, 2006), (Laverde, Elejalde y Ramírez, 1983:7) y Valle, Vega y Flores “como un método para obtener el orden” (Ibidem: 62).

## **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **Los estudiantes de medicina en el contexto hospitalario**

Algunas de las investigaciones que se han realizado sobre los estudiantes de medicina y sus procesos de formación en el contexto hospitalario se han cimentado a partir de distintos enfoques, perspectivas y disciplinas; tanto desde las ciencias sociales (la sociología, la antropología y la psicología) como desde las ciencias de salud (medicina y salud pública).

Varios de los estudios se han enfocado en especial en el residente. Aquí se encuentran aquellos centrados en el análisis y comprensión de su doble papel dentro de una institución de salud: como estudiante y como mentor o profesor de otros estudiantes de menor rango educativo. Méndez y Mendoza (2013), en un trabajo llamado “El médico residente como educador”, analizan desde un enfoque salubrista cómo la doble labor del estudiante residente, empleado en instituciones hospitalarias, conlleva la necesidad de diseñar instrumentos para evaluar su impacto en la afectación de la calidad de la atención

médica hacia los usuarios/as y las consecuencias negativas sobre la seguridad y confianza de éstos hacia los desenlaces clínicos (2013: 154). Un hallazgo importante de este texto, que nos ayuda a visualizar cómo se dan los procesos de formación del estudiante de medicina en la práctica dentro de un hospital, de acuerdo a los autores, el rol educativo (para el que no han recibido entrenamiento formal) que cumplen los residentes, muchas, o la mayoría de las veces se construye frente a la práctica de manera espontánea, no planeada o serendípica, o es resultado de la intuición, o imitación de sus profesores o de los estudiantes de un nivel más alto (2013:155). Lo anterior revela un proceso educativo desorganizado, nebuloso y sin elementos pedagógicos en la enseñanza-aprendizaje que los residentes adquieren en su propia formación para poder desempeñar ese papel de manera adecuada.

Otros estudios sobre estudiantes residentes señalan su proceso de formación como un choque cultural, de absorción de un nuevo sistema de mando y de jerarquías que deben encarnar durante todo el proceso de formación. Acosta y Aguilera (2016) realizan una investigación de corte fenomenológico en contextos biomédicos con residentes mexicanos. Los autores señalan que los estudiantes residentes están sometidos a una carga de trabajo extenuante, con jornadas acumuladas de hasta 80 horas por semana, ante lo cual presentan la necesidad de improvisación de prácticas frente a la falta de recursos y escasez, además de la ausencia de supervisión, una fuerte ambigüedad de roles y el ejercicio de prácticas y rutinas técnicas que no siguen la medicina basada en evidencias innecesarias, abusivas y hasta dañinas hacia las mujeres en la atención (2016: 169-170).

Los autores indican que, al introducirse el residente al hospital por primera vez, se ve obligado a procesar un nuevo acervo de conocimientos, reglas, normas y cultura. Además, debe de aprender a desempeñarse dentro de un contexto de relaciones impositivas, de abuso de poder, amenazadoras, humillantes y jerárquicas, con el trasfondo y justificación de que se encuentran dentro de un proceso de enseñanza-aprendizaje. Los autores también exponen la existencia de una cultura particular que tiene como eje principal el control por los superiores, la disponibilidad para realizar cualquier tipo de tarea y la apropiación del silencio como estrategias, hasta llegar--subiendo jerarquías--al reconocimiento de sus iguales y los superiores, cual rituales de paso (Ibidem: 171).

Un elemento que resalta en todas las investigaciones sobre estudiantes del campo médico en el contexto hospitalario es la prevalencia de condiciones de desgaste entre los estudiantes. María da Silva y Campos (el cual se inserta dentro de estos estudios sobre estudiantes médicos residentes) realizaron un estudio con estudiantes de enfermería en hospitales universitarios en Brasil , a partir de material cuali-cuantitativo, concluyendo -de la misma forma que con otros estudiantes, de medicina por ejemplo- que desempeñan un rol laboral no reconocido, con cargas de trabajo extenuantes que los introducen en un proceso de desgaste, para el cual recomiendan la implementación de estrategias de cambio por parte del Estado (2013: 2).

## **El “maltrato en estudiantes”, la "cultura del abuso”, o la “cultura del maltrato”**

La literatura existente visibiliza ya el “maltrato en estudiantes”, la "cultura del abuso”, o la “cultura del maltrato”. Consejo y Viesca (2008) hacen una reflexión amplia sobre el proceso de formación de los estudiantes de medicina, internos y residentes, aludiendo a que no solo se trata de una formación de prácticas y teorías conjugadas, sino de la conformación de una identidad profesional, en la que se forjan códigos morales y normativos entre otros (2008:17). Su propósito es identificar el impacto que tienen los episodios de abusos a los que son sometidos con la justificación de que se trata de sujetos en formación. Los autores indagan también cómo enfrenta el estudiante la ruptura de sus ideales aprendidos en los libros y cómo el encuentro con conflictos éticos, iatrogenias y malas praxis, como escenario cotidiano, llega a convertirse en un choque violento. Un apartado particularmente interesante refiere a las prácticas de abuso, hostigamiento, maltrato, discriminación, acoso, hostigamiento sexual hacia las estudiantes mujeres, que llegan a tener repercusiones de gran trascendencia (Idem), cómo el hecho de experimentar temporadas de ansiedad, estrés, depresión, insatisfacción y desprecio sobre su proceso de formación, entre otras.

Otro autor que se introduce hacia estas discusiones, pero a partir de una perspectiva centrada en la sociología médica, es nuevamente Roberto Castro (2014). “Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica” es un artículo que evidencia como las estudiantes de medicina en México son formadas a partir del maltrato y la reproducción de las jerarquías de género. El autor documenta que las estudiantes mujeres deben atravesar una especie de ritos de paso de desmotivación socialmente inducida y discriminaciones, además de enfrentarse al acoso sexual en clase y a reiteradas deslegitimaciones que las construyen como sujetos subordinados (2014: 349). Lo relevante de los hallazgos en la investigación es que el autor los analiza a la luz de conceptos como curriculum oculto, habitus médico autoritario y otros devenidos de las teorías sociológicas y filosóficas con autores como Foucault, Goffman y, de forma especial, Bourdieu.

Castro abre además un campo analítico más amplio con respecto a los trasfondos de la formación y práctica médica en instituciones hospitalarias. En su artículo "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México" (2014) intenta explicar cómo el hábitus médico autoritario se consolida en los años de formación médica, tanto en la escuela, como en la práctica en hospitales. Para plantear esta hipótesis el autor expone el resultado de observaciones en la sala de labor y parto de ciertos hospitales (2014:167).

Este autor, en colaboración con Joaquina Erviti, en “Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos” (2015) precisa conceptos como campo médico y habitus autoritario, abordando temas de la formación médica, la socialización de la práctica médica, la violencia simbólica hacia las mujeres, la interacción del personal de salud (médicos)

con las mujeres usuarias, el género y la práctica médica, el aborto, la reproducción y la anticoncepción, género y derechos, y otros tantos temas enfocados en analizar la conducta profesional de los médicos y médicas. En especial les interesa enfocarse hacia situaciones de abuso, maltrato, violencia y violación de los derechos humanos y de los derechos reproductivos de las mujeres (Castro y Erviti, 2015). Los autores hacen una crítica hacia el enfoque que han tenido los estudios relacionados con estos temas y dicen que la mirada desde la salud pública ha visto a estos problemas como “mala calidad en los servicios”, falta de “sensibilización y humanismo” y “crisis de valores” (2015: 24), sin profundizar acerca del origen social de ello, por ejemplo, del autoritarismo médico (2015: 25). Ellos proponen enfocar sociológicamente el problema, rastreando el origen de estas conductas en el campo social del ejercicio de la medicina.

### **El proceso de enseñanza- aprendizaje y el curriculum oculto en la educación y enseñanza médica en contextos hospitalarios**

Otros estudios que se han realizado con estudiantes internos y residentes se dirigen a explicar desde perspectivas pedagógicas cómo se genera el proceso de enseñanza-aprendizaje dentro de las instituciones hospitalarias. Retomo a Contreras el cual define al proceso de enseñanza-aprendizaje como “un sistema de comunicación intencional que se produce en un marco institucional y en el que se generan estrategias encaminadas a provocar el aprendizaje” (Contreras citado en Meneses, 2007: 32).

En estos estudios se explica cómo se construye la imagen del tipo ideal (Weber,1921) de los médicos y/o médicas en un contexto hospitalario. Una idea que subyace es que los médicos/as docentes son responsables de transmitir conocimientos no solo técnicos, sino éticos y morales sobre la profesión, los cuales se dan bajo una lógica de curriculum oculto; es decir, se transmiten de forma no explícita, pero sí sistemática.

Hay bibliografía que evidencia las formas en las que el proceso de enseñanza-aprendizaje se puede dar dentro de instituciones hospitalarias. Un elemento importante es que este proceso se desarrolla bajo un escenario de jerarquías en donde el estudiante de mayor rango tiene la responsabilidad de enseñar al de menor rango y así sucesivamente; sin control, sin organización, ni supervisión o vigilancia. Lo cual es relevante para el contexto del hospital Valdivieso, con sus vacíos de elementos pedagógicos organizados que aporten a mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje dentro de las instituciones de salud.

Ponce (2004) en un artículo titulado "Tendencias actuales en la enseñanza de la Medicina. Estrategias del aprendizaje en medicina", escrito desde las perspectivas biomédica y pedagógica, señala que si bien la profesión médica consta de una formación científica y médica, es indispensable “propiciar al alumno una base cultural, con principios éticos, valores y una filosofía que impregne el modo particular del ejercicio humanístico de la profesión” (2004: 306). Es importante entender que lo anterior añade al docente una doble labor de enseñanza, la cual, aunque no siempre se nombra, tiende a estar presente en

todas las profesiones; sin embargo, esta doble labor adquiere un significado mayor y una carga ideológica particular en la medicina, considerando sus pretendidas aspiraciones éticas y morales en el ejercicio de la profesión.

Graue (2005), médico y formador de médicos, argumenta que existe un aprendizaje semioculto y un tanto inconsciente que se genera por la observación del ambiente en el que nos desenvolvemos, del cual se copian, refuerzan o rechazan valores, actitudes y conductas. En ese sentido, argumenta que el médico, en la vida hospitalaria, encuentra un maestro que será su modelo a seguir y con base al cual genera un aprendizaje social que será determinante en su labor como profesional (2005:s.p.) De igual manera, este autor señala que, si bien el profesor o maestro de más alto rango en el servicio o rotación desempeña un modelo a seguir entre los residentes e internos, muchas veces en la práctica cotidiana hospitalaria no es así, pues ante la ausencia de los profesores encargados, quienes enseñan son los propios estudiantes con mayor rango, o jerarquía, los cuales toman el papel de mentores de sus inferiores. En ese sentido, el autor alude que la enseñanza en los servicios hospitalarios se encuentra jerárquicamente distribuida, es situacional y a la vez contingente (Idem).

Este mismo autor, en un artículo titulado "El residente como educador médico" (2007) señala que, aunque el residente es un estudiante de posgrado en la cotidianidad funge como mentor y ha sido parte fundamental de la formación de otros médicos de menor grado. En un pequeño apartado, Graue menciona que en las instituciones de salud existe una diversidad de jerarquías, en las cuales las responsabilidades se escalonan, y una de ellas es la responsabilidad de la enseñanza, en donde "el interno depende del residente, éste de aquellos de años superiores, los que, a su vez, lo hacen de los médicos adscritos, que responden ante el jefe de servicio y, éste, ante el responsable de la unidad hospitalaria (2007:s.p), lo cual genera una movilidad de la responsabilidad, donde pasado cierto periodo el aprendiz toma el mando de docente y así sucesivamente.

Kershenobich, en su artículo "El médico residente como alumno y como profesor", que escribe desde la perspectiva biomédica, hace énfasis en el papel de los residentes dentro del proceso enseñanza-aprendizaje, argumentando que:

"Los médicos residentes a menudo son los profesores primarios de los estudiantes de medicina e internos o bien residentes de ingreso posterior al de ellos y en ocasiones pasan hasta 20-25% de su tiempo en actividades de enseñanza, algunas encuestas reportan que de los residentes reportan haber recibido más del 40% de su enseñanza por compañeros residentes. Parte de este currículum informal de aprendizaje ocurre durante las noches y guardias de fin de semana cuando las/los médicos de base no están presentes. En forma importante estas actividades de enseñanza a menudo las llevan a cabo sin ninguna instrucción formal a pesar de su papel crítico como educadores" (2006:s.p).

Siguiendo a estos autores, parece evidente que la forma de hacer docencia y aprender a ser médico en el sistema clínico mexicano se da de manera escalonada y jerárquica, bajo un modelo de aprendizaje

que se centra en la figura del mentor que, aun sin tener herramientas pedagógicas, asume el papel del docente; papel que el aprendiz retomará en el momento que, a su vez, le toque asumir el papel del que enseña. Además, parece común que dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje se de un fenómeno de curriculum oculto que define los lineamientos de la formación médica de forma subyacente e implícita; ésta se da a partir de la experiencia, la cotidianeidad y en el calor de la práctica médica. Reflexiono entonces que el curriculum oculto es parte fundamental de este proceso que, aunque caótico y desorganizado, genera “aquellas normas, creencias y valores no declarados, implantados y transmitidos a los alumnos, por medio de reglas subyacentes, que estructuran las rutinas y las relaciones sociales” (Giroux, 2004:72).

### **A propósito del contexto y escenario de la investigación**

Incluyo bibliografía que ha tenido como objeto de estudio la atención brindada en el Hospital “Dr. Aurelio Valdivieso” con la intención de poder construir una imagen y configuración del escenario en el que se desarrolló mi investigación.

El primer trabajo de Calvo-Aguilar, Morales-García y Fabián-Fabián (2010) muestra desde la perspectiva clínica y salubrista la importancia del análisis de “la morbilidad obstétrica extrema como una forma de evaluar la calidad de la atención que se otorga por eso se considera un indicador de salud en la población obstétrica” (2010: 665). En este trabajo se analiza la morbilidad obstétrica bajo un estudio observacional, transversal, de revisión de expedientes de tipo analítico, haciendo una búsqueda de los códigos relacionados con los padecimientos que pudieron originar la morbilidad obstétrica extrema y las causas indirectas que pudieron ocasionarla. En los resultados, los autores dan a conocer que algunos de las causas directas son – preclampsia severa, choque hipovolémico entre otras que corresponden al plano biomédico. Sin embargo, lo interesante es que los autores asocian que muchas de las complicaciones se relacionan con la vigilancia prenatal y esto adquiere relevancia para ellos porque, de acuerdo con su argumentación, las mujeres de baja escolaridad no acuden a la atención prenatal y por eso se convierten en una población de riesgo para la morbilidad materna. Al mismo tiempo, resulta evidente que estos autores no analizan críticamente las razones estructurales y de condición social, económica y política por las que la falta de escolaridad tendría que ser una barrera que impide la atención a lo largo del embarazo – más allá de acudir o no a las consultas prenatales-.

Por su parte Noguera, Arenas y Rabadán (2013) analizan también el tipo de atención obstétrica en el mismo hospital y publican el resultado en un artículo titulado "Mortalidad materna en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso. Estudio de 10 años e identificación de acciones de mejora" en donde destacan la importancia de su estudio argumentando que Oaxaca se ubica entre las entidades a nivel nacional con más muertes maternas. Lo interesante de este estudio es que el análisis de la muerte materna

los lleva necesariamente a considerar -aparte de las variables biológicas- “variables sociales circunstanciales”, las cuales les ayudaron a concluir que “las variables atribuibles a bajo índice de desarrollo humano, como: baja escolaridad y paridad elevada incrementaron el riesgo de mortalidad materna” (2013:202), no obstante nuestra mirada crítica nos lleva a reflexionar que, si bien estos estudios nombran variables biológicas y sociales que se relacionan con la muerte materna, tienden a buscar la etiología de las problemáticas de morbilidad entre las características de las mujeres usuarias, sin reflexionar acerca de la morbilidad que es resultado de la misma práctica hospitalaria o a consecuencia de una mala atención en el primer nivel, e incluso en el segundo, que es el espacio de nuestro estudio.

A diferencia de los anteriores, un cuarto estudio de corte salubrista es la "Evaluación del curso de Soporte Vital Avanzado en Obstetricia (ALSO) en el estado de Oaxaca, México" (Sesia et al, 2012), a partir de estrategias metodológicas combinadas, que tuvo como objeto evaluar si el curso ALSO logró o no mejorar los conocimientos técnicos, el trabajo en equipo y el sentido de urgencia entre los prestadores de servicios que participan en el manejo de las emergencias obstétricas al segundo nivel de atención en el Hospital. Este estudio se enfocó hacia el contexto hospitalario y descubrió que:

...el entorno de trabajo dentro del Hospital Valdivieso es extremadamente complicado y puede tener una importante influencia perjudicial sobre la eficacia de este (o cualquier otro) curso que pretenda mejorar los conocimientos, habilidades y destrezas técnicas en el manejo de las emergencias obstétricas y transformar prácticas actuales de atención en cuanto a actitudes del personal prestador de servicio y a la promoción del trabajo en equipo (Sesia et al. 2012:28).

Un trabajo que deviene de esta evaluación es "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 el cual los autores Sesia, van Dijk y Sachse logran:

Desde la doble perspectiva de la salud pública y la antropología médica– el análisis de la relación entre política pública en salud y la atención obstétrica hospitalaria en la actualidad, con enfoque en algunas de estas problemáticas, analizadas a través de las visiones del personal médico prestador de la atención” (2014:242).

Este estudio nos aporta una mirada de las representaciones sociales hegemónicas del personal adscrito, las cuales explican bien por qué prevalecen actitudes de abuso y falta de respeto hacia las usuarias durante la atención obstétrica. Esta perspectiva nos ayuda a entender no solo la organización interna de este hospital, sino por qué en él se mantienen como hegemónicas y sin cuestionamientos prácticas abusivas y de discriminación hacia las mujeres usuarias, especialmente las mujeres indígenas.

Esta pequeña revisión de trabajos hechos dentro del Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso me ayuda a dibujar el escenario de estudio y a vislumbrar la atmósfera de atención obstétrica en el que se brinda la atención a las mujeres.



## **METODOLOGÍA**

### **La etnografía en construcción**

Esta investigación es de corte etnográfico, entendiendo la etnografía como “una descripción e interpretación de un grupo o de un sistema social o cultural” (Cresswell citado en Álvarez y Jurgenson, 2003:76) que plantea el propósito de “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).

Restrepo señala que la etnografía se puede definir como una descripción de lo que una gente hace desde una perspectiva de la misma gente a la que se estudia, en ese sentido a “un estudio etnográfico le interesa tanto las prácticas (lo que la gente hace) como los significados que estas prácticas adquieren para quienes las realizan (la perspectiva de la gente sobre estas prácticas)” (2016: 16). El autor refiere que “la articulación de esas dos dimensiones es, sin lugar a duda, uno de los aspectos cruciales que ayudan a singularizar la perspectiva y el alcance de la etnografía con respecto a otros tipos de descripción” (2016: 16). En otras palabras:

Lo que busca un estudio etnográfico es describir contextualmente las relaciones complejas entre prácticas y significados para unas personas concretas sobre algo en particular (...)La descripción de lo que la gente hace y lo que la gente dice que hace no puede traducirse en una preocupación por encontrar incongruencias; más bien, responde a la expectativa que subyace a la etnografía por considerar que los niveles de la acción y la reflexión sobre la acción aunque se tensionen, son igualmente importantes cuando se trata de comprender la densidad de la vida social, cualquiera que sea el contexto que estemos analizando (Restrepo, 2016:17).

En mi trayectoria como antropóloga en formación dentro de la maestría he descubierto que la etnografía es, además de todas esas cosas, una forma de estar, de mirar y de mirarse a uno mismo en un proceso de construcción de conocimiento, el cual se genera en un espacio específico, con sujetos específicos y en un momento de la historia que no volverá a ser el mismo jamás.

La etnografía es a ciencia cierta un proceso mayéutico, una experiencia encarnada de un campo desconocido, inacabado, e infinito, en donde nosotros como su principal herramienta aprendemos a describir, conocer, construir e interpretar aquel fragmento de la realidad que nos fue prestado, lanzando preguntas e invocando respuestas al vivir, para parir al final un conocimiento nuevo o reconstruir uno ya producido.

Como método y enfoque nodal de la antropología, la etnografía ha generado en el paso de su construcción, diferentes formas de hacerse, de las cuales destacan “las etnografías procesuales, la etnografía holística o clásica (Malinowski), particularista (Goffman), de corte transversal, etnohistórica (Villaruel)” (Álvarez y Jurgenson, 2003:78).

La etnografía hospitalaria puede plantearse entonces como una investigación cualitativa dentro de una institución biomédica de salud, donde a partir de la perspectiva antropológica se genera una mirada al espacio y a los sujetos inscritos, como "comunidad con sus nativos". Estos cuentan con una cultura específica, rituales de pasaje singulares, códigos, símbolos, lenguaje verbal y corporal único, que generan prácticas y discursos que, aunque anclados a una estructura social más grande, hacen de las relaciones sociales un espacio único para la investigación.

### **Con los ojos y los sentidos en el campo**

La técnica investigativa por excelencia desde los tiempos de Malinowski ha sido el trabajo de campo, visto como la práctica del "estar ahí" en un periodo amplio, donde el etnógrafo o etnógrafa se inmiscuye en la vivencia cotidiana de sus sujetos de estudio y se hace poco a poco parte de ellos. El antropólogo o la antropóloga durante el trabajo de campo estarán siempre en búsqueda de material empírico, intentará conocer la razón y el sentido de las relaciones sociales, de los discursos y de las prácticas relacionadas con los intereses de su investigación. Del trabajo de campo se desprenden ciertas técnicas como es la observación participante. Ésta refiere básicamente al ejercicio de mirar minuciosamente una realidad, de la cual a partir de su análisis y asimilación pretendemos generar cierto conocimiento. La observación en la antropología se hace con los lentes del conocimiento, a partir de los cuales somos capaces de ver y percibir desde hechos complejos, hasta simples nimiedades. Para Álvarez y Jurgenson el ejercicio de la observación etnográfica difiere de la observación cotidiana porque la primera tiene fines científicos, es sistemática y propositiva (2003:104). De igual manera señalan que la observación no implica únicamente obtener datos visuales; de hecho, participan todos los sentidos (Idem).

De acuerdo con Amezcua durante el trabajo de campo se debe observar:

Lo que los sujetos dicen (los discursos), lo que hacen (las conductas y comportamientos, los gestos, las posturas), los objetos que utilizan, es decir la ocupación del espacio (especialmente los lugares donde se desarrolla la vida social), el tiempo ordinario (trabajo) y extraordinario (ocio, vacaciones, fiestas), el hábitat (la forma de vivir el espacio), las relaciones (agrupaciones, distribución edad-sexo, conflictos, etc), los acontecimientos inesperados (visitas, catástrofes, etc) (2000: 33).

Asumiendo que siempre hay algo que observar, fue necesario para mi investigación generar un guía que nos indicara el camino para no perdernos en la observación de "la selva".

Se retomaron también otras técnicas de observación específicas como la observación participante, que, de acuerdo con Álvarez y Jurgenson consiste en que "el investigador se vincule más con la situación que observa; incluso adquiriendo responsabilidades en las actividades del grupo que observa. Sin embargo, no se convierte completamente en un miembro del grupo" (2003:105). Esta técnica fue fundamental en mi trabajo de campo porque fue a partir de esta vinculación con el grupo--en este caso con estudiantes internos--que resultó más fácil generar un rapport que me permitiera acceder a su

cotidianidad, a sus discursos y a sus ideologías sobre el tema de estudio, al mismo tiempo que se desarrollaron relaciones sociales de cercanía y amistad con ellos.

Otra técnica que adopté en el contexto contingente de mi investigación es la devenida de la antropología francesa de la segunda mitad del siglo XX, nombrada por Pétonnet "observación flotante", la cual mantiene:

La atención en todo momento vacante y disponible, a no enfocarla en un objeto 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. La observación flotante consiste en deambular por la ciudad sin meta precisa y dejarse llevar por los encuentros del momento, o sea, tener la mirada distante, pero al mismo tiempo disponible independientemente de la circunstancia (1982: 39).

Cedeño argumenta que la observación flotante se adopta si se quiere una forma de dejar abierta la atención para captar la polifonía del entorno, la multiplicidad de estímulos que surgen de manera inusitada y efímera ante los ojos impasibles del observador. En ese sentido, este tipo de observación es útil en contextos inestables, y de mucha contingencia, ya que de acuerdo con Cedeño es capaz de capturar esos instantes que constituyen la vida social (2005: 14). Aunque haya que criticar el contenido positivista de los "ojos impasibles" como aquellos que ante lo que se mira mantienen objetividad y no generan ninguna emoción, yo rescaté el hecho de no parecer intrusiva con lo sentido y, a través de ello, generar empatía. Esta técnica me ayudó para observar los espacios en donde la mirada puede ser perturbadora, como podrían ser momentos de atención en áreas como la sala de espera, sala de exploración, el consultorio, los pasillos del hospital, entre otros, para los cuales mantenerse "flotante" es no sólo preciso sino hasta necesario.

### **Acercamiento a los sujetos de estudio**

La selección de mis sujetos de estudio estuvo mediada por solo dos criterios selectivos: ser estudiante interno de hospital y estar en las rotaciones de las áreas de ginecología/tococirugía. Sin embargo, como parte del registro etnográfico, los sujetos que me permitieron triangular y contrastar los datos fueron también los maestros o aquel sujeto que fungía como mentor para el estudiante interno dentro del hospital, donde se incluyeron desde los jefes del área y los médicos adscritos hasta los estudiantes de mayor rango- como son los residentes-, y el demás personal médico y de enfermería, entre otros.

### **Sobre preguntas y respuestas en campo**

Las técnicas que utilicé conllevaron a una interacción cara-cara con los sujetos de estudio que me permitieron, a partir de su aplicación, un proceso interpretativo y reflexivo sobre la realidad bajo estudio. Incluyeron en primer lugar a la entrevista, tanto la informal, como la semi-estructurada y a profundidad;

todas ellas fueron indispensables para entrar al campo, comprender el campo y finalmente analizar la problemática del estudio, a nivel de las subjetividades y de las interacciones sociales al interior del hospital.

De acuerdo con Álvarez y Jurgenson, “una entrevista es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias” (2003:109). Inicé con entrevistas informales y entrevistas semi-estructuradas, que en una primera etapa me sirvieron para sondear el espacio y sus lógicas de funcionamiento cotidiano, establecer buenos vínculos y relaciones con los sujetos, y preparar el terreno para caminar con lo siguiente. Bernard define que “la entrevista informal, está caracterizada por una ausencia total de estructura o control. También se lo usa a lo largo del trabajo de campo para lograr mayor intimidad y para descubrir nuevos tópicos de interés que pudieran haber sido pasados por alto” (1995: 208). Por otra parte, el mismo autor precisa ante la entrevista semi-estructurada que de ella “no hay para nada, algo 'informal'. Ud. está sentado con un informante y lleva adelante una entrevista. Ambos saben lo que está ocurriendo. Las entrevistas no estructuradas están basadas en un plan definido que es mantenido constantemente en mente” (1995: 208).

Posteriormente, después de avanzado el trabajo de campo, realicé entrevistas a profundidad, las que Taylor y Bogdan definen de la siguiente manera:

Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos 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 o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista (1992:100).

Este tipo de entrevistas me ayudaron específicamente a dibujar la experiencia y trayectoria del sujeto en la institución hospitalaria, dando cuenta de cómo los estudiantes internos viven desde sus experiencias el proceso de formación dentro de las áreas de atención observadas.

Durante mi trabajo de campo apliqué los siguientes instrumentos:

- Encuesta perfil de estudiantes
- Encuesta pre-test sobre conocimientos de gineco-obstetricia de acuerdo a la Medicina basada en Evidencia para los MIP entrantes a la rotación
- Encuesta post-test sobre conocimientos de gineco-obstetricia de acuerdo con la Medicina basada en Evidencia para los MIP salientes de la rotación
- Entrevistas a profundidad a MIP, residentes, adscritos y dos encargados del área de enseñanza.

Tuve como resultado el siguiente material etnográfico, a partir de entrevistas y encuestas a los sujetos sociales que se incluyen a continuación:

**Tabla 1. Recursos humanos y estudiantiles del Hospital Civil**

<b>SUJETOS</b>	<b>NÚMERO</b>
Médicos Internos de Pregrado	44 pre-tests y post-tests de conocimientos sobre obstetricia y atención neonatal
Médicos Internos de Pregrado	18 entrevistas a profundidad
Médicos Residentes de primer año	2 entrevistas a profundidad
Médicos Residentes de segundo año	2 entrevistas a profundidad
Médicos Residentes de tercer año	2 entrevistas a profundidad
Médicos Residentes de cuarto año	2 entrevistas a profundidad
Adscritos ginecólogos	5 entrevistas a profundidad
Médicos encargados del área de enseñanza de los internos y los residentes	2 entrevistas a profundidad

Fuente: Tabla de elaboración propia.

### **La toma del registro en campo**

El diario de campo y el cuaderno de campo (llevado a cada momento para hacer anotaciones), la grabadora de voz y la cámara fotográfica fueron fundamentales en mi trabajo de campo, ya que permitieron capturar lo ocurrido cada día de y cada momento de la investigación; esto, para no perder el detalle etnográfico.

El diario de campo es, como lo dice Restrepo, una de las técnicas etnográficas de investigación más importantes. En una investigación etnográfica, el éxito del trabajo de campo depende en gran parte de realizar un adecuado diario de campo. Sin diario de campo, los “datos” se pasean frente a las narices del investigador sin que éste tenga cómo atraparlos, organizarlos y otorgarles sentido para su investigación (2016: 44).

Este registro me ayudó a anotar las observaciones y sensaciones del campo, las observaciones de las interacciones sociales de los sujetos de estudio, las expresiones verbales y corporales de los sujetos ante un hecho, los detalles densos del contexto, momento o situación y hasta las reacciones personales sobre lo que se está viviendo o los inconvenientes que se están presentando. Al final, mi diario de campo consistió en 200 hojas transcritas, aportando una riqueza etnográfica invaluable a la investigación.

## CAPITULADO

La tesis consiste en una introducción y cuatro capítulos, además de un apartado de conclusiones finales. La introducción se divide en dos partes. La primera hace una breve exposición sobre el problema de investigación y el panorama hospitalario en el que se desenvuelve, posteriormente se presenta la pregunta de investigación, el objetivo general, y finaliza con los objetivos específicos que guiaron el trabajo. En la segunda parte, se muestra el recorrido teórico que guió el proyecto de investigación, presentando la discusión de autores en el marco teórico, así como el marco metodológico, donde además se explica de qué forma, con que métodos e instrumentos y bajo qué perspectivas se logró entrar en campo, abordar el campo y trabajar con los sujetos de investigación.

El capítulo uno, “Un hospital de práctica”, está dividido en dos partes, la primera expone detalladamente las características contextuales del lugar donde se realizó el trabajo de campo, mostrando datos históricos, geográficos, poblacionales y estadísticos relacionados con el tipo de hospital, sus funciones, los recursos materiales, recursos humanos, recursos estudiantiles, volumen de atención obstétrica en el hospital, el número de partos y cesáreas, el lugar de residencia y nacimiento de las usuarias y sus características étnico-lingüísticas. La segunda parte es una descripción etnográfica de los espacios relacionados con el servicio de gineco-obstetricia, las funciones y las relaciones sociales del proceso de enseñanza-aprendizaje que se establecen en ellos.

El capítulo dos, “El esclavo, el saca pendientes, la mano de obra barata” describe etnográficamente quiénes son los médicos internos de pregrado, sus funciones en el hospital, los conocimientos con los que llegan a la rotación, sus autopercepciones, los discursos y representaciones sobre ellos y ellas, sus actividades y tareas, sus rotaciones y su papel dentro del servicio de gine-obstetricia.

En el capítulo tres “‘Muchas veces nosotros atendíamos a la usuaria [sin saber] lo que estábamos haciendo’. Los métodos de enseñanza-aprendizajes utilizados con los MIP en la rotación de ginecología del Hospital” nos adentramos en el proceso de enseñanza-aprendizaje en el que están inmersos los MIP en el hospital, donde se hace primeramente una descripción de la enseñanza formal en los salones y con sus maestros impartiendo clases dentro del hospital, para posteriormente hablar sobre la enseñanza informal o la del día a día, donde los mentores son otros, con formas de enseñanza particulares, atravesados por métodos de humillación, castigo, ego, jerarquías y poder, y en donde las resistencias ante el trato a los MIP también existen y son posibles.

El capítulo cuatro, “‘Al calor de la práctica’: Las características de la atención obstétrica que aprenden los MIP en un hospital-escuela que atiende a mujeres de escasos recursos económicos” está dedicado a mostrar primeramente la razón principal por la que los MIP, aún estando seguros del proceso de enseñanza-aprendizaje que les espera en el hospital, lo eligen.

Posteriormente, el texto analiza teórica y etnográficamente la construcción del estereotipo social hegemónico sobre las mujeres usuarias en el área de ginecología por parte de los MIP y de qué forma interviene en su proceso de formación en este contexto hospitalario. En la segunda parte se discute la pertinencia del concepto de otredad para analizar la interacción de los MIP y las mujeres usuarias en un contexto de atención, para finalizar discutiendo la forma en la que el proceso de aprendizaje de los MIP en este contexto está ligado profundamente con técnicas hegemónicas y sistemáticas de aceleración del trabajo de parto justificadas por estereotipos sociales y el contexto de atención de la institución. No obstante, también muestro que, aunque el uso de estas técnicas sean hegemónicas, existe un pequeño grupo de MIP -en especial mujeres- que las rechazan como necesarias dentro de su proceso de aprendizaje, al asumirlas como lacerantes e innecesarias para las mujeres usuarias.

La tesis finaliza con unas conclusiones en las que se conjuntan los hallazgos principales de los capítulos anteriores, y se añaden algunas consideraciones finales sobre preguntas e inquietudes que quedan pendientes para estudios futuros.

## **PRIMER CAPÍTULO**

### **"UN HOSPITAL DE PRÁCTICA"**

Este capítulo está dividido en dos partes, la primera expone detalladamente las características contextuales del lugar donde se realizó el trabajo de campo, mostrando datos históricos, geográficos, poblacionales y estadísticos relacionados con el tipo de hospital. Se describen así sus funciones, los recursos materiales, recursos humanos y recursos estudiantiles disponibles, el volumen de atención obstétrica y, en particular, el número de partos y cesáreas. Finalmente, se proporciona información acerca del tipo de usuarias que se atiende en este hospital, a partir de su lugar de residencia y nacimiento y sus características étnico-lingüísticas.

La segunda parte presenta una descripción etnográfica de los espacios de los servicios de gineco-obstetricia, así como de las funciones y las relaciones sociales del proceso de enseñanza-aprendizaje que se establecen en ellos.

#### **GÉNESIS HISTÓRICA DEL HOSPITAL**

El hospital general Dr. Aurelio Valdivieso, conocido como Hospital Civil, tiene sus raíces históricas más lejanas en mediados del siglo XVI, en la época de la Colonia, con la aparición de instituciones hospitalarias asistenciales dependientes de órdenes religiosas como los *Juaninos*, *hipólitos* y *betlemitas* que, si bien se encontraban distribuidas y operando desde distintos templos alrededor del centro del estado, cumplían la misma función asistencial de atender a *desgraciados*, personas de escasos recursos, muchos infectados de lepra, y militares, entre otros (Guzmán, 2005:80). Estas instituciones asistenciales, subsidiadas primero por limosnas y diezmos asignados por el Rey y, mucho después, por el erario público<sup>5</sup>, fueron con el tiempo, unas reedificadas y otras simplemente obligadas a cerrar por la escasez de fondos y las crisis económicas (Íbidem: 89).

Más allá de estos antiguos orígenes, podemos decir que el hospital "Dr. Aurelio Valdivieso" nace oficialmente en el 9 de febrero de 1865, atendiendo militares franceses en medio de la ocupación de fuerzas imperialistas. Originalmente se situó en el llamado Ex Convento San Francisco, ubicado en el centro de la ciudad. En el año 1941 el Hospital general cambia su nombre por el de Hospital "Dr. Aurelio Valdivieso" en homenaje a un médico y maestro oaxaqueño. Veinte años después entre 1963 y 1965, frente a la demanda del servicio y falta de infraestructura, se construye el nuevo edificio del hospital el cual se inaugura posteriormente el 5 de mayo de 1965. El hospital se ubica al norte de la ciudad de Oaxaca, junto a la Ex Hacienda de Aguilera, con el mismo nombre y con la misma vocación asistencial en cuanto

---

<sup>5</sup> Cincuenta años después aproximadamente.



a público usuario (Ídem). 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, como menciona el médico Federico Ortiz Armengol, primer rector de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, en la conmemoración del centenario del hospital general:

“Nunca fue nuestro viejo hospital refugio de gente rica o medianamente acomodada; ha sido y es abrigo de todas las miserias, de todos los dolores físicos y morales, amparo de cruel orfandad social, nido a las esperanzas agonizantes de todos aquellos que de todo carecen, sombra de un vigor de perdidos, y unas veces bajo las manos piadosas de los religiosos (...) pobre ha sido, pobre es y pobre seguirá siendo” (Ibidem: 75).

Actualmente el Hospital Civil Dr. Aurelio Valdivieso sigue ubicado en el mismo sitio, justo al norte de la ciudad de Oaxaca, en la ahora calzada Porfirio Díaz de la colonia Reforma, entre las calles de Dr. Mario Pérez Ramírez y de Naranjos. El inmueble sigue conservando su particular esencia, aunque el escenario a su alrededor se ha transformado de campos de siembra, campesinos labrando y unos cuantos arrieros transportando mercancía a, en la actualidad, transeúntes moviéndose con prisa, edificios por todos lados, coches, semáforos y calles con mucho tráfico.

En las calles que rodean el nosocomio puede verse un movimiento activo de la gente, que viene o va a recibir atención, o se dirige a la Facultad de Medicina que se encuentra justo al frente de su edificio, en el lugar que ocupaba la Hacienda de Aguilera. Las calles están pavimentadas y suelen tener una acera de una anchura menor a un metro por donde pasan los transeúntes, estudiantes o personal del hospital. A un costado del hospital se encuentra un monumento histórico de la ciudad nombrado Fuente de las Siete Regiones, hacia donde muchas de las personas que acuden al hospital se dirigen y lo ocupan para descansar.

El edificio del hospital cuenta con dos entradas, una ubicada al norte, la entrada de urgencias y la otra ubicada en el sur, la entrada a consulta externa. En urgencias se puede apreciar la entrada de las ambulancias y a gente sentada en las rejas que rodean el edificio, esperando la atención o aguardando por la información de algún familiar.

Hasta hace aproximadamente cuatro años, esta misma entrada había sido apropiada y convertida por los usuarios del hospital en útiles dormitorios, las bancas que se encontraban frente habían sido forradas con cartones, plásticos y lonas por el frente, que salvaban a los familiares y usuarios del frío, la lluvia y aquella característica intemperie. Esta apropiación y uso de este espacio, era incluso funcional para el personal del hospital, ya que se había adaptado justo en la esquina, una bocina en donde llamaban por el nombre del usuario o familiar para que se presentaran en la entrada, esto sin que (como ahora se hace) tuviera que salir el interno o la enfermera a vociferar en busca del familiar o el usuario. Ahora, cuatro años después, esas bancas metálicas fueron retiradas y por ende desaparecieron los dormitorios improvisados, lo que hace que la gente ahora sí pueda encontrarse a la total intemperie.

Las puertas del hospital, tanto la de urgencias, como la de consulta externa, están protegidas por guardias de empresas privadas que piden pases de entrada a los usuarios o familiares y gafetes al personal; estos guardias suelen ser enérgicos y estrictos con los usuarios, pero amables y cálidos con el personal. Ellos saben las horas de entrada y horas de salida del personal, de los jefes e incluso de los estudiantes; a estos últimos, les exigen tener el gafete bien puesto. En las primeras semanas de trabajo de campo, uniformada como estudiante de medicina y entrando a la misma hora que ellos, cruzo la puerta y el guardia me saluda y me pregunta con una sonrisa “¿preparada para la guerra, doctora? Que le vaya muy bien”<sup>6</sup>. En ese momento, volví la mirada al guardia, miré alrededor y me di cuenta de que en este hospital todos los días se va a la guerra; si eres paciente, si eres personal médico e incluso si eres personal administrativo, todos los días vas a la guerra, haciendo referencia al caos y lucha que esto significa..

Frente a las puertas de entrada y rodeando el hospital, es posible prestar atención al mosaico de establecimientos, negocios y servicios que revelan algunas de las necesidades de la gente que diariamente acude al hospital. Podemos observar establecimientos de comida corrida, comida rápida, tortas, tacos y otros negocios establecidos o informales que abren sus servicios desde muy temprano, para cubrir la demanda tanto de los pacientes, como de familiares, personal de salud y/o estudiantes. Aunque son muchos, los establecimientos de comida no son los que más abundan, ya que existe un sinfín de tiendas de lo que podríamos llamar la “industria médica” que van desde farmacias, consultorios de rayos x, laboratorios, tiendas de material médico, clínicas anti-piojos, tiendas de prótesis, de uniformes médicos, quirúrgicos y de enfermería, consultorios y clínicas particulares donde se realizan procedimientos como mastografías, hemodiálisis, diálisis, establecimientos de fundaciones médicas, establecimientos de aseguradoras y hasta unas cuantas funerarias.

Incluso, de acuerdo con datos recabados en campo, hay sitios que, disfrazados de comida rápida, venden estimulantes y hasta estupefacientes demandados incluso por el mismo personal de salud. Lo anterior, sin mencionar los establecimientos necesarios para el papeleo burocrático del hospital, como son café internet, servicio de copias, escáner, recargas telefónicas y/o también para cubrir la necesidad de espera, como son hoteles y moteles de bajos precios.

A las afueras de este hospital se encuentra una estancia muy sencilla, en donde los familiares de los pacientes atendidos pueden quedarse y permanecer varios días, por costos muy bajos, por ejemplo, la noche por persona cuesta \$40 pesos y las comidas \$15. Esta estancia tiene el nombre de Fraternidad y fue establecida especialmente pensando en las necesidades del tipo de población que atiende el nosocomio. Es por eso que sus servicios se encuentran interconectados con el edificio del nosocomio,

---

<sup>6</sup> Extraído del diario de campo 15.08.2018.

ya que para que una persona pueda utilizar la estancia, debe presentar un pase firmado por el área de trabajo social del hospital en donde acredite que es familiar o paciente.

Es usual ver que en los establecimientos de comida alrededor del hospital el servicio es muy barato y la gente acude con frecuencia a ellos por la misma razón. Si permanecemos observando, podremos ver llegar a cada momento, y con mayor frecuencia en las noches, a personas pertenecientes a congregaciones, iglesias protestantes y católicas, organizaciones, grupos civiles e incluso organizaciones de payasos, que se acercan a entretener a los niños y niñas, pero principalmente a regalar comida, café, atole, cobijas, suéteres y todo tipo de ayuda a la gente que se encuentra esperando.

El complejo hospitalario construido con material industrializado, está formado por un conjunto de edificios interconectados por rampas, escaleras e incluso elevadores. La institución consta de cuatro niveles, que son con los que fue construido originalmente; los cuales se dividen de forma física, por el tipo de atención que se brinda en cada piso. Es importante mencionar que estos edificios interconectados y otras áreas del nosocomio han sido producto de una construcción en diferentes etapas y que este crecimiento de la infraestructura se ha dado de manera paralela de acuerdo con las necesidades físicas de ampliación del espacio, que el mismo hospital ha presentado durante sus más de 50 años de existencia.

La institución fue inaugurada como hospital general de segundo nivel con una “capacidad de 104 camas, distribuidas en los servicios de Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, y el Servicio de Pensionistas ocupando los tres niveles, en el cuarto nivel unidad quirúrgica, y residencia de médicos, en la planta baja, el servicio de Urgencias consulta externa, laboratorio y rayos X” (Guzmán, 2005:89). Aunque hoy en día cuenta con un aproximado de más de 180 camas censables, su infraestructura sigue siendo muy similar a la de sus inicios.

Actualmente, en la planta baja se encuentran el área de urgencias y valoración-obstétrica, la unidad de cuidados intensivos, consulta externa, laboratorio, banco de sangre, gabinete de rayos X, servicios generales y el área de enseñanza con un pequeño auditorio que sirve para conferencias, talleres, pláticas y otros eventos. En los tres primeros niveles del hospital se encuentran las áreas de cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y finalmente el cuarto piso es una extensión del área de ginecología, mejor conocida como el área de labor y tococirugía, en donde se tiene una unidad quirúrgica conformada por dos quirófanos específicamente y por áreas estériles como son expulsión, el área de puerperio inmediato y toco-pediatría.

El Hospital Civil Dr. Aurelio Valdivieso está catalogado como un hospital de segundo nivel de atención, lo cual implica:

“Segundo Nivel de Atención. Corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de Referencia que se localizan en

la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional. En el segundo nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel de atención que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. Se aplican los métodos de diagnóstico: exámenes clínicos, estudios radiográficos, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas como cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, etcétera, de acuerdo con la necesidad de los pacientes” (Por los caminos del Sistema Nacional de Salud, 2018:61).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, el hospital corresponde efectivamente al segundo nivel. Sin embargo y a reservas de las carencias en la infraestructura, se considera que por volumen de atención, capacidad resolutive, y la complejidad de muchos de los procedimientos que ahí se realizan, cumple en algunos casos funciones catalogadas como de tercer nivel de atención.

El hospital ofrece 24 servicios de atención: Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Cirugía Cardiovascular, Cardiología, Endocrinología, Psiquiatría, Genética, Hematología, Hemato-Oncológica Pediátrica, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Perinatología y Neonatología, Traumatología, Urología y Oncología, los cuales cuentan con la siguiente infraestructura:

**Tabla 2. Recursos materiales del Hospital**

Áreas	Número
Consultorios:	
Consultorios	19
Total	19
Camas censables por consultorio:	
Cirugía	57
Ginecoobstetría	54
Medicina interna	21
Pediatría	65
Total camas censables	197

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos extraídos de trabajo de campo<sup>7</sup>.

**Tabla 3. Recursos materiales del Hospital**

Material	Número
Camas denominadas no censables o fuera del área de hospitalización	
Observación o aplicación de tratamiento	5

<sup>7</sup> Esta información me fue brindada a partir de una petición de información al área de estadística del hospital.

Urgencias	23
Recuperación	13
Terapia intensiva	6
Trabajo de parto	7
Otros	3
Total	63

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos extraídos de trabajo de campo.

**Tabla 4. Recursos materiales del Hospital**

Material	Número
Incubadoras	14
Cunas de recién nacido sano	8
Quirófanos	6
Salas de expulsión	2

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos extraídos de trabajo de campo.

El total de médicos y médicas en contacto con los pacientes son aproximadamente 355, los cuales están desagregados de la siguiente manera de acuerdo con su especialidad:

**Tabla 5. Recursos humanos médicos del Hospital**

Médicos/cas por especialidad	Número
Hematólogos/as	3
Anestesiólogos/ as	28
Pediatras	26
Ginecobstétricas	22
Cirujanos/as (generales y especializados)	12
Internistas	17
Oftalmólogos/as	2
Médicos/as generales	14
Gastroenterólogo/a	1
Cardiólogos/as	4
Oncólogos/as	6
Neumólogo/a	1
Traumatólogos/as	6
Cirujanos/as plásticos	2
Urgenciólogos/as	9
Médicos/as internos	65
Médicos/as residentes <sup>8</sup>	94
Médicos/as en administración	18
Enseñanza	2

<sup>8</sup> Médicos generales que hacen una residencia para especialidad en el hospital.

Epidemiología	2
Anatomopatología	3

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos extraídos de trabajo de campo.

Otro grupo que está en contacto con la paciente es el personal de enfermería, el cual se distribuye de la siguiente forma de acuerdo con su perfil profesional y/o funciones laborales:

**Tabla 6. Recursos humanos de enfermería del Hospital**

<b>Personal de enfermería</b>	<b>Número</b>
Enfermeras/os generales	352
Especialistas	9
Pasantes	84
Auxiliares	94
Administrativas/os	12
Enseñanza e investigación	1
Total	539

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos extraídos de trabajo de campo.

El hospital también está integrado por químicos, licenciados/as en trabajo social, farmacobiólogos/as, nutriólogos/as, psicólogos/as, ingenieros/as biomédicos, y personal técnico, y de servicio como laboratoristas, estadistas, radiólogos/as, administrativos/vas, camilleros, personal de archivo clínico, intendencia y seguridad.

El Valdivieso no solo brinda los servicios de atención médica, sino que funciona desde su génesis histórica como un espacio importante de aprendizaje en donde se forman practicantes de enfermería y medicina, médicos en formación para ser especialistas y estudiantes que realizan su servicio social, en áreas como trabajo social y psicología.

De acuerdo con la reconstrucción histórica del hospital realizada por el Dr. Guzmán, un médico cirujano catedrático de la Facultad de Medicina de la UABJO y jefe del área cirugía del nosocomio, el Hospital “Dr. Aurelio Valdivieso” siempre fue un espacio de formación para la comunidad médica oaxaqueña, incluso antes de estar en el sitio que hoy se encuentra y con el nombre que hoy tiene. Guzmán afirma que desde los años cincuenta del siglo XX el hospital mantenía ya una estrecha relación con las escuelas de Medicina y de Enfermería y Obstetricia, siendo parte de la formación profesional clínica práctica de médicos/cas, enfermeras/ros y parteras en el Estado (2005:78-80).

En palabras de este facultativo, la estrecha relación se debe a que en el seno de los servicios médicos se generaban las experiencias clínicas necesarias que cientos de médicos y enfermeras adquirieron en ese tiempo (1955) ya que por muchos años los esforzados maestros impartieron sus

cátedras en los corredores del hospital rodeados de alumnos, en medio de modestísimos elementos de aprendizaje o bien a la cabecera de un paciente. Por esta razón, el registro data que entre 1952 y 1955 el Instituto de Ciencias y Artes del Estado de Oaxaca (ahora UABJO) construye en terrenos al sur del hospital la Escuela de Medicina y Cirugía, instalándose incluso el laboratorio de fisiología dentro del área del Hospital inaugurado en 1958 (Ídem).

Actualmente el Valdivieso mantiene esa estrecha relación con la Facultad de Medicina y Cirugía (FMC) de la universidad pública UABJO, al grado de solo aceptar a sus estudiantes como los únicos médicos en formación a los que se les permite hacer su internado de pregrado ahí. De igual forma sigue manteniendo la misma ubicación física, ya que, como podremos ver en la descripción etnográfica, la FMC de la UABJO está justo frente a la entrada del hospital.

Desde 2003, el carácter de hospital escuela del nosocomio, se encuentra reglamentado por la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003 "Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado", la cual tiene como objetivo regular la utilización de las instalaciones y servicios de los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud considerados como campos clínicos, para coadyuvar en la formación de alumnos en ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.

Esta norma y sus lineamientos reconocen oficialmente al hospital Dr. Aurelio Valdivieso como campo clínico, que se define como “aquel establecimiento para la atención médica del Sistema Nacional de Salud o bien alguna de sus áreas o servicios que cuenta con las instalaciones, equipamiento, pacientes, personal médico, paramédico y administrativo, que conforman el escenario educativo para desarrollar programas académicos del plan de estudios de la licenciatura en medicina”(NOM-234-SSA1-2003:s.p).

Otra norma importante para entender el marco de organización y atención en la ginecología es la NOM-007-SSA2-2016, “para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, la cual se actualiza periódicamente para proporcionar, de acuerdo a la Medicina Basada en Evidencia (MBE), las indicaciones pertinentes acerca de cómo se debería de desarrollar la atención médica en este ámbito. En este sentido, tendría que ser conocida y utilizada en el hospital, proveyendo el marco normativo de los procesos de enseñanza-aprendizaje de los MIP.

En la actualidad, el Hospital Civil Dr. Aurelio Valdivieso recibe al año entre sesenta y cinco y setenta médicos internos de pregrado<sup>9</sup> (MIP), los cuales se dividen aproximadamente en grupos de

---

<sup>9</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado define al Internado de pregrado: Ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo.

dieciocho alumnos que estarán rotando por tres meses, durante ese mismo año en los servicios de atención de ginecología, pediatría, cirugía y medicina interna que el hospital brinda.

De igual forma, cuenta con noventa y cuatro médicos residentes, los cuales laboran en actividades teórico-prácticas durante un periodo de cuatro años en el área de su especialidad como pueden ser ginecología, medicina interna, cardiología, traumatología y cirugía, entre otros. Además, este hospital también recibe a estudiantes que se acercan a la atención para estar preparados tanto para su servicio social, como para su internado; tal es el caso de los médicos estudiantes que acuden a prácticas a petición de alguno de sus profesores (el cual debe trabajar ahí). Otros estudiantes que acuden también a prácticas, pero en este caso de manera reglamentada, son los pre-internos que son los estudiantes de quinto año de la carrera de medicina de la FAC de la UABJO que, durante su siguiente periodo de formación, estarán realizando su año de internado en algún hospital del estado.

Este hospital acoge también a estudiantes de otras áreas de las ciencias de la salud, como son las y los estudiantes de enfermería de la misma universidad en algunos casos, aunque en menor proporción y frecuencia, a estudiantes de medicina de universidades privadas como la Anahuac o la Universidad Regional del Sureste (URSE) que se acercan al hospital por los llamados “ciclos clínicos<sup>10</sup>” o simplemente porque alguno de sus catedráticos que labora en el hospital, los ha llevado a observar y a realizar prácticas o tareas en donde ellos y ellas pueden ser útiles.

Como podemos observar mediante estos datos, el Hospital Civil cumple y ha cumplido al largo de más de 50 años una función importantísima en la formación de los profesionales del área médica en el estado y por lo tanto en la manera en la que esta formación se hace al paralelo de la práctica en la atención.

En el hospital, y en especial en el área de ginecología, podemos rastrear trayectorias completas de formación académica, que nos llevan a revelar cómo muchos de los médicos especialistas, que actualmente son jefes de servicio o médicos adscritos, fueron durante la licenciatura, practicantes, internos y posteriormente residentes en este mismo hospital, para llegar a ser hoy los encargados del área, lo cual nos hace dimensionar el carácter y la tradición generacional de la formación en este hospital.

De acuerdo a una base de datos que se obtuvo durante el trabajo de campo del área de estadística del hospital, encontramos que este nosocomio atiende al año entre 7000 y 7500 partos, entre cesáreas, partos eutócicos y partos distócicos, lo que sería un equivalente de 500 a 550 partos al mes y de 20 a 25

---

<sup>10</sup> La Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado define como ciclos clínicos: Asignaturas o módulos del plan de estudios de la licenciatura en medicina que se cursan en campos clínicos, posterior a los ciclos básicos y previo al internado de pregrado.



partos por día; lo anterior 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: 644).

En el año 2017, por ejemplo, se atendieron un total de 3413 partos eutócicos, 107 partos distócicos y 2248 cesáreas, haciendo con más de un 50% al servicio de ginecología como el más demandado, y con más egresos hospitalarios de entre todas las áreas del hospital, que comprenden al servicio de cirugía, medicina interna, pediatría, y traumatología. Es importante mencionar que, si bien el hospital durante ese año no trabajó al cien por ciento de su capacidad, sino con un porcentaje de atención de entre el 70 y 80% (debido a que el área de tococirugía y quirófanos se encontraban en remodelación), las cifras de egresos siguieron superando a los demás servicios de atención, como lo mostramos en la siguiente tabla.

**Tabla 7. Egresos hospitalarios**

<b>Egresos hospitalarios</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Ginecología	7834	55.1%
Pediatría	2557	17.9%
Cirugía	2241	15.7%
Medicina interna	977	6.8%
Traumatología	607	4.2%.

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos extraídos de trabajo de campo.

No obstante, para el 2018, los datos sobre el porcentaje de ocupación del servicio de ginecología, se restablecen y podemos entonces observar una ocupación de entre 80 y 110% (véase Tabla 8), que corresponde a las cifras que normalmente se manejan en esta área.

**Tabla 8. Porcentaje de ocupación de los servicios del hospital 2018**

<b>Indicador</b>	<b>% de ocupación de la unidad de ginecología</b>
Enero	78%
Febrero	81.1%
Marzo	88.8%
Abril	113.2%
Mayo	96.5%
Junio	85.5%
Julio	94.3%
Agosto	89.2%
Septiembre	99.9%

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos estadísticos proporcionados por el hospital

Otro tipo de atención que se brinda en el servicio de ginecología es la realización del aborto por legrado y por aspiración manual endo-uterina (AMEU) y la colocación de métodos anticonceptivos.

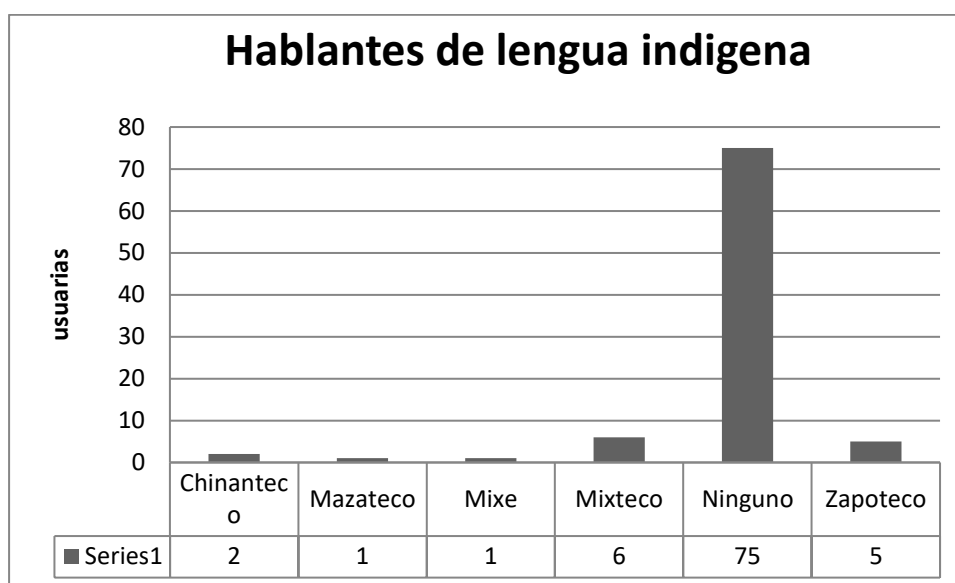
El tipo de población que se atiende en el hospital es población abierta, la mayoría de los casos son mujeres que no tienen derecho-habencia a la Seguridad Social (Íbidem: 644) y que están inscritas en el programa del Seguro Popular. Estas usuarias son frecuentemente referidas de centros de salud, hospitales de segundo nivel, casas de salud e incluso hospitales particulares, los cuales se encuentran alrededor de todo el Estado. El Hospital Civil atiende además a población de instituciones como el CERESO femenino y hospitales públicos de atención psiquiátrica.

Si bien algunas de las usuarias para la atención de la resolución del parto, complicaciones durante el embarazo y control prenatal proceden de poblaciones lejanas al centro del estado, en su mayoría, las pacientes provienen en realidad de municipios, localidades y colonias que se encuentran dentro de la ciudad o aledañas a ella. En los datos filtrados sobre usuarias del mes de octubre del año 2017, podemos darnos cuenta que los principales lugares aledaños de donde provienen las usuarias son: Colonia Volcanes, Barrio Xochimilco, Colonia Aurora, Colonia Azucenas, Colonia Dolores, Colonia Donaji, Colonia del Ex-Marquesado, Colonia la Soledad, Colonia la Unión, Colonia Patria Nueva, Colonia Trinidad, Colonia Vicente Guerrero, Cuilapam de Guerrero, Guadalupe Etlá, Colonia la Cascada, Lomas de San Jacinto, Oaxaca de Juárez, Pueblo Nuevo parte alta, San Antonio de la Cal, San Jacinto Amilpas, San Pedro Ixtlahuaca, Santa Cruz Amilpas, Santa Cruz Xoxocotlán, Santa Lucía del Camino, Santa María Atzompa, Santiago Suchilquitongo, Villa de Zaachila entre otros. Lo anterior, nos permite iniciar a deconstruir un imaginario referido tanto por el personal de salud, como por autoridades y sociedad civil, de que este hospital atiende en su mayoría a usuarios/as que vienen de poblaciones lejanas, rurales e indígenas.

Del cien por ciento de las usuarias atendidas en el mes de octubre, de las localidades anteriormente mencionadas, tan solo 17.7 % se adscribieron como personas indígenas, aun cuando a nivel estatal y de acuerdo a la Encuesta Intercensal 2015, en Oaxaca 2,607,917 personas, o el 65.7% del total de la población del estado se considera indígena, siendo el estado con el mayor número absoluto y el porcentaje más alto de población autoascribita como indígena en el país (INEGI, 2015).

Del cien por ciento de las usuarias del hospital, 16.7% declararon ser hablantes de alguna lengua indígena, principalmente, mixtecas y zapotecas (véase Gráfica 2).

**Gráfica 1. Usuarías hablantes de lengua indígena, Hospital Civil**



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos extraídos de trabajo de campo.

## **LAS ÁREAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA**

### **Cuarto piso, tococirugía o área de labor**

El cuarto piso, tococirugía o área de labor, es el área del servicio de ginecología donde se brinda la atención del parto, cesárea y puerperio inmediato a la mujer usuaria que se atiende en el hospital. Tococirugía es mejor conocida como “la Toco”, a comparación de otros servicios, ocupa un piso entero del complejo hospitalario. Este piso es característico porque es un área esterilizada<sup>11</sup>-- lo que implica que solo se puede ingresar con uniforme quirúrgico, cubrebocas, gorro y botas de quirófano. El acceso está muy restringido –en comparación con otras áreas de ginecología- para familiares u otros que no pertenezcan al personal de salud del área.

Le distingue de otras áreas el color azul de sus pisos y sus paredes. Esta área es una de las recientemente remodeladas en el hospital por lo que cuenta, en contraste con otras, con aire acondicionado que se adecúa a las exigencias del personal que se encuentra laborando dentro.

Si bien el servicio de ginecología en el hospital ocupa varias áreas (cómo son el consultorio de valoración obstétrica en primer piso, el área de puerperio quirúrgico en tercer piso, consulta externa en el primer nivel y modulo mater en el primer piso), el área de tococirugía es una de los más importantes

<sup>11</sup> Proceso que destruye gérmenes patógenos.

para el hospital, ya que es aquí en donde pasa 70% de los y las usuarias que se atiende en todas las áreas del hospital.

Para el personal de salud y los estudiantes (Residentes, MIP y pre-MIP), el área de ginecología es pesada y demandante, justamente por el servicio que se brinda en este piso, ya que es aquí donde el personal se encuentra la mayor parte del tiempo activo, y mantiene al paralelo activos a todos sus estudiantes, desde el personal practicante de enfermería, hasta los residentes de ginecología y los médicos internos de pre-grado. Estos últimos pasan alrededor de 90 horas a la semana en esta área y rotan en todo el servicio durante tres de los doce meses de su internado. Aunque de acuerdo con el registro de campo, esto resulte *estresante* para ellos, es el área de la Toco la que da intensidad y sentido al servicio de ginecología, ya que es aquí en donde ponen a prueba sus conocimientos teóricos y prácticos aprendidos a lo largo de su vida académica.

Es característico reconocer que también a comparación de otros pisos de ginecología, en la Toco nadie puede estar sin hacer nada, aquí no hay tiempo perdido porque todo el personal está siempre en movimiento, trabajando, revisando a pacientes, “tacteando”<sup>12</sup>, “haciendo hojas de ingreso”, “historias clínicas”, “pases de visita”, “alumbrando”, “parteando” “operando”, “instrumentando”, “canalizando a la paciente”, “poniendo sondas”, “recibiendo a pacientes”, “dando información a los familiares”; por ende, en el caso de los MIP y los residentes de primer año (R1) y de segundo año (R2), no hay guardia en la que se duerma más de una hora. En el caso del personal de enfermería su organización en los horarios les permite hacer la excepción y descansar al menos tres horas.

Para las y los médicos adscritos (en este trabajo me refiero a las y los médicos adscritos, como las y los médicos trabajadores del hospital, adscritos a un área, y vistos como jefes por parte de los estudiantes y el demás personal del hospital) la situación es distinta ya que ellos y ellas, después de haber atendido a algunas pacientes en el área de valoración, en la Toco o en quirófano, pueden dormir y podrán ser molestados si y solo si se trata de una urgencia que los residentes no puedan resolver con alguna paciente.

La Toco para los internos es el espacio *per se* de aprendizaje de toda la rotación de ginecología (aunque pasan solo un mes o menos de un mes en esta área) porque de acuerdo a las entrevistas y a los registros de trabajo de campo es aquí donde se practica, donde se aprende más, donde, desde cero, se aprende a “tactear” a las pacientes, a “partear”, a hacer diagnósticos, a realizar “episiotomías y episorrafias”, a saber utilizar y leer el ultrasonido, el partograma, el electrocardiograma, a ver cómo se manejan las hemorragias obstétricas y las eclampsias y pre-clampsias, a poner sondas, a memorizar

---

<sup>12</sup> Este concepto es de uso coloquial entre el personal de salud del área. Se refiere al acto de introducir la mayor parte de los dedos e incluso la mano en la vagina de la mujer, con el objetivo de dilatar manualmente el cuello de la matriz y acelerar así el trabajo de parto.

maniobras para acelerar el trabajo de parto, la dilatación y la expulsión del bebé, a instrumentar en el quirófanoy a manejar el lenguaje médico del área. Por ejemplo, a la oxitocina, le dicen oxi o “la morena”<sup>13</sup>, para la afluencia de pacientes o el servicio lleno, ocupan la palabra “distociado”<sup>14</sup>, a las enfermeras les aprenden a decir “jefas”, o a conocer el nombre o apodo de los médicos adscritos y jefes más importantes de ginecología.

También los internos aprenden a reconocer otro tipo de formas de “ayudar” a la paciente con su dilatación, por ejemplo, durante una guardia en este servicio el MIP Andrés, junto al MIP Silvano y el MIP Martín, me cuentan que una vez un médico adscrito puso a una paciente unas vendas que pudiera jalar estando en la camilla para que eso la ayudara a hacer fuerza y presión para dilatar más rápido y que entonces el adscrito dio como tarea al MIP Martín jalar junto a la mujer las vendas. Esa técnica, fue entonces llamada por los internos como “la martiniana”, en honor al MIP Martín que ayudó a la paciente a jalar las vendas y dilatar.

De igual forma es aquí donde el pase de visita se realiza entre preguntas y respuestas frente a una paciente, se ve al médico adscrito en contacto con ella, se aprende a hablar con o de ellas de “mamita, gorda, pacientita, señito” y se escuchan otras frases en la sala de expulsión como “puje, abajo, manténgalo, haga como si se hiciera popó, abra las piernas, ya sé que le duele señora, pero es su bebé, ayúdenos, apóyenos, ayude a su bebé, no grite, guarde esa fuerza para pujar”<sup>15</sup>, es aquí también donde los residentes aprenden o no de los adscritos a saber cómo se trata a un estudiante, en este caso, sus estudiantes serán los internos que tengan a su cargo.

Los residentes aprenden cómo enseñar, cómo castigar o cómo no hacerlo, cómo reprender o cómo utilizar otros métodos pedagógicos. Aprenden también la utilidad de enseñar al interno a su cargo porque así les reduce el trabajo, como ellos reducen el trabajo de los adscritos; porque el interno cuando es “bueno” --es decir, hábil y rápido para aprender y para la atención-- puede funcionar como un residente de primer año (R1) y realizar sus mismas tareas. Sin embargo, a nivel de rango e independientemente de las funciones que ejerza en la práctica, al MIP no se le reconocerá nunca el rango de un R1. Solo se le permitirá ejercer en la carga de trabajo y en las responsabilidades de atención a la usuaria.

Durante mi trabajo de campo, tuve la oportunidad de hacer el registro de guardias enteras (ingresando a las 7:00 pm al hospital y saliendo hasta el otro día a las 7: 00 am) en las que fungí como ayudante de los MIP, haciendo papeleo, acompañándolos por muestras al laboratorio, tomando registros,

---

<sup>13</sup> Este concepto hace referencia al pene y al acto de la penetración. Así me fue explicado por varios MIP, tanto hombres como mujeres.

<sup>14</sup> En medicina, el término distocia se emplea cuando el parto o expulsión procede de manera anormal o difícil. Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta o por anomalías que afectan el canal blando del parto, extraído de <https://es.thefreedictionary.com/distocia>

<sup>15</sup> Extraído del diario de campo, durante el registro de un parto en el área de labor 30.08.2018.

pasando medicamentos y hasta fungiendo de acompañante con las mujeres que estaban a punto de parir. Entré junto con una nueva rotación de MIP, los cuales se enfrentaban al igual que yo a muchas experiencias nuevas del contexto. Por ejemplo, recuerdo que en las primeras semanas, mientras yo acompañaba a una mujer parturienta y observaba al mismo tiempo el trabajo de los MIP en el área, un adscrito se acercó y comenzó a revisar a la paciente, después de unos minutos, el médico me dejó sola, relegándome como tarea seguir acompañando a la paciente durante el proceso de dilatación, la mujer sujetó fuertemente mi mano y con gritos de dolor me decía que estaba sufriendo mucho, que ya no aguantaba. Yo veía el dolor en su rostro, lo sentía como si pasara por mí y en el inter trataba de tranquilizarla, pero en un momento de catarsis y confusión corrí al baño y me tumbé al retrete a vomitar, estaba desconcertada porque nunca antes había vivido o sentido algo parecido, después de esa guardia comencé a entender no solo con mis ideas, sino con mi cuerpo en qué forma esas experiencias atraviesan a los MIP en su formación como médicos en ese contexto.

También me volví consciente de mis privilegios, ya que yo tuve oportunidad de irme y vomitar, o simplemente salir, mientras que para los MIP el estar era una obligación y el hecho de vomitar un acto reprobable para su ideal de médico, que tiene que enfrentarse a todo, sin tener la oportunidad de flaquear o, menos aún, desistir.

Muchas otras cosas registré de esos pasillos y del área en general. Por ejemplo, cuando yo ya me sentía cansada, los MIP me compartían información sobre los lugares donde podía descansar sin que nadie se diera cuenta, así fue como en muchas guardias cuando ya no podía más, dormía en el salón de clases del tercer piso, en la que se llama coloquialmente la “Mípera”(un pequeño consultorio adaptado para dormitorio de MIP), en las camillas vacías de puerperio, hasta en butacas, mientras los MIP seguían trabajando y los bebés seguían naciendo.

A través de mi registro de la Toco, puedo decir que el sonido característico durante todas las horas es el de la máquina de escribir tecleando, la cual puede estar siendo utilizada por el MIP o el residente. Las máquinas de escribir pueden ser utilizadas y recargadas por estos estudiantes en cualquier lugar donde pueda escribirse, un banco, una cama, una mesa de mayo<sup>16</sup>, el pasillo, las camillas de las pacientes, la sala de expulsión, en las piernas o cualquier lugar que les permita escribir y terminar de redactar los ingresos, los machotes para las historias clínicas, rellenar los partogramas (los cuales cuando hay muchas usuarias, son rellenados por los estudiantes con datos no verídicos, sino con datos que ellos inventan), y llevar el conteo de los focos fetales.

Otro sonido característico de la Toco en las guardias nocturnas es el de las mujeres gritando de dolor y el de las bocinas del residente en guardia, que lleva música de su elección y la pone a todo volumen

---

<sup>16</sup> La mesa de mayo, a veces llamada mesa quirúrgica o mesa de cirugía es una mesa auxiliar que se encuentra dentro de la sala de operaciones.

en todos lados, la sala de expulsión, el pasillo o el lugar donde están las camillas de las mujeres que están en trabajo de parto. Poder llevar tu bocina y poner música, es un privilegio que solo los residentes tienen en este piso y en estas áreas. La selección de las canciones es personal, la música que suena es “reggetón”, “rock”, “banda”, “cumbias” y/o “salsas”; toda canción que te ayude a mantenerte despierto y a mitigar el estrés de los gritos de la mujer en trabajo de parto o en expulsión.

Para poder llegar a la Toco es posible tomar el elevador, o subir caminando las escaleras que llegan hasta el cuarto piso. En la entrada de la Toco, se encuentra una pequeña sala de estar, rodeada por unos muebles de madera que son casilleros para el personal, a sus costados se encuentran sillones acojinados y unos grandes ventanales por donde se puede ver a las afueras del hospital. En esta sala de estar es característico ver a los adscritos de la mañana estar sentados, platicando sobre las pacientes graves o delicadas, bromeando sobre cualquier cosa, contando anécdotas, celebrando cumpleaños o llamando a los residentes o internos para que sean reprendidos frente a todos.

En las noches cuando otra guardia llega se ve, en esta parte de la entrada, a los residentes cenar comida rápida que han pedido de fuera, como tacos o hamburguesas (los cuales han sido mandados a traer por un interno porque esa también es una de sus funciones), ya que ellos pocas veces o casi nunca acuden al comedor- a cenar- porque “eso es para los internos”. En la cena podemos verlos apurados comiendo, acompañados de una coca-cola y un café, bromeando por un rato, hablando sobre los casos de las usuarias e invitando a cenar a uno que otro interno de su guardia, incentivándolo, para después poder seguir trabajando hasta la mañana siguiente y acabar con todo el papeleo, o "vaciar la Toco" y estar listos para el pase de visita de los adscritos, justo a las 7:00 am de la mañana.

Unos metros delante de la entrada se encuentra un espacio con camas llamado “puerperio fisiológico inmediato” que es donde las mujeres que han tenido un parto vaginal pasan sus primeras horas después de haber parido, para entonces ser preparadas y finalmente, bajadas al primer piso. En este espacio hay seis camillas separadas por unas cortinas que pueden o no deslizarse. Este espacio también es conocido como “puerperio gatológico” ya que es aquí donde el MIP debe realizar tareas catalogadas para “gatos”, como ir por pendientes a laboratorio, ser mandado por la cena, la comida o a la tienda.

En este espacio hay solamente un MIP que se dedica a hacer el papeleo de los ingresos y las indicaciones para enfermería. En este espacio las enfermeras apoyan a las pacientes para que puedan amamantar a sus recién nacidos, les hacen las curaciones necesarias de las episiotomías y los cuidados para evitar cualquier hemorragia o padecimiento. El contacto entre enfermería y el interno en este espacio es crucial, ya que frente al pequeño estante donde los internos hacen las notas, está el espacio de enfermería, un cuarto donde duermen o descansan las enfermeras, sus escritorios y pequeños estantes donde guardan el material que se utiliza en esa área y en la Toco.

Unos pasos adelante, en una banca se puede ver al interno teclear en su máquina de escribir, hay un pizarrón, un garrafón de agua, una cafetera, en esa banca se puede notar a los residentes sentarse por un rato después de un parto o de una cesárea o de haber realizado un tacto, se les ve contemplar la Toco, respirar un poco y volver a entrar de nuevo. También en este espacio realizan los famosos censos, que serán material para revisión de los adscritos y del personal de trabajo social sobre las pacientes que fueron atendidas durante la guardia.

Frente a esta banca hay unas cortinas donde, a ciertas horas del día y la noche, se encuentran los familiares de las mujeres que están en la Toco, ya que para poder ser atendidas en el consultorio de “la valora” piden cierto material, como pasta de dientes, papel de baño, cobijas para el recién nacido, un bote de agua o medicamentos. La mayoría de las personas son maridos, madres y/o suegras, quienes cuando ven salir a algunas estudiantes aprovechan para interceptarlas y preguntarles “disculpe es que quiero saber si van a dar informes sobre mi paciente ¿usted sabe cómo está?” Estas personas pueden pasar horas aquí, hasta que una encargada del personal de enfermería o trabajo social sale a recibir y a dar informes. La gente está recargada en las paredes, ya que no hay sillas para la espera.

Para poder entrar a la Toco existen dos puertas: la primera es la que está cerca de puerperio fisiológico y la entrada oficial está cerca del elevador y las escaleras, las dos son un espacio restringido. La entrada oficial de la Toco tiene un pequeño camino donde hay camillas a los lados, las cuales te llevan a los vestidores en donde debes cambiarte para portar el uniforme quirúrgico. Los vestidores están divididos, para hombres y para mujeres, son compartimientos muy pequeños en donde caben pocas personas, tienen tres divisiones, la primera es la regadera, la segunda es el baño y la tercera el vestidor; en este lugar hay uniformes blancos colgados, batas, filipinas y una banca divisoria que lleva al quirófano. Hay estantes con mochilas, uniformes y otras pertenencias. Aquí la gente se tiene que aprender a vestir y desvestirse rápido porque siempre hay gente esperando para cambiarse. Las enfermeras y las estudiantes se desvisten frente a las demás. Los vestidores son un espacio importante durante las guardias nocturnas porque es ahí donde se acomodan para dormir, aunque sea unos minutos, internos o algunos residentes. Todo espacio es aprovechado para descansar, en el baño donde está la regadera los internos tiran mantas del hospital y se duermen ahí y en el vestidor también pasa lo mismo.

La vestimenta oficial del uniforme quirúrgico es la filipina, los zapatos blancos, el cubre-bocas y el gorro con todo el cabello recogido dentro de él. Algunos de los residentes manifiestan alguna permisividad sobre su uniforme, como llevar tenis en vez de zapatos o no recogerse tanto el cabello; sin embargo, he notado que solo los adscritos pueden pasar al pase de visita sin uniforme quirúrgico, sin recogerse el cabello, nadie dice nada porque ellos sí lo tienen permitido.

Es muy clara la diferencia entre lo que pueden y no hacer los adscritos porque básicamente ellos tienen permitido todo, porque ellos son quienes ponen las reglas y hacen respetarlas. Es visible el adscrito



en la Toco porque en las guardias de la noche, la mayor parte de las veces las pasa en el quirófano, operando con los residentes o revisando alguna mujer grave que ha llegado de ingreso. Después de cierta hora, el adscrito se va a descansar a los sillones de la entrada o baja a dormir al cuarto que tienen asignados los MIP y los residentes en el piso de abajo, que es el piso de puerperio fisiológico, ahí no podrá ser molestado, ya que ha dejado todo el trabajo encargado a los residentes, los residentes a los internos, los internos a los pre-MIP, en una cadena jerárquica que funciona como una máquina, cada quién haciendo y actuando de acuerdo a su rango.

En el servicio de la Toco, se encontrarán de responsables de servicio a dos internos, un adscrito, y tres residentes.

En la primera entrada llegan “los ingresos”, es decir las mujeres usuarias que han sido subidas de valoración. Ellas son subidas en sillas de rueda por una enfermera o un enfermero y, a veces, cuando la señora se encuentra ya en expulsivo<sup>17</sup>, la sube directamente el MIP que estuvo en valoración, el cual sube con ella para sacarle sangre y llevar las muestras al laboratorio. En esta entrada la enfermera o enfermero gritan en la puerta “¿quién me va a recibir a mi paciente? ¡Internos, jefa de toco, residente!” Entonces alguien de ellos se aproxima, la enfermera recibe a la paciente; si hay, le da una cama, la canaliza y el interno comienza a hacer su ingreso y su historia clínica.

La mujer debe llegar con bata, sin ningún objeto personal ni ropa interior, si tienen pintadas las uñas, éstas deben ser despintadas afuera del área de valoración (la "Valora"), antes de ser subidas a la Toco. Las mujeres suben en camillas cuando están graves o son de traslado y en silla de ruedas cuando están en condición normal para ingresar.

En la Toco hay siete camas censables, las cuales están divididas por cortinas que pueden o no ser deslizadas; en cada espacio de las camas hay un gancho donde se ponen los sueros con los que son canalizadas las mujeres, hay una entrada de luz pegada a la pared para conectar los electrocardiogramas y un tubo donde se pasa oxígeno a la usuaria que lo necesite, en cada cama hay un bolsa colgada con los objetos personales que le han llevado los familiares para cuando nazca su bebé o mientras está en la atención del parto. Debajo de los colchones están los expedientes de cada usuaria.

Cuando las usuarias ingresan son "preparadas" (es decir, con un suero y una vena permeable para que él o la médica pueda comenzar a atenderle) por la enfermera o el enfermero, después son revisadas por el/la residente a cargo, la cual se pone un guante, le hace el tacto a la usuaria y revisa su expediente, posteriormente le dice al interno que cheque los focos fetales del bebé y le haga el partograma. Cuando la paciente ha llegado con una dilatación que no avanza, hacen lo que llaman la “inducción del parto”,

---

<sup>17</sup> El expulsivo o también llamado periodo de pujar, termina con el nacimiento del bebé, que sale por el canal de parto gracias a contracciones involuntarias uterinas.

aplicando oxitocina, “tacteando” a la usuaria durante las contracciones para que, según su práctica, dilate más rápido, les ponen una sonda para liberar la vejiga, así transcurre un tiempo hasta que la dilatación está “completa”<sup>18</sup> y la pasan a la sala de expulsión. Es muy frecuente ver a las usuarias quejarse de dolor, incluso gritar y ser llamadas el personal de enfermería, los mismos médicos dicen “ya sé que duele, pero es su bebé, señora”.

Los tactos los realizan a cada momento (aproximadamente cada 20 minutos), cada médico que llega y ve a la paciente, un interno o el adscrito en el pase de visita nocturno 8:00 pm, entonces no hay un médico pendiente de una usuaria solamente, todos checan a todas y todos saben de todas. Uno de los momentos en donde hay una relación cercana entre un MIP y la usuaria es cuando se hacen las notas, las historias clínicas y cuando ocurre el momento del parto, el cual, cuando hay muchas pacientes, será atendido por un MIP y vigilado por el residente.

Otra función que realizan los MIP en la Toco es asesorar a estudiantes de tercer o cuarto año, que son llevados por el adscrito Carlos, ginecólogo y maestro de la Facultad de Medicina de la UABJO. Otros estudiantes que deben hacer rotaciones en el servicio de ginecología del Hospital son los llamados pre-MIP, que son alumnos de quinto año de la carrera que de acuerdo a la malla curricular deben empezar a introducirse en la vida hospitalaria del internado, estos estudiantes permanecen la mayor parte del tiempo viendo, observando, tomando focos fetales, pasando gasas y también son clasificados, en este caso por los internos, de quiénes son o no son, buenos en las guardias. Los internos son en la escala jerárquica sus jefes, entonces les muestran cómo funciona el servicio, cómo se hacen las notas, a dónde se deben ir a traer las muestras de laboratorio, dónde se compra la cena y a hacer los “machotes” de las notas de postparto o a rellenar las partogramas. El servicio de los Pre-MIP en este año (2018) ha iniciado en septiembre, están en todas las áreas del hospital y pueden reconocerse por las tareas que realizan, sus edades y por sus zapatos y uniforme no desgastados.

Siguiendo con la descripción del espacio, frente a las camas de la Toco se encuentra el área de Toco-pediatría, donde hay un interno, un residente de pediatría y una adscrita y la o el enfermero

---

<sup>18</sup> Es decir, cuando la dilatación del cuello uterino, llega a 10 cm.

correspondiente. En este cuarto están los recién nacidos en la incubadora unos cuantos minutos después de haber nacido. Desde este cuarto también se puede escuchar música que ponen para no dormir durante las guardias.

A un lado de este cuarto está la sala de expulsión en donde hay dos camillas para atender partos y una incubadora, hay lámparas móviles de quirófano pegadas al techo, hay bancos metálicos para quien atenderá el parto, está el material de uso: gases, soluciones medicamentos y un aparato con el que miden la frecuencia cardiaca de la madre. Las camillas están forradas con pañales desechables, están un poco desgastadas de los bordes. Hay basureros de metal móviles. Y hay una enfermera especial para el área de expulsivo.

Cuando se pasa al área de parto, el camillero es llamado por quien esté ahí “joven camillero”: el camillero entra y pasa a la paciente de la cama, a la camilla de expulsión. Todos se preparan, el médico o médica se pone una bata distinta, pone unos campos (telas médicas esterilizadas) a la mujer en las piernas y en el vientre, acomoda su pañal, y se pone guantes, alguien le ata la bata de atrás y prepara, en la mesa de mayo, el instrumental que ocupará. Entonces se pone en posición, si es un residente, el MIP ayuda a instrumentar, si es un MIP el residente que lo supervisa le dice cómo hacer las cosas, cuando nota que hay alguna falla en el MIP lo quita y se sienta él o ella en el banco o le ayuda desde arriba a bajar al bebé completamente o a suturar la episiotomía.

Otras funciones de los residentes en la Toco son entrar a instrumentar o realizar cesáreas o pasar a la sala de expulsión a atender abortos, cuando se trata de un producto mayor a 20 semanas de gestación. En estos casos, las mujeres son atendidas y realizan el mismo trabajo de parto que una mujer con un recién nacido vivo. La pasan a la sala de expulsión a parir; sin embargo, este parto suele ser más tardado y doloroso para la madre porque el bebé ya no realiza los movimientos para salir, el trabajo lo tiene que hacer la madre que además está consciente que su bebé no va a nacer vivo, con apoyo del médico o médica que la atiende en ese momento. La Toco está “protegida” por dos rosarios que han colgado en la entrada y una imagen de la virgen de Guadalupe que está pegada en la pared de dentro.

Al salir de la Toco hay un pasillo que da directo a una de las puertas donde se encuentran las camas de las mujeres que han sido atendidas por cesárea y que deben bajar después de unos minutos al puerperio fisiológico (piso 3). La entrada al quirófano es por los vestidores, donde se realiza el ritual de la asepsis, cuando los médicos se ponen las botas desechables y se lavan las manos y las desinfectan para entrar; es característico que también en la puerta del quirófano haya una hoja de un gato dibujado al revés, para proteger de la afluencia de pacientes. Este gato puede ser dibujado por una enfermera, un o una médica o un estudiante y la figura cambia de vez en cuando. Es usual para quien está de guardia no saber quién lo hizo. Aun si el personal desconoce su origen, reconoce como existentes estas creencias

populares que podría ser definidas como “supersticiosas”<sup>19</sup>. El gato de la suerte puede ser pegado también en la puerta de entrada al consultorio de valoración.

### Imagen 1. Gato de la suerte



Foto propia extraída de trabajo de campo.

### El tercer piso o puerperio quirúrgico

El tercer piso, mejor conocido como “las playas del puerperio quirúrgico” (llamado así por los estudiantes porque es el lugar donde las mujeres pueden descansar y vivir el puerperio después de la intervención médica) es el piso donde las pacientes que han sido operadas de cesárea, intervenciones ginecológicas y abortos en evolución menor a 20 semanas de gestación, aquí son atendidas, tratadas y/o puestas en observación durante las horas posteriores a la intervención quirúrgica.

Durante el día se encuentran en servicio un equipo de enfermeras, un médico adscrito, dos residentes rotativos y dos médicos internos de pre-grado; sin embargo, durante las guardias únicamente se encuentra el personal de enfermería nocturno y un médico interno de pregrado, él o la residente bajará solo en un caso necesario, como la atención de un AMEU o la revisión del sangrado de alguna paciente.

Este piso es conocido como uno de los más pesados para los MIP, pero no por la atención que se brinda a las pacientes, sino por la cantidad de papeleo y notas que deben hacer antes de que la paciente

---

<sup>19</sup> Muchos otros ejemplos sobre estas creencias se presentan sobre las áreas del Hospital. En el diario de campo registré, por ejemplo, la existencia de camillas adornadas con juguetes y dulces que llevan los médicos adscritos; y enfermeras/ros, en tributo a “los duendes” del área, cómo un amuleto de prevención que evita que “los duendes” jueguen en las noches y madrugadas con las soluciones de los pacientes; o cambien los tarjetones de sus nombres puestos en la camilla

sea dada de alta; sin embargo, a algunos MIP les gusta porque como suelen quedarse encargados, son sus propios jefes y “puede hacer y deshacer” en el piso. En este piso, los MIP hacen las notas de indicaciones para las pacientes con “machotes” de las notas y agregan algunas modificaciones dadas por el adscrito o el residente de acuerdo con el estado de salud de la paciente. Las enfermeras se encargan de la mayor parte del cuidado de las usuarias en esta etapa de puerperio.

### Imagen 2. Lágrimas de MIP<sup>20</sup>

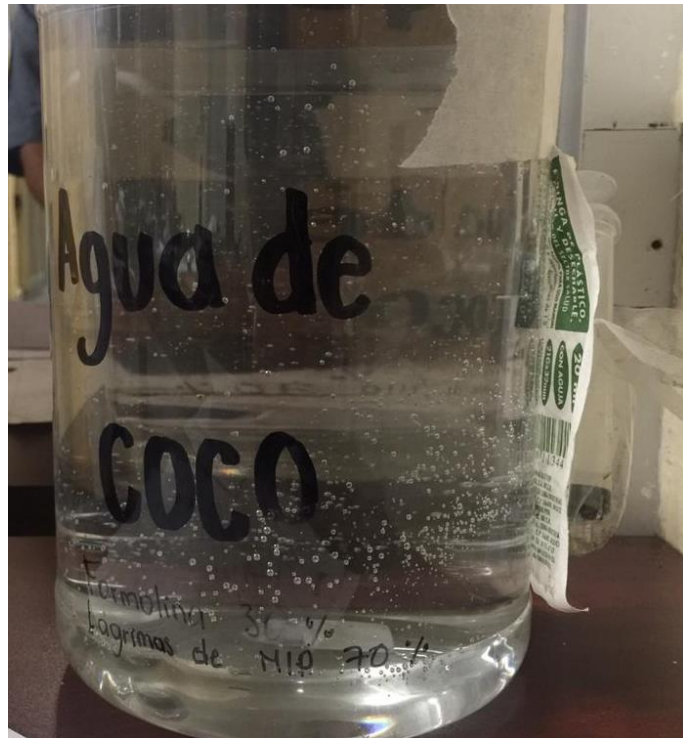


Foto propia extraída de trabajo de campo.

De acuerdo con los MIP, es en este piso en donde se ponen a prueba sus talentos de secretariado, pues quien escriba más rápido en la máquina será el que más temprano termine y deje desahogado el servicio para los compañeros que vienen. Como es el área con más papeleo que realizar por parte de los MIP, las mesas donde ellos trabajan siempre están desordenadas, el desorden, junto al sonido de teclas de máquina de escribir y por supuesto, las canciones de la bocina personal del MIP, que lo o la acompañarán en toda la guardia, hacen de este piso un espacio muy característico.

Aunque las maquinas son adquisiciones personales--es decir, el hospital no las provee--con el tiempo se han ido quedando algunas de residentes o internos previos. Aunque viejas y casi obsoletas,

---

<sup>20</sup> Bote de formol para guardar muestras en tercer piso, al que alguien del servicio le ha puesto de nombre “agua de coco, formolina 30%, lágrimas de mip 70%” como una forma de hacer mofa o, tal vez, de reconocer, el sufrimiento de tanto trabajo de los MIP en el servicio de ginecología.

cuando se necesitan, todas las máquinas funcionales están ocupadas, los MIP las hacen funcionar para sacar el trabajo, por ejemplo, la máquina que está en frente (Imagen 3) sin carcasa, ni algunas teclas, pero con una tinta útil para seguir escribiendo. En este hospital, a todo el material se le saca provecho, se le explota al máximo porque cada material puede servir para sacar el trabajo.

**Imagen 3. Máquinas de escribir del “puerperio quirúrgico, o tercer piso”**



Foto propia extraída de trabajo de campo.

**Imagen 4. Máquinas de escribir del “puerperio quirúrgico, o tercer piso”**



Foto propia extraída de trabajo de campo.

Algo que no puede faltar en este piso es el café y la coca-cola porque aquí hay que mantenerse despierto, esto te asegura salir temprano para el siguiente día, el trabajo está asignado a un solo interno el cual no podrá dormir, ya que tiene que checar las indicaciones y cambiarlas cada cierta hora para que cuando llegue el pase de visita de la mañana, todo esté en orden y no haya pendientes.

Aquí también se encuentran ubicados otros espacios como la "Mípera", donde raramente se les ve descansando; frente a la Mípera se encuentra un espacio similar, pero especialmente para médicos

residentes. También se encuentra justo a un lado del elevador otro consultorio adaptado como salón de clases, donde tanto los MIP como los residentes del área de ginecología, reciben clases, talleres y hacen pequeñas reuniones.

### **Primer piso y consultorio de valoración obstétrica**

El consultorio de valoración obstétrica se encuentra en el primer piso del Hospital Civil, justo a un lado del área de urgencias. En este consultorio se hacen la valoración y el diagnóstico de las mujeres embarazadas que llegan con trabajo de parto o con un sangrado antes de la fecha de su parto o con otros padecimientos, como la alteración de la presión o dolores anormales, entre otros. Este es el primer filtro para el comienzo de la atención obstétrica o ginecológica, donde las mujeres pueden ser recibidas y subidas al piso de tococirugía o en su defecto ser llamadas para una revisión posterior, cuando no cumplen con el diagnóstico necesario para poder ser ingresadas, por ejemplo, cuando presentan menos de cinco centímetros de dilatación.

En este consultorio deben permanecer un adscrito o un residente de tercer o cuarto año, el MIP y la enfermera o enfermero, para el diagnóstico y la revisión de las mujeres. Por el tipo de atención que brinda este consultorio, permanece las 24 hrs. en servicio y nunca se queda solo. En las madrugadas cuando “en la Valora no hay nada”, el adscrito y el MIP tienen oportunidad de dormir y para ello pueden utilizar desde la camilla de la revisión, hasta una colchoneta improvisada que tienen en el piso.

El consultorio de “la Valora” es de aproximadamente 4x4 mts., en donde se encuentra una camilla de revisión con una cortina movable, a un lado un estante con las soluciones, sueros y campos a utilizar, al lado derecho está un aparato electrónico de ultrasonido y justo a su izquierda un pequeño hundimiento en la pared con una cortina improvisada donde, por indicaciones de la enfermera o del MIP, la mujer pasa a desvestirse complemente y colocarse una bata para poder ser revisada y valorada por los doctores. Frente a ella está un escritorio con una computadora, donde el adscrito se sienta para dar la consulta, la cual puede durar entre cinco y 10 minutos máximo. A un lado de la computadora está un estante con un lavamanos y unos cajones donde el personal de lavandería coloca las batas recién lavadas para las pacientes.

En la Valora, al igual que en todas las áreas del área de gineco-ostetricia, los turnos cambian tres veces de personal, en la mañana justo a las 7:00 am inicia un nuevo turno de personal, a las 3:00 pm otro, y a las 8:00 pm inicia una guardia que termina hasta las 7:00 am del otro día.

Cuando una mujer llega a la revisión, habitualmente el adscrito o residente comienza a hacer la nota en la computadora, no mira a la paciente, ni le pregunta su nombre, mientras el MIP pasa a la usuaria

para que ésta se quite la ropa y se ponga una bata para poder ser revisada. El médico o médica se dirige entonces a la paciente haciéndole unas preguntas, de las cuales las indispensables son: ¿Por qué llega a la revisión? ¿Tiene dolor? ¿Cuántas semanas tiene? ¿Ha sangrado? ¿Se mueve su bebé? ¿Cuál es la fecha de su última regla? ¿Cuáles son los últimos estudios que le han sacado? ¿Tiene sus papeles del Seguro Popular? Después o durante este primer interrogatorio, el adscrito le pide a la mujer que se desvista y suba posteriormente a la camilla. Cuando la mujer ya se encuentra en la camilla, el personal le indica que se coloque con las piernas abiertas y puestas sobre la cama para poder ser revisada, entonces él o la médica toma un guante y lubricaina para hacer el taco, diciendo “un poco de dolor, la voy a revisar”, la revisión consiste en un tacto vaginal, y posteriormente un ultrasonido endovaginal. La función del MIP en este consultorio es sacar muestras de sangre a la mujer embarazada (si ésta ingresa), tomar la presión, rellenar papeles para el ingreso y subir a la paciente con la enfermera al cuarto piso para narrar el diagnóstico que le han dado.

El consultorio de valoración está lleno de creencias y prácticas que se desarrollan como defensa hacia la afluencia excesiva de pacientes, por ejemplo el gato o la creencia de hay personal que se caracteriza por estar “salado” o por ser los que “distocian”<sup>21</sup> el servicio; es decir, que lo hacen caótico y difícil o que sus ingresos se caracterizan por llenar a la Toco de puras mujeres con padecimientos graves, como placenta previa, preclamsia, eclampsia, embarazos de riesgo, taquicardias, entre otras, que irrumpen en la “normalidad” del servicio.

Otra forma que se tiene para nombrar cuando hay afluencia de usuarias en este servicio, deriva de fenómenos climáticos. Por ejemplo, se ha construido el imaginario de que después de la lluvia, las pacientes comenzarán a llegar en montones, a esto le llaman “el efecto chicatana”, en la Toco se puede escuchar entre los estudiantes cuando comienzan a llegar las pacientes una a una “es que es el efecto chicatana”. De igual forma caracterizan los meses y los esperan, por ejemplo, octubre se caracteriza por ser el mes donde nacen los bebés que se concibieron el 14 de febrero, en agosto y septiembre nacerán los bebés que fueron producto del frío de enero y de diciembre. De igual forma los MIP reconocen que cuando hay luna llena, habrá mucha afluencia de embarazadas.

En este consultorio siempre debe permanecer un adscrito o un residente de tercer o cuarto año, acompañado de un médico interno. Mientras el adscrito o residente se dedica a revisar, explorar y hace las notas para ingreso o para la espera, el o la MIP toma datos y saca muestras de sangre de la paciente.

Es frecuente escuchar que en esta área es estrategia del encargado, ya sea residente o adscrito, hacer diagnósticos para “batear” a las pacientes y mandarlas a su casa unas horas hasta que esté lista para el ingreso ya que, de acuerdo con la forma en la que funciona el hospital, las pacientes que ingresan deben

---

<sup>21</sup> La definición oficial es parto lento, laborioso y difícil, no obstante, en el área de ginecología se utiliza como un sinónimo de servicio lleno y lento.



cumplir con requisitos muy rigurosos de acuerdo los propios criterios de quienes están ahí. Lo anterior es debido a la alta afluencia y la sobresaturación del hospital, por lo que no se puede subir a la que no es urgencia, porque si no, se llena de forma innecesaria el piso de la Toco y luego no hay donde, ni como atender a las usuarias. Algo que he notado, es que en la Toco se evalúa la capacidad de diagnóstico del adscrito o residente que está en el consultorio de valoración, ya que es ahí donde se dan cuenta “si la paciente era candidata para ingresar o no”. Entonces en la Toco se dan expresiones como, por ejemplo, de “¿hoy a quien le toca la valora? “y si le toca por ejemplo a la Dra. Arriaga, se corren los rumores entre los MIP de que ella manda a la Toco “cosas que no son urgencia” y que con sus diagnósticos llena innecesariamente a la Toco. También se habla de los doctores que son buenos para “batear” a las pacientes y cuando están ellos, no hay muchos ingresos.

En mi estancia aquí he notado que hay un enfermero que está frecuentemente de guardia en el consultorio de la valora y que las enfermeras de la Toco le reconocen como el enfermero que, con su presencia, atrae muchas pacientes delicadas y muchos ingresos. Entonces cuando se le ve llegando a la Toco para entregar paciente, entre ellos bromean; a una enfermera la escuché decir: “no... ¿ya vienes tú? Yo hoy quería descansar, por lo menos un rato...”, y se ríen entre ellos.

Durante las guardias los encargados de este consultorio suelen dormir en el piso con colchonetas improvisadas, en bancos o en las mismas camillas donde se revisan a la paciente y si alguien toca la puerta ya sea por la noche o la madrugada, el personal debe pararse de inmediato a realizar la valoración de la paciente.

## **CONCLUSIONES**

Como detallé en la primera parte de este capítulo, el Hospital Civil Aurelio Valdivieso de Oaxaca, tiene antecedentes históricos que datan del siglo XIX y aunque muchas de sus características estructurales y de atención se han modificado, mantiene una cierta continuidad en cuanto a la atención mayoritaria a ciertos sectores sociales que, en el campo de la obstetricia, son mujeres usuarias de clase baja y media-baja en su gran mayoría.

A lo largo de tiempo, este nosocomio se ha posicionado como el hospital resolutivo de la ciudad, además de ser el hospital-escuela más grande del Estado. Año tras año este hospital recibe a estudiantes de enfermería, trabajo social, psicología, y en especial a médicos residentes y médicos internos los cuales deben ser única y exclusivamente egresados de la Facultad de Medicina de la UABJO, lo cual nos habla de la estrecha relación que mantiene este hospital con la universidad pública del Estado.

Aunque el hospital, cuenta con varias especialidades de atención, del 100% de los usuarios que acuden, el 70% son usuarias para la atención obstétrica, lo que lo convierte en un espacio de por sí de atención a usuarias mujeres y a gineco-obstetricia como el área más demandada del hospital.

En la descripción detallada de los servicios de gineco-obstetricia, como mi espacio específico de estudio, se vislumbran las tareas que los MIP cumplen en cada área y cómo cada una de éstas demarca y representa un momento específico dentro de su proceso de enseñanza-aprendizaje durante sus tres meses de rotación en estas áreas.

El espacio hospitalario del área de gineco-obstetricia funciona como un “campo médico” (Castro, 2015) que genera un cierto tipo de ideología - correspondiente no sólo al MMH (Menéndez, 1992)-sino a un contexto muy particular propio de este hospital-escuela en el que suceden y se reproducen de forma específica por parte de los médicos internos de pregrado (MIP) rituales, ritos de paso, códigos, mensajes, lenguaje, vestimenta y se establecen relaciones jerárquicas y de poder adecuadas al contexto y a un proceso de formación muy peculiar. Esto, aunado al volumen de atención, las condiciones materiales y estructurales del Hospital generan una especie de "caldo de cultivo" que hace de la formación de los MIP un proceso único en su tipo, intersectado por formas particulares de adquisición del conocimiento y trato gineco-obstétrico a las mujeres usuarias. El siguiente capítulo se adentra hacia estos procesos de enseñanza-aprendizaje muy particulares y esas relaciones sociales que son muy propias del Hospital Civil.

## SEGUNDO CAPÍTULO

### “EL ESCLAVO, EL SACA PENDIENTES, LA MANO DE OBRA BARATA”

El capítulo dos consta de dos apartados en donde describo en primera instancia la historia del médico interno de pregrado y su programa de enseñanza en México. Posteriormente explico las particularidades del contexto hospitalario del Hospital Dr. Aurelio Valdivieso y algunas implicaciones directas de este contexto--como el alto volumen de atención y la organización del trabajo--en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP.

En un siguiente apartado muestro quiénes son los MIP, cuáles son sus características generales (edad, procedencia, sexo etc.), cuál es la labor que realizan en la rotación y cómo se insertan en el contexto del Hospital Civil, asumiendo que la recompensa será la enseñanza. También doy cuenta de cómo en el inter de este proceso movilizan su agencia y generan técnicas y estrategias de sobrevivencia colectivas e individuales frente al contexto.

Seguidamente rescato impresiones sobre cómo se ven a sí mismos jugando el papel de MIP en el área, cómo se asumen y experimentan como MIP mujeres en la división de género de la enseñanza y de qué manera confrontan esto en su propio proceso.

Finalmente, los sitúo dentro de una brecha generacional de aprendizaje, donde los MIP actuales se vuelven representantes de la que llaman la “nueva escuela”.

### ¿CÓMO INICIA EN MÉXICO EL INTERNADO Y QUIÉNES SON EN LA ACTUALIDAD LOS MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO DEL HOSPITAL CIVIL?

Desde su nacimiento, la formación médica se ha forjado, conformado y constituido acompañando el padecer de los pacientes. Dentro de ese camino, el recorrido histórico del reconocimiento oficial y de la instauración obligatoria de la práctica del estudiante de medicina en instituciones hospitalarias y de salud, tiene poco más de cien años. Tapia, Núñez, Salas y Rodríguez (2007), al abordar los aspectos históricos de este periodo de la formación médica, argumentan que la reglamentación de la enseñanza en hospitales, inicia en Europa y EUA a finales del siglo XIX.

Por su parte, México lo adopta también en ese mismo periodo. Podemos rescatar sus primeros inicios a partir de 1897 cuando, en el Diario Oficial de la Federación<sup>22</sup>, se reconoce la necesidad de contar con los alumnos de medicina para concurrir y apoyar a los hospitales; sin embargo, no se pone en ejercicio

---

<sup>22</sup> El Diario Oficial de la Federación es el órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, que tiene la función de publicar en el territorio nacional: leyes, reglamentos, acuerdos, circulares, órdenes y demás actos expedidos por los poderes de la Federación, a fin de que éstos sean observados y aplicados debidamente en sus respectivos ámbitos de competencia. Extraído de <https://dof.gob.mx/historia.php>

hasta entrar en el siglo XX (1901), cuando en voz del reconocido positivista Justo Sierra se manifiesta por primera vez la necesidad de reglamentar la práctica hospitalaria que realizaban los alumnos al finalizar su carrera.

Finalmente y después de un largo proceso, “en el año de 1934 se estableció que la práctica en hospitales debería realizarse de forma obligatoria, durante un año, en jornadas de 10 horas diarias, ofreciendo a los estudiantes la oportunidad de elegir la adscripción a los servicios que convenían a sus intereses” (Tapia, Núñez, Salas y Rodríguez, 2007:2). Aunque actualmente, ochenta y cinco años después de su establecimiento obligatorio, muchas cosas han cambiado, la insistencia sobre la necesidad de la práctica médica como un requisito indispensable para la formación e incluso como un ritual de pasaje para convertirse en médico, sigue siendo ineludible.

La Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003<sup>23</sup> marca los criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para el internado de pregrado de la licenciatura en medicina y define el internado de pregrado como “el ciclo académico teórico-práctico que se desarrolla en campos clínicos y forma parte del plan de estudios de la licenciatura en medicina” (2018:5) y al interno como aquel “estudiante inscrito en una institución de educación superior, que cumple con los requisitos académicos, administrativos y jurídicos para realizar el internado de pregrado” (Ídem).

Además, incluye las funciones, tareas, responsabilidades y derechos de un estudiante interno en una institución de salud. Se establece por ejemplo que, durante la realización de ciclos clínicos e internado de pregrado, los estudiantes e internos deben estar invariablemente bajo supervisión y asesoría del personal de la institución de salud. Se dicta además que los estudiantes e internos deben realizar las actividades contenidas en los programas académico y operativo, sin sustituir en sus funciones al personal de la institución de salud, además que el promedio anual de horas-semana no podrá exceder las 80 horas de servicio.

La norma NOM-234-SSA1-2003 establece adicionalmente que, en días hábiles inician a la hora que termina el turno matutino y concluyen a la hora establecida para iniciar el turno matutino siguiente; los sábados, domingos y días festivos el turno debe ser por un máximo de veinticuatro horas, iniciando y concluyendo actividades según se especifique en la normativa de la institución de salud. Los internos deben participar en la integración del expediente clínico bajo la supervisión del personal médico de la sede o subsede, entre otras especificaciones. Sin embargo, queda claro que, no obstante, las restricciones de horarios y días laborales, los periodos de los ciclos clínicos y las especialidades de estos dependen de la normativa de la institución donde se realiza el internado.

## **SOBRE MI TRABAJO DE CAMPO CON MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO (MIP) EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL. UN RETO ETNOGRÁFICO Y DE EXTRAÑAMIENTO.**

Comenzaré este apartado haciendo un pequeño análisis sobre la lógica etnográfica y antropológica con la cual me introduje al trabajo de campo en el Hospital Civil y explicando cómo ese camino me llevó a entender la importancia de conocer las trayectorias personales de dieciocho médicos y médicas internas, de los que posteriormente hago una descripción detallada.

De acuerdo con Geertz para un/a antropólogo/a, la investigación etnográfica es un proceso difícil y sinuoso, que consiste en “lanzarnos a una desalentadora aventura cuyo éxito sólo se vislumbra a lo lejos” (1981:27), pues el campo al cual entramos por vez primera simula a una selva desconocida, donde nacemos de nuevo, como sujetos esperando a aprenderlo todo. En este intento se pueden tomar varios caminos, como tratar por ejemplo de convertirnos en nativos o imitarlos, de lo cual como menciona Geertz “solo encontrarían sentido los románticos o los espías” (Idem).

Es por eso por lo que un/a antropólogo/a no debe olvidar que no se vuelve nativo, ni tiene sentido intentar serlo, aunque se inmiscuya de manera total con los sujetos y en el campo. Nuestra tarea es conversar con los sujetos y tratar de comprenderles y entender su contexto y su cultura, asumiendo que nos posicionamos desde nuestras propias creencias, ideologías y valores, pero realizando siempre un proceso de ruptura epistémica con esos valores y creencias a través de la reflexividad (véase Bordieu y Waquant, 1995). Desde ahí construiremos esa otra realidad, para entonces cumplir con el mayor cometido de la “antropología que consiste en ampliar el universo del discurso humano y descubrir el orden natural de la conducta humana” (Idem) de forma inteligible y, en palabras del mismo Geertz, “densa”.

Para mí, el ingreso al hospital fue así, como introducirme a una selva sinuosa, a una comunidad distante, una institución en donde aprendí todo de nuevo y conocí muchas cosas por primera vez. Ante esta realidad humana me posicioné de forma crítica y política haciendo del trabajo etnográfico una herramienta de vislumbración que me permitió ver y registrar cada paso, como uno nuevo. Intenté describir como a una comunidad "otra", verles como una comunidad "otra". Aunque parecía muy cercana a mí, la estrategia de mi extrañamiento me llevaron a verla con cierta distancia impuesta en mi mirada y detallar en el diario de campo; las vestimentas, su lenguaje, sus símbolos, su alimentación, rituales y ritos de paso, los conflictos, y finalmente sus narraciones, sus resistencias, la estructura social y sus sistemas de poder y jerarquía. Hacer etnografía en este hospital, fue convertirme en antropóloga otra vez.

En el ejercicio de mi propia ruptura epistémica, cambié mi idea preconcebida sobre los y las médicas y empecé a mirarles de nuevo, guiada por la premisa geertziana, de que “nada es más necesario para comprender lo que es la interpretación antropológica y hasta qué punto es interpretación sin afirmar

que nuestras formulaciones sobre sistemas simbólicos de otros pueblos deben orientarse en función del actor” (Idem). Lo anterior significa que si mi intención era conocer la estructura social del hospital y su influencia en el actuar de los y las médicas, debía tratar de comprenderlos, describirlos y conocerles bien, para reconocer también su voz y agencia y entonces ya no sólo hablar del hospital como esa institución totalizante<sup>24</sup> (Goffman, 1981:13) y/o disciplinaria<sup>25</sup> (Foucault, 2014), sino, en voz de Giddens (1995), sino como un espacio en continua construcción, constituyente de acción y respuesta, en el que a manera de boomerang se reconfiguran y dinamizan las relaciones sociales que ahí se establecen día con día. El individuo y los individuos sociales interferidos, cruzados o constituidos por una subjetividad, aparecen entonces como sujetos que recrean espacios o momentos de agencia<sup>26</sup> (Giddens:1995), tanto individual como colectiva, donde aprenden a negociar interna y externamente con la norma, con sus compañeros y con la institución.

De esta manera, si bien la institución es una estructura organizativa, con ciertas características profundamente autoritarias, de control ideológico, práctico y normalizante, los sujetos (con distintas características mutables e inmutables como son sus posiciones, orígenes y clase sociales, el género, la etnicidad, su residencia y su generación, entre otras, todas ellas categorías que se construyen relacionamente) se apropian, reconfiguran y la construyen a la par de sus relaciones sociales. En ese sentido, la estructura y el sujeto se entienden a partir de su correspondencia y en la forma dialéctica de su relación.

Es por la importancia del sujeto constituyente de una subjetividad en la estructura, que proponemos comenzar nuestro análisis con la descripción del contexto hospitalario en el que se desenvuelven como estudiantes. Seguidamente presentamos tablas y gráficos mostrando características generales de los MIP, para posteriormente abordar de manera detallada las particulares de los 18 MIP con los que trabajé de manera más cercana, intentando describir “conjuntos de modos de percepción, afecto, pensamiento, deseo, miedo, etc., que animan a los sujetos que actúan. Pero también a las formaciones sociales y culturales que dan forma, organizan y provocan esos modos de afecto, pensamiento, etc. examinando formaciones culturales y los estados internos de los sujetos que actúan”

---

<sup>24</sup> “Las instituciones totales son un lugar de residencia y de trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comportan en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1981:13). Goffman añadió además que las *instituciones totales* son espacios construidos bajo tendencias absorbentes y totalizadoras, donde “todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar, están estrictamente programadas, se imponen desde arriba y responden bajo la misma autoridad única” (1981:19).

<sup>25</sup> Foucault (2014) argumenta que las instituciones disciplinarias definen una distribución específica de los individuos en el espacio, esta distribución está mediada por un cierre, tanto material como simbólico, donde cada individuo estará asignado a un lugar y una ubicación específica, ya que cada ubicación tiene una función dentro de la estructura (2014:192).

<sup>26</sup> “La agencia se refiere no a las intenciones que la gente tiene en hacer cosas, sino a su capacidad de hacer esas cosas en primer lugar (no por eso la agencia implica poder). Agencia se refiere a los eventos de los cuales el individuo es un autor, en el sentido de que un individuo, podría en cualquier fase de una secuencia dada de conducta, haber actuado de manera diferente” (Giddens, 1995:9).

(Ortner, 2005:37). Asumo, a partir de Ortner, que subjetividad implica “una conciencia específicamente cultural e histórica” que siendo “base de la "agencia", es:

“una parte necesaria para comprender cómo las personas (tratan de) actuar sobre el mundo, incluso cuando se las actúa. La agencia no es una voluntad natural o originaria; toma forma como deseos e intenciones específicos dentro de una matriz de subjetividad - de sentimientos, pensamientos y significados (culturalmente constituidos)” (2005: 41).

## **EL HOSPITAL CIVIL COMO ENTORNO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y TRABAJO DE LOS MÉDICOS INTERNOS DE PREGRADO**

En el Hospital Civil Dr. Aurelio Valdivieso, los MIP permanecen durante doce meses continuos en servicio, rotando por tres meses en cada una de las áreas de ginecología, pediatría, medicina interna, y cirugía. Cada una de estas áreas está dividida por servicios. Por ejemplo, ginecología se divide en tococirugía, consultorio de valoración, puerperio quirúrgico, puerperio fisiológico y consulta externa en donde los MIP cambian y rotan de forma aleatoria cada día. Los horarios de cada una de las guardias dependen del área en la que los estudiantes se encuentren.

Desde el volumen de atención y demanda, el área de ginecología es la más solicitada del hospital, lo cual deviene en horarios particularmente extenuantes para sus estudiantes. Un médico o médica interno entra diariamente a las 7:00 en punto de la mañana al hospital y aunque las 7:00 am es la entrada oficial, los minutos de tolerancia dependen de cada una de las áreas donde se trabaja. En general, ginecología es conocida por mantener horarios muy estrictos, lo que significa que si por alguna razón algún interno o interna llegase a las 7:05 am, puede ser objeto de castigo o sanción por el encargado, sin derecho a reclamos o justificaciones.

El día en las áreas del hospital se divide en pre-guardia, guardia y post-guardia, las cuales tienen distintas horas de salida y de entrada. Para un o una médica interna de ginecología, el día de servicio comienza a las 7:00 am, para los que se han quedado de guardia la noche y madrugada anterior, termina su post-guardia oficialmente a las 2:00pm. Para los que se quedaron de guardia, aunque llegan a checar a las 7:00 am, cumplen sus horas en servicio, hasta que a las 2:00 pm comienza su guardia en algún piso de la rotación, los que se quedan de pre-guardia cumplen de igual manera sus horas de servicio en el piso donde les tocará guardia al siguiente día y salen a las 7:00 u 8:00 pm. para regresar al siguiente día y entonces hacer su día de guardia. Sin embargo, en esta área en específico, a comparación de otras rotaciones del hospital, la hora de salida, tanto de la post-guardia, como de la pre-guardia y la guardia, dependen de la demanda de atención. Lo anterior hace, por ejemplo, que internos que se han quedado de pos-guardia (es decir que pasaron en servicio toda la noche en el hospital) aunque su hora de salida sea a las dos de la tarde pueden salir hasta las 6:00 pm u 8:00 pm de la noche, para regresar al mismo servicio al otro día a las 7:00 am de la mañana.

Las guardias en el internado son cada tercer día y aunque muchos a sus salidas tempranas del hospital suelen ir a sus casas a dormir o dormir leyendo para no desaprovechar el “tiempo libre”, toman como momentos de verdadero descanso aquellos días en los que salen a la hora oficial de la guardia, de la post-guardia, o de la pre-guardia.

Los horarios del comedor también son estrictos, solo hay tres momentos en el día en los que se sirven comida al personal y a los estudiantes, el almuerzo de 10 a 11 am, la comida de 2 a 3 pm y la cena, de 10 a 11 pm. Un estudiante interno del área de ginecología tiene permitido ir al comedor dependiendo del trabajo eficiente que haya realizado durante el servicio, de la cantidad de demanda que haya en el área y de la voluntad del su adscrito o residente encargado de los MIP.

Como ya se mencionó, los médicos internos del “Dr. Aurelio Valdivieso” tienen una relación académica e histórica especial con la Facultad de Medicina y Cirugía de la UABJO y es por esta razón que este hospital, solo recibe a internos provenientes de esta universidad. El proceso de un estudiante de medicina para convertirse en interno del Hospital Civil depende de dos cosas, primeramente, del número de plazas que oferte el hospital (que regularmente son 70) y, posteriormente, del promedio del estudiante, que debe ser mayor a 8.0.

### **Datos generales sobre los Médicos internos de pregrado de la rotación de ginecología del Hospital**

Durante mi trabajo de trabajo de campo, logré interactuar con tres rotaciones de estudiantes internos en el área de ginecología, es decir con un aproximado de 44 internos, de los cuales recopilé información básica que me permiten tener una idea más precisa acerca de quiénes son en su conjunto. Un primer punto tiene que ver con la edad, donde resulta que del 100% de los MIP, el 80% oscila entre los 23 y 24 años (Tabla 9).

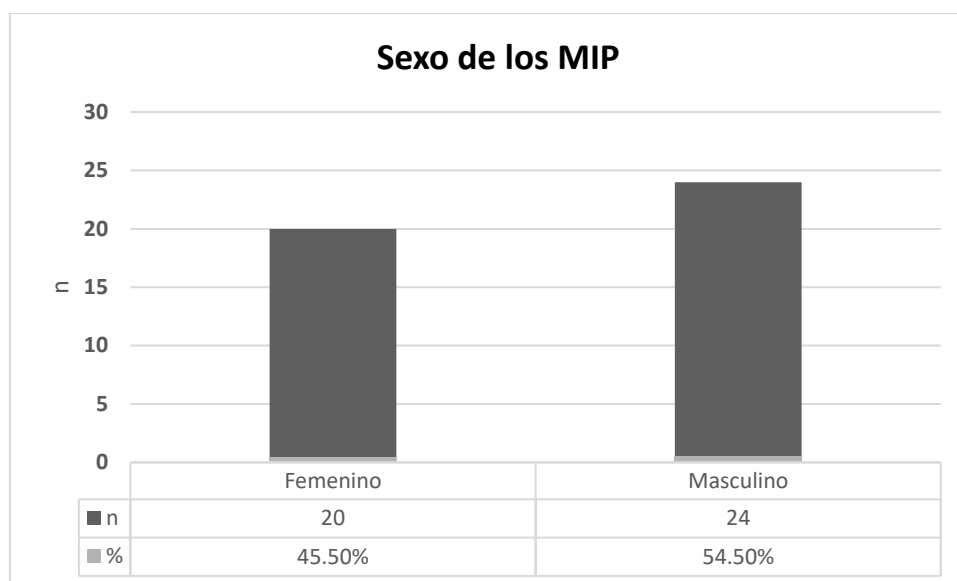
**Tabla 9. Edad de los MIP**

<b>Edad de MIP</b>	<b>Número</b>
22 años	2
23 años	18
24 años	19
25 años	2
26 años	1
41 años	1

Fuente: Elaboración propia, con datos extraídos de instrumentos etnográficos.



**Gráfica 2. Sexo de los MIP**



Fuente: Elaboración propia, con datos extraídos de instrumentos etnográficos.

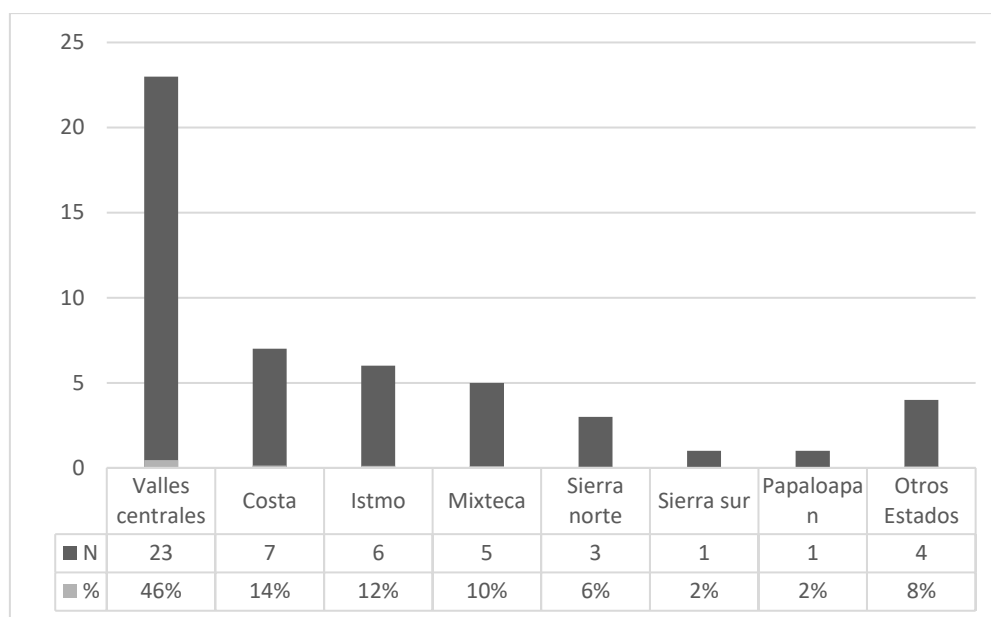
**Tabla 10. Lugar de residencia de los MIP**

Lugar de residencia de los MIP	Número
Cuilapam de Guerrero	1
Juchitan	1
Ocotlán de Morelos	1
Villa Putla de Guerrero	1
San Andres Huaxtepec	1
San Jacinto Amilpas	1
Tlanichico	1
San Pablo Huixtepec	1
San Sebastian Tutla	1
Santa Maria Atzompa	1
Santa Maria el Tule	1
Santiago Matatlán	1
Tlalixtac de Cabrera	1
Tehuantepec	2
Tlacolula de Matamoros	2
Huajuapan de León	5
Oaxaca de Juárez	22

Fuente: Elaboración propia, con datos extraídos de instrumentos etnográficos.

El 22% de los internos proviene de municipios o ciudades foráneas a la ciudad de Oaxaca, cómo son Huajuapan de León, Tehuantepec, Juchitan, San Andres Huaxtepec entre otras. El 77% proviene de la ciudad de Oaxaca o municipios aledaños (Tabla10). Sobre el lugar de procedencia de los padres (n=50), encontré que del 100% de los internos, el 46% tienen padres y madres que son originarios de Valles Centrales, mientras el otro 54% es originario mayoritariamente de otras regiones del Estado, como el Istmo de Tehuantepec, la Sierra Norte y la Costa (Pochutla) entre otros (Gráfica 4).

**Gráfica 3. Lugar de procedencia de padre o tutores, desagregado por regiones del Estado**



Fuente: Elaboración propia, con datos extraídos de instrumentos etnográficos.

Sobre la ocupación de los padres y madres o tutores, observamos los siguientes datos en las tablas 11 y 12.

**Tabla 11. Ocupación del Padre**

Ocupación del Padre	Número
Comerciante	13
Médico	5
Maestro	3
Contador	3
Ingeniero	3
Campesino	3
Obrero	1
Administrativo	1
Abogado	1
Chofer	1
Panadero	1

Fuente: Elaboración propia, con datos extraídos de instrumentos etnográficos.

**Tabla 12. Ocupación de la Madre**

Ocupación de la Madre	Número
Ama de casa	10
Comerciante	5
Médica	4
Maestra	2
Contadora	2
Empleada	2
Telefonista	1

Enfermera	1
Guardia de seguridad	1
Campesina	1
Abogada	1

Fuente: Elaboración propia, con datos extraídos de instrumentos etnográficos.

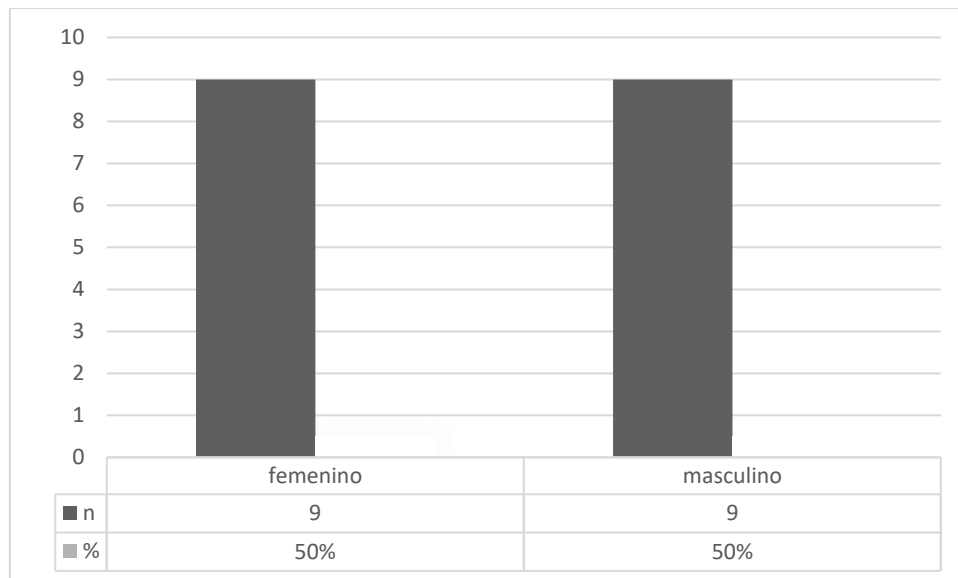
Además de las encuestas, y la información general de los 44 MIP, realicé 18 entrevistas a profundidad. Estas entrevistas me permitieron generar un material etnográfico a mayor profundidad. Estos 18 MIP presentan las siguientes edades:

**Tabla 13. Edad de los MIP entrevistados**

Edad de MIP	Número
22 años	1
23 años	10
24 años	4
26 años	2
41 años	1

Fuente: Elaboración propia, con datos extraídos de instrumentos etnográficos.

**Gráfica 4. Sexo de MIP**



Fuente: Elaboración propia, con datos extraídos de instrumentos etnográficos.

**Tabla 14. Lugar de residencia de los MIP**

Lugar de residencia de los MIP	Número
Oaxaca de Juárez	10
Sierra Sur	1
Costa	2
Mixteca	4
Istmo	1

Fuente: Elaboración propia, con datos extraídos de instrumentos etnográficos.

**Tabla 15. Ocupación del Padre y Madre**

MIP	Ocupación del Padre y Madre	
	Padre	Madre
1	Comerciante	Comerciante
2	Abogado	Ama de casa
3	Administrador	Administrador
4	Obrero	Ama de casa
5	Campesino	Campesina
6	Ingeniero	Contadora
7	-	Comerciante
8	-	Secretaria
9	-	Contadora
10	Campesino	Comerciante
11	Abogado	Contadora
12	Profesor	Profesora
13	Médico	Ama de casa
14	Comerciante	Comerciante
15	Comerciante	Comerciante
16	Comerciante	Ama de casa
17	Profesor	Profesora
18	Chofer	Ama de casa

Fuente: Elaboración propia, con datos extraídos de instrumentos etnográficos.

### La labor de los MIP en el área de ginecología

Sobre el tiempo máximo que han permanecido dentro del hospital, el 55% de los MIP entrevistados declaró haber permanecido entre 36 y 48 hrs. e incluso 72 hrs. continuas trabajando de guardia, debido a castigos y/o a mucha carga de trabajo en su área, lo cual contrasta con el proyecto de norma NOM-234-SSA1-2003 donde se establece que “el promedio anual de horas semana no podrá exceder las 80 horas de servicio” (2003:5).

Los internos e internas que fueron encuestados en sus últimos días en el área de ginecología declararon haber atendido un mínimo de 35 y un máximo de 100 partos durante su rotación, lo cual corresponde a tres meses de servicio. En comparación con internos del IMSS o del ISSSTE estos datos

reflejan una diferencia muy marcada, con los internos del Hospital Civil habiendo atendido muchos más partos que los MIP de otras instituciones públicas.

Todas estas particularidades del Hospital Civil, como los tiempos, horarios, el número de pacientes que pueden llegar a atender, el volumen, etc., y la forma en la que contrastan con lo estipulado por la norma NOM-234-SSA1-2003 deben ser entendidas en el sentido que Van der Geest y Finkler (2004) argumentan: de que los aspectos funcionales y organizativos de los hospitales dependen del contexto en el que se desarrollan.

En el caso del Valdivieso, hablamos de un área donde “la atención obstétrica es particularmente relevante en este hospital, ya que más de 80% de la atención que se otorga es obstétrica, con aproximadamente 9 500 intervenciones obstétricas al año, de las cuales alrededor de 8 000 son partos” (Sesia et al, 2014:243), lo que significa que sus horarios, tareas y por supuesto su labor de atención y enseñanza como hospital-escuela están mediados y totalmente adaptados al contexto en el que se desarrollan.

### **Los médicos internos de pregrado durante mi trabajo de campo y su inserción en el área de ginecología del hospital**

Cuando una médica o médico interno ingresa al Hospital “Dr. Aurelio Valdivieso” y a la rotación de ginecología por primera vez, asume tres cosas importantes. La primera, que se trata de un contexto hospitalario de escasos recursos materiales y humanos con un alto volumen de atención, que lleva a considerar otras de las particularidades del área y del hospital, como son el trabajo extenuante y demandante de los MIP aunado al poco tiempo para estudiar, dormir, descansar y comer.

La segunda idea es que se trata de un contexto marcado por relaciones jerárquicas y de poder con el personal médico del hospital, donde los MIP permanecen en el eslabón más bajo, lo cual implica también la presencia de prácticas de castigo, hostigamiento y acoso; ante los cuales los MIP frecuentemente experimentan sentimientos de miedo, frustración, estrés y/o ansiedad.

La tercera idea con la que ingresa un MIP es que si bien este contexto de escasez, trabajo extenuante y maltrato promovido por las relaciones jerárquicas y de poder parece ser inevitable en su rol como MIP; los conocimientos prácticos y teóricos que obtendrán como médicos y médicas, producto de la enseñanza de sus mentores y del propio contexto; el margen de acción para realizar práctica médica y la experiencia y el aprendizaje son también un hecho inevitableson el mayor incentivo para decidir ingresar. Este punto lo retomaré más adelante en los siguientes capítulos.

Tere una MIP de la última rotación con la que trabajé, me narra cuáles fueron algunas de sus impresiones del área y del Hospital al iniciar el internado. Tere es una chica de 23 años, de tez morena,

cabello castaño y ojos grandes. Ella es originaria de la población afromexicana de la Palma, ubicada en la Costa de Oaxaca; la primera vez que emigró de su población fue para estudiar la universidad, ya que su preparatoria y secundaria las cursó en el municipio costeño de Río Grande, una pequeña población cercana a su población. Sus padres son campesinos; ella es la mayor de cuatro hijos y la única mujer; es la primera y única médica de su familia. Tere menciona que nunca supo que seguiría estudiando, aun si su sueño era estudiar psicología o educación. Cuando cursaba la preparatoria pudo ver un parto y eso la hizo decidirse por estudiar medicina y arriesgarse a seguir estudiando la carrera universitaria. Su primera y única opción fue la UABJO, por no tener recursos para estudiar en otra universidad.

Tere afirma que, desde el inicio de su formación en la Facultad de Medicina, el Hospital “Dr. Aurelio Valdivieso” le parecía como un reto de aprendizaje porque se decía de él que “había muchísimos pacientes, que la mayoría de ellos eran personas que realmente necesitaban un apoyo, que por la cantidad de pacientes, habían muchos interesantes, que el personal era muy poco para la cantidad de personas que se veían (...) también se decía que era muy pesado y que en la rotación de ginecología había muchas pacientes, no dormías, te daban ganas hasta de llorar por la cantidad de trabajo, además de que muchas veces no sabías qué hacer, cuando te mandaban a que realizaras algún procedimiento por primera vez”. Cuando le tocó hacer prácticas en el quinto año de la carrera, ingresó por primera vez al Hospital y se dio cuenta que muchas de las cosas que se decían sobre él y sobre la rotación de ginecología eran ciertas; sin embargo, también se dio cuenta que aunque todo eso implicaba sufrimiento y desgaste “terminabas aprendiendo y si estabas interesado, te enseñaban muchas cosas y te daban la oportunidad también de hacer muchas cosas”. Por esa razón eligió entrar a hacer su internado a este Hospital.

Después de seis meses de haber ingresado al hospital, aunque sus impresiones siguen siendo las mismas, Tere se da cuenta que para un interno insertarse en el trabajo hospitalario del área de ginecología, implica mucho más que las funciones de un estudiante o un médico, ya que “tienes que hacer de todo, no tienes una función específica porque la haces de chacho, de lava tape,<sup>27</sup> a veces hasta la tienes que hacer de títere, de payasita, no sé, es como que de todo y además de secretario, que creo que es una de las que más se hace”.

Alan, un médico interno de la primera rotación con la que trabajé, comenta que ingresar al hospital y al área de ginecología como interno para él fue asumir que “iba a ser una friega enorme porque hay un alto número de pacientes y el ritmo en el que se trabaja es muy acelerado, además que el tipo de trato que te dan por parte de los adscritos es malo, te regañan, que te castigan que te tratan mal, te ven como un objeto, como una cosa”. Alan fue el primer MIP al que entrevisté. En ese sentido fue mi “portero”<sup>28</sup> en

---

<sup>27</sup> Personal de limpieza de un hospital.

<sup>28</sup> De acuerdo con Amezcua “los porteros son aquellas personas que por su posición jerárquica tienen que autorizar el acceso al campo. Hay que convencerles de que no somos una amenaza ni dañaremos la organización” (2000:32)

trabajo de campo: me decía a quién y cómo hablarle en la rotación, cómo se llamaba cada piso y qué tareas se realizaban. Algunas veces lo acompañé en las guardias, en las cuales aprendí mucho. Él tiene 23 años, estatura mediana y tez morena clara. Es originario de Oaxaca de Juárez, pero, por el trabajo de su padre como profesor, convivió por mucho tiempo con comunidades indígenas. Es el primer médico en su familia y su interés mayor para estudiar esta carrera es realizar una labor social con personas de escasos recursos por lo cual quiere estudiar salud pública.

Él me platica que antes de entrar al hospital, durante un año realizó prácticas de fines de semana, donde aprendió de qué manera se organizaba el trabajo en el hospital, esto le ayudó a elegir dónde quería hacer su internado y le facilitó su labor al ingresar como estudiante. Alan se dio cuenta que un médico interno “vive una presión enorme, se enfrenta a mucho aprendizaje porque diario aprendemos algo, con diferentes doctores, con buenos o malos, malos no porque sean malos como personas, sino porque no tienen bien enfocada su enseñanza, regañan (...) hay doctores que llegan y a lo mejor si cometiste algún error (que es comprensible, porque tenemos poco tiempo de haber entrado), pero en vez de que te corrijan, simplemente te ponen un castigo, y no te dicen que es lo que hiciste mal, o ni siquiera te dan una pista para que tú te des cuenta que hiciste mal, sólo es algo represivo, nada recíproco”.

Por esta razón, Alan comenta que cuando se ingresa al hospital, se tiene que tener la mentalidad de que se va a aprender y que todos pueden enseñar algo porque se aprende de todo, cosas buenas y cosas malas: “aprendes de la enfermera, del camillero, de los médicos, de los compañeros internos, de los médicos adscritos, incluso de los pacientes, de los pacientes aprendes más, porque con ellos tienes la gran libertad y te permiten, observarlos, verlos, tocarlos, (...) de eso aprendes, de la práctica médica de como los vas a explorar, de revisarlos”.

Para él, ingresar al Hospital como interno, es asumir que el mayor aprendizaje “está en uno mismo, porque realmente, el hospital no tiene mucha enseñanza como otros piensan, lo que hay es aprendizaje y es más aprendizaje por rebosamiento y estudio propio, porque... son pocos los médicos que realmente tienen enfocada como su visión a enseñar, sino que te tratan sólo para sacar el trabajo, aprendes de todo lo que ves, del pase de visita diario, lo que haces, lo que no hacen, lo que hacen otros, los residentes, los adscritos y de lo que tú puedas leer”.

Otra de las MIP entrevistada es Kat, la cual explica que entrar al Hospital Civil fue comprender que se trata de un hospital donde “había muchísimo trabajo y que a veces no aprendías por lo que leías o por lo que estudiabas, o lo que te enseñara un médico adscrito, sino que realmente aprendías porque lo hacías tantas veces que se te quedaba por rebosamiento, y creo que sí, realmente si es así (...) El Civil, era también un hospital en donde realmente había muchísimos castigos, que a veces podías quedarte unas dos semanas castigado”.

Kat tiene 24 años, es originaria de la ciudad de Oaxaca, es de estatura media y tez morena. Para mí fue un poco difícil acercarme a ella como MIP en ginecología porque era reservada conmigo frente a sus compañeras/os. Sin embargo, con el pasar de las semanas, logré ganarme su confianza y llegué a compartir muchas guardias con ella.

Kat ha estado durante toda su formación en la ciudad de Oaxaca, tiene tres hermanos y es la única que se formó en el área médica, sus padres son administrativos de una preparatoria. Ella comenta que fue influencia de su propia experiencia como paciente lo que la hizo decidir ser médica, ya que pasaba mucho tiempo desde niña en hospitales para tratar sus padecimientos asmáticos. Es por esta razón que, durante su rotación, ella constantemente reflexionaba sobre cómo se sentían las propias pacientes, con la atención que recibían por ellos este hospital porque ella sabía de antemano, antes de ingresar como médica interna, que “por la demanda de las pacientes, a las mujeres usuarias no se les ponía la atención necesaria y la calidad del servicio no era la adecuada”.

Cuando la entrevisté, Kat había ya terminado su rotación en ginecología y pudo decirme abiertamente que odió la rotación, que le encantaba estar en el área de tococirugía y atender partos, tanto que atendió más de 40 partos en su rotación; sin embargo, se desilusionó cuando se enfrentó a el trabajo administrativo de las otras áreas, le molestaba mucho la cantidad de papeleo que tenían que realizar, porque eso no era "aprender medicina”.

Meli es otra interna de la segunda rotación con la que participé, comenta que imaginaba el internado y la rotación de ginecología como “demasiado cansada y muy deprimente”. Ella tiene 23 años, y el día que la entrevisté estaba cansada y de posguardia. A dos minutos de irse, se quedó otros minutos conmigo para platicar. Meli es de tez morena, de estatura baja y semblante serio; es originaria de la región del Istmo. Su madre es comerciante y su padre anestesiólogo. Durante su rotación en ginecología atendió más de 50 partos y se distinguía por hacer las notas de forma muy eficiente, de acuerdo con sus propias exploraciones a las usuarias. Cuando ingresó al hospital y al área de ginecología, estaba segura de que el contexto que vivir como interna sería pesado; sin embargo, la esperanza por el aprendizaje que obtendría la convenció para elegir este internado.

Ahora como ex interna de la rotación de ginecología, dice que fue un tanto distinto a como lo imaginaba antes de entrar, ya que ginecología se divide en muchas áreas y cuando le tocaba estar en puerperio fisiológico, por ejemplo, no sentía que en verdad estuviera aprendiendo cosas de médico y el trabajo del papeleo era extenuante y sin ninguna recompensa de aprendizaje por el trabajo hecho “en cambio en Toco, para mí sacar un bebé era recompensa o en valoración porque te enseñaban más cosas como teóricas y formas de atender a tu paciente en el centro de salud, así como 'cuando pase esto mándala luego al hospital' como tips”.



Kanet, otra MIP entrevistada, comenta que, al entrar al hospital y al área de ginecología, el interno debe asumir que, si bien “los maestros influyen mucho en la forma en la que uno ve la medicina o sus especialidades”, nadie te enseña cómo se trata a una paciente, ya que ese conocimiento es “personal” y debe pasar por un filtro, igualmente personal. Kanet aprendió desde la enseñanza durante la carrera y más cuando llegó al hospital, que “tanto puede existir el buen médico, como aquel o aquella que sea como Dr. House, el tipo es un culero y trata a sus pacientes igual pues, o sea si los cura y todo, pero él es así”.

Cuando conocí a Kanet, ella estaba sentada en el tercer piso, tecleando sin parar los dedos sobre la máquina de escribir. Hablamos de la guardia anterior que había tenido en ese piso y con un tono de voz agotado me dijo que había estado muy pesado ese turno. Ella tiene 22 años, es de estatura mediana, ojos grandes y tez morena. Kanet es originaria de la ciudad de Oaxaca, al igual que su madre, que, aunque es contadora siempre la impulsó para que estudiara medicina desde la primaria. Así fue como años después hizo el examen de admisión y pasó en la primera oportunidad. Ella cuenta que se acostumbró a estudiar para exámenes y que en la universidad se dio cuenta de que, si estudiabas, era por tu propia cuenta, ya que la carrera, los maestros y las materias eran muy irregulares. Comentó que también experimentó lo mismo en el internado, en donde ha reclamado abiertamente por muchas injusticias y favoritismos que observa con ciertas y ciertos compañeros familiares de adscritos en el área.

Para ella entrar al Hospital Civil como interna significó enfrentar un reto, como algo que probaba que tan buena o mala doctora sería. Sin embargo, justamente en la rotación de ginecología, aunque ha atendido alrededor de 30 partos solamente, considera que le fue bien sin complicaciones, aunque un poco estresada por las injusticias que como MIP deben vivir en el hospital y los castigos injustificados. Frente a la pregunta si ella se atendería su parto en el Hospital Civil, contesta tajantemente que no porque es en este hospital donde, con tal de sacar rápido a las pacientes, se les realizan malas prácticas; mismas que ella como mujer no aceptaría. Incluso comenta que como MIP no las realiza, aunque la regañen por no hacerlas, o sea vista como una mala médica.

Otra idea con la que ingresa un MIP al área de ginecología y al Hospital Civil, es que en el hospital existe la fama de que “se aprenden malas mañas” (es decir, aplicar malas técnicas para eficientar el trabajo, aunque la atención no sea la adecuada), porque el volumen de atención orilla a que, aunque un interno no sepa la forma correcta de realizar un procedimiento, lo termine haciendo porque no va a haber otra persona que lo haga más que él o ella y esto, al repetirse tantas veces por el alto volumen de atención, termina siendo un conocimiento y práctica que aunque mal hecho, lo es. Kanet comenta:

Por ejemplo, yo tenía muchos doctores que me decían 'no te vayas al Civil, vas a aprender muy malas mañas (...)' Por ejemplo un traumatólogo, me dijo 'No, váyanse al IMSS, nosotros tenemos mayor contacto con ustedes, en cambio allí te enseñan mal' y es cierto porque aquí ¿Quién te enseña aquí? el R1, y el R1 ¿Cómo aprende? Pues también lo mismo, porque le exigen hacer más. A ver como lo sacas, pero lo sacas pues.

## **TÉCNICAS, RESPUESTAS Y ESTRATEGIAS COLECTIVAS E INDIVIDUALES DE SOBREVIVENCIA COMO UN MÉDICO INTERNO EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL “DR. AURELIO VALDIVIESO”**

Como hemos podido ver en la primera parte de este texto, desde el inicio del internado en México, la formación hospitalaria del estudiante de medicina ha sido nodal en su proceso de enseñanza-aprendizaje. De igual manera, el papel que han desempeñado los MIP en instituciones hospitalarias, su inserción como estudiantes y practicantes y el servicio brindado por ellos, ha promovido a lo largo del tiempo la generación de conocimientos y aprendizajes sobre la etapa del internado.

Este conocimiento les ha llevado a generar técnicas y estrategias colectivas e individuales en el proceso para sobrellevar el trabajo, cumplir con su papel y sus tareas y en el inter satisfacer la premisa de aprender todo lo posible y de todos, en este anhelado contexto de atención.

En el caso del Hospital Dr. Aurelio Valdivieso, específicamente en el trabajo de los MIP en el área de ginecología, la generación de conocimiento y experiencia sobre técnicas y estrategias no ha sido distinta y ambas se han generado incluso para hacerle frente al hostigamiento y maltrato de sus superiores. Por esta razón, considero que el registro de estas técnicas y estrategias son una valiosa herramienta para comprender de qué manera lo MIP movilizan su reducido campo de acción y agencia en el contexto y cómo asumen y se insertan en su labor en un área donde el trabajo no solo es demandante, sino tiende a ser un tanto desorganizado y desordenado.

La estrategia per se de los MIP frente a este panorama es la organización de su propio trabajo, ya que, ante un contexto desorganizado, la organización del trabajo se convierte en una herramienta de supervivencia para ellos.

### **La guardia**

La forma más importante de organización de los MIP es la guardia, ya que se trata de un equipo establecido de trabajo, conformado por cinco MIP. Este equipo es hecho al azar por la jefa de MIP y cada equipo se hace responsable de una guardia cada tercer día. El equipo se reparte las áreas, en la Toco y quirófano se quedan dos MIP, en el puerperio quirúrgico uno, en puerperio fisiológico uno y en consultorio de valoración uno más. Durante el trabajo de campo pude registrar como en cada una de las áreas los MIP han generado estrategias para sobrellevar el trabajo, cumplir sus tareas, evitar la sanción o el castigo y por supuesto salir temprano para poder descansar. Los MIP están conscientes y tienen presente siempre que, si uno o una del equipo se atrasa, se atrasan todos. Es importante mencionar también que muchas de estas estrategias – no todas- son producto de un cúmulo de experiencias que van transmitiendo y heredando los MIP de rotaciones anteriores.

## **Consultorio de valoración**

El MIP en el consultorio de valoración cumple la tarea de acompañar a un adscrito en la revisión de las usuarias que ingresan al área, hace notas, sube a la paciente y saca muestras. Además, en su equipo de guardia, este MIP es el encargado de informar a sus compañeros de la Toco, sobre las usuarias que van subiendo al piso, sus diagnósticos o dilatación y que tan saturado o no está el servicio; esto, lo hace a través de un grupo de conversación de WhatsApp, en donde los MIP mantienen comunicación constante. Los MIP de la Toco se previenen y reparten entonces el trabajo que llega, avisan a sus R1 y los previenen de igual manera. La MIP del consultorio de valoración está encargada también de subir con los resultados de las muestras de laboratorio (ya que su área se encuentra muy cercana) y negociar o exigir al encargado también de laboratorio, los resultados de todo su equipo de guardia. Esto desahoga por mucho a los MIP que se encuentran en la Toco porque les evita bajar por los resultados y perder tiempo que ahorran llenando los expedientes clínicos. Otra tarea del MIP del consultorio de valoración es checar cuando se abre y cierra el comedor, para mandar el mensaje a sus compañeros/ras y que ellos/as puedan negociar con su encargado el permiso.

## **Puerperio quirúrgico**

En esta área, durante la guardia el MIP encargado sabe que su trabajo más laborioso y tardado será hacer notas de ingreso, evolución y egreso de todas las usuarias atendidas por cesárea, visitarlas y checar que no se complique el estado de salud de ellas y sus bebés durante la noche. Ante la cantidad de notas que tiene que realizar el MIP, una estrategia para aligerar su trabajo, es hacerlo con “machotes” que son modelos ya requisitados sobre posibles diagnósticos, donde los únicos espacios que dejan libres, es el de datos personales y complicaciones peligrosas de la usuaria. En una guardia, cada compañero/ra se del equipo se compromete a traer de tres a cinco “machotes”.

## **Puerperio fisiológico**

En esta área también se encuentra un MIP y aunque este tiene un trabajo similar al del área de puerperio quirúrgico, la carga de trabajo aquí es menor porque las usuarias que permanecen en esta área tuvieron a sus bebés por parto natural y presentan menos complicaciones que las de cesárea y también permanecen mucho menos tiempo. Esto le permite al MIP tener un poco más de tiempo, el cual es utilizado por los residentes de la guardia para que el MIP funcione como su mandadero, con la tarea principal de bajar por la cena a algún establecimiento cercano al hospital, ir por café o a algún menester que el residente le ordene. El MIP utiliza el tiempo también para apoyar a su equipo, por ejemplo, cuando lo mandan por la cena, él pregunta a sus compañeros/ras si también quieren pedir comida, algo para soportar la guardia, y así mantener el ritmo de trabajo sin hambre.

## **Tococirugía y quirófano**

Aquí, el trabajo es mayoritariamente práctico y no les permite a los MIP salir y apoyar de la misma forma a sus compañeros/ras de otras áreas; sin embargo, tienen y cumplen la tarea de prevenir a los MIP de ambos puerperios sobre cuántas usuarias “van para parto natural o para cesárea”. El apoyo de los MIP está más presente entre ellos/as dentro de la Toco. Se organizan para rotarse en el apoyo que dan en el quirófano y en labor y así cada uno se lleva experiencias de los dos trabajos, se dan oportunidad de descansar y de no hacer monótona la guardia estando en un solo lugar. Un apoyo de MIP a MIP en esta área, es dar espacios a sus compañeros para dormir cuando el trabajo del área lo permite. Estos espacios se rotan, mientras uno duerme (por unos minutos solamente), el otro se ocupa de los pendientes y viceversa.

Las anteriores son algunas de las estrategias en la organización colectiva de los MIP. Sin embargo, hay quienes no toman el trabajo en equipo como la única forma de organizarse o como una obligación y prefieren movilizar sus propias estrategias. Por ejemplo, generar relaciones de empatía con las “jefas” (enfermeras/ros) lo cual les da acceso al material que necesitan y les evita ir a solicitarlo a otra área. Esta estrategia es relevante porque abre el camino a una ventana de oportunidad para conocer muchas más estrategias que las mismas enfermeras/ros conocen. Otra estrategia es la presencia y la utilización del "mini-MIP". Se trata de un estudiante de medicina que está interesado en ingresar y conocer la vida hospitalaria en preparación para su internado. Él intercambia su trabajo para que uno de los MIP le deje estar ahí, esto se da en una total relación de confianza y amistad. El MIP le enseña y le muestra cómo, el mini-MIP le ayuda y desahogan el trabajo juntos.

Durante trabajo de campo, una de las maneras con las que logré acercarme a los MIP, fue brindar mi ayuda como mini-MIP. Diana fue una de las primeras internas con las que trabajé. Ella es la primera médica en su familia, tiene 23 años y es originaria de la Costa de Oaxaca. Es una chica delgada, de tez negra y ojos grandes; sus padres son de la misma región, su madre se dedica al hogar y su padre es comerciante. Diana dice que haber llegado al Hospital Civil ha sido como haberse convertido en esclava. Durante su rotación en ginecología, atendió más de cincuenta partos. Recuerdo muy bien verla siempre apurada en el área de tococirugía, corriendo de un lado a otro con las hojas de ingreso y su máquina de escribir.

Me hice compañera de Diana. Muchas veces durante las guardias en donde ella era responsable del piso de puerperio, bajaba a acompañarla y me quedaba toda la noche haciendo machotes, o apoyándola en otras tareas, para que ella pudiera salir temprano al otro día. Mientras estaba ahí, ella pagaba mi ayuda comprando comida para que cenáramos las dos; platicábamos mucho, de todo un poco, pero la plática favorita siempre fue sobre al acoso de los doctores y de los residentes a las MIP. Así pasaban las guardias, burlándonos de ellos y de sus formas de acercarse tan descaradamente. Recuerdo

que otra forma de ser recíproca ante mi ayuda, fue advertirme sobre las actitudes específicas de algunos doctores y también doctoras, e incluso de residentes, para que yo supiera cómo hablarles.

### ¿CÓMO SE VEN LOS MIP A SÍ MISMOS EN EL HOSPITAL?

El diagnóstico sobre el perfil<sup>29</sup> que aplicamos durante el trabajo de campo a los MIP, arrojó varios datos, por ejemplo, que cuando les preguntamos sobre qué significaba ser MIP en el Hospital Civil y en especial en el área de ginecología, muchos y muchas respondieron textualmente que un médico interno de pregrado es la esclava o el esclavo porque deben realizar mucho trabajo, durante muchas horas, sin descansar, ni protestar. También contestaron que es el "gato"<sup>30</sup> porque debe realizar las tareas o mandados que les ordene cualquier superior. Asimismo, contestaron que son "la mano de obra barata" del hospital porque son quienes realizan la mayoría del trabajo manual, y son los que reciben el menor pago económico (en comparación con los residentes y personal adscrito).

También mencionaron que son la unidad básica del hospital porque para cada tarea de cualquier área, se necesita un interno y si ellos faltan, esas tareas, aunque pequeñas, hacen que el gran engranaje deje de funcionar. Finalmente, contestaron que son "el/la saca-pendientes" porque realizan las tareas pendientes de algunos residentes y adscritos cuando éstos se los ordenan; son los que hacen todo, los que viven con miedo de ser castigados y los que tienen mucho trabajo y mucha responsabilidad con él/la paciente. Lo anterior refleja una realidad que se basa en un sistema de poder jerarquizado y profundamente desigual como "valores y creencias fundamentales de una cultura [que] se ponen de manifiesto" (Van der Geest y Finkler, 2004:1996) expresando, con este tipo de adjetivos calificativos, ideologías discriminatorias, prácticas humillantes y trato desigual.

Esta misma opinión sobre lo que significa ser un MIP en el hospital la comparten los médicos adscritos, ya que, dentro del rango de jerarquías dentro del área de ginecología, el médico interno es el eslabón más bajo de ella. En cuestión de carga de trabajo son los que realizan constantemente el papeleo de las usuarias, y proveen las atenciones primarias e incluso atienden los partos. Entonces se les suele percibir de la manera en que las siguientes palabras de un médico adscrito y gineco-obstetra del área nos revelan:

Dr. Raúl: Mientras en otros hospitales como el IMSS o el ISSSTE ante la falta de residentes, el interno funge como tu ayudante más próximo, aquí en el Civil no, aquí es

---

<sup>29</sup> Véase el instrumento en anexos.

<sup>30</sup> "Alrededor de la década del 90, surge el uso del insulto gato. Dentro del léxico tumbero, en las cárceles, se comienza a usar 'gato' para denominar a los que se encuentran en el escalafón más bajo del pabellón. El gato es el tipo que hace las tareas más básicas dentro de la unidad, como lavar los platos. Es el 'lavataper'. El gato es el que sirve a otros en el pabellón", dice Conde. Lo mismo dice Leandro Halperín, abogado experto en temas carcelarios, quien realizó docencia universitaria en cárceles: "Es un insulto. El 'gato' es el que trabaja para otro. Es despectivo. El que hace un trabajo a cambio de algo, un trabajo subordinado" (Parera, 2019:s.p.).

Extraído de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-40125525>.

diferente. Aquí el interno él es IBM (Ve y ve me tráeme esto, y lo otro); más sin embargo el interno es el que mueve el hospital, porque el interno es él que hace los ingresos, las notas de alta y las historias clínicas. Entonces realmente sí, es una columna vertebral esto de los internos, si ellos no estuvieran, los residentes y los adscritos no nos daríamos abasto, haciendo tanta documentación, no se podría. Tendría que haber 10 ginecólogos haciendo todo, altas arriba abajo, más sin embargo se queda uno, por ejemplo, el viernes pasado me quedé yo solo y a veces estamos dos nada más, valorando... No, los internos son importantísimos, hay quienes dicen que los internos son el eslabón más delgado y sí, pero en el sentido de mando, pero en el sentido de estructura es importante porque es el que hace todo, imagínate que hubiera una cesárea, un parto y un embarazo ectópico, y que no hubiera internos y nada más un residente o dos... No, nos damos abasto.

Por su parte las opiniones de los médicos residentes, sobre el papel de los médicos internos son parecidas, como se puede ver del comentario de un médico residente de cuarto año:

Dr. Adrián: “Nadie es indispensable, pero sí son necesarios. Indispensable en el aspecto de que atienden los partos, la papelería, el trabajo pesado ¿No? Las notas, las evoluciones, los laboratorios, los internos suben y bajan, van a traer comida. Entonces, eso es parte de sus funciones que deben hacer ellos pero a cambio lo que se les da es enseñanza, la enseñanza pues es teórica y es práctica”.

Un residente de primer año, como jefe inmediato<sup>31</sup> de internos, comentó:

Dr. Andrés: “Si el interno no está, el hospital se cae. Si este hospital se mueve es por los internos más que por los residentes. Es como una función de títeres (...) Los internos hacen lo que tú quieres, los adscritos te mueven a tí (a los residentes) y tú los mueves a ellos, entonces es una cuestión organizacional, que este tipo de esquema le resulta muy barato al sistema de salud (...) Cuando yo era interno nos pagaban 420 pesos, ahorita no sé cuánto les paguen, creo que 950”.

De igual forma un médico ginecólogo adscrito describe que "MIP significa médico interno precario porque saben poquito y ganan poquito." Como podemos ver, en contraste con lo que dicta la NOM-234-SSA1-2003, las tareas que cumple el o la médica interna de pregrado en el hospital, en el área de ginecología están más allá de lo pedagógicamente indicado. El proceso de enseñanza-aprendizaje para los MIP se da en medio de un ambiente jerárquico. El MIP es explotado, ya que trabaja demasiadas horas, además de ser obligado a realizar lo que se le indique por un superior y lo oficialmente dictado como tareas casi forzosas, ya que cómo apunta Fernández “entre más bajo el escalafón, más exigencia y peso de la jerarquía sobre” él y/o ella (2007:61).

Estas tareas van desde realizar el papeleo de ingreso de las usuarias, donde los internos se ven a sí mismos con el rol de “las y los secretarios del hospital”, la toma de muestra en el consultorio de valoración, la toma de signos vitales, el acompañamiento hasta el piso de tococirugía, la presentación de la paciente en esa área, las notas de ingreso, el interrogatorio de la historia clínica, el seguimiento, la toma de focos fetales, las indicaciones a la enfermera sobre los procedimientos de rutina a la usuaria (todas las

---

<sup>31</sup> Es decir, el médico o médica de un rango más alto de los internos en el escalafón, en este caso del R1.

veces asesorados por un residente o adscritos), el registro de la dilatación, el tacto, el parto, el alumbramiento o la instrumentación de la cesárea y la episiorrafia<sup>32</sup>.

Ya en el área de puerperio el interno y la interna se dedican a dar el acompañamiento de la paciente al puerperio inmediato, proporcionar las indicaciones a las enfermeras, llenar las notas de egreso, llevar las muestras de laboratorios, buscar al familiar para dar informes o indicaciones sobre la usuaria, entre otras muchas actividades que revelan como su proceso de enseñanza-aprendizaje, está compuesto por una serie de “rutinas, con todas sus anormalidades e irregularidades, así como las cotidianidades juntas... resultan[do] procedimientos incuestionables e inapelables” que se aprenden y aprehenden día a día cual útil y correcta “actitud médica” (Fernández, 2007:60).

Los MIP ocupan además el papel en el que ellos mismos se autonombran “gatos”: en el área de puerperio fisiológico (renombrado por ellos y ellas, como puerperio “gatológico”<sup>33</sup>) son los que están obligados a ir a traer a la tienda, o a cualquier establecimientos fuera del hospital a donde sean mandados por comida, refrescos, dulces, hasta elotes o esquites y otras particularidades como “favores personales” a adscritos, como son hacer recargas telefónicas, mover sus autos de estacionamiento o simplemente ir a otra área del hospital a realizar algún menester. Cuando no lo hacen o por alguna razón se equivocan, olvidan la indicación o le dejan hasta el último, suelen ser castigados o reprimidos y realizan lo correspondiente en donde el adscrito o residente “ni siquiera les tiene que decir cuál es el castigo” porque ya lo conocen y reconocen, dependiendo del adscrito/adscrita o residente que les castigue. Por ejemplo, saben a qué adscrito le gusta que le lleven café, a qué adscrito le gusta que le lleven un almuerzo, a qué adscrito le gusta el atole con el pan o simplemente qué adscrito te deja “guardado” hasta el otro día, incluso hay una residente que es reconocida porque por cada nota que un interno/a no entregue antes de terminar el turno, es castigado/a con una hora más de trabajo en el servicio.

Un médico ginecólogo adscrito, menciona, por ejemplo:

Dr. Juan: “Te equivocaste en una nota, me debes unas hojaldras o no me firmaste una nota, quiero un café. Me lo debes, mañana lo quiero cuando llegue, y al otro día que llega el adscrito a su servicio, y ya el pobre interno ya viene con su café y su pan. Escupido, o con miados, pero ahí vienen en su café”.

El castigo y su normalización y naturalización en el contexto del hospital, forma parte de lo que Fernández explica como una variante de maltrato que, sutil y no, aparece frecuentemente en las jerarquías médicas, donde:

“la aplicación de la autoridad y las relaciones de poder-subordinación entre adscritos, residentes, internos y pasantes no sólo es común, sino que se considera parte de la

---

<sup>32</sup> Es la sutura, o reparación de la episiotomía. Esta última es un corte quirúrgico que se hace en el tejido del perineo para abrir más el canal del parto, y hacer más espacio para que pueda salir el recién nacido.

<sup>33</sup> Se trata del servicio en donde los médicos adscritos y residentes, e incluso los mismos internos de la Toco, acostumbran mandar al interno del área de puerperio fisiológico, por mandados que regularmente son comida y bebidas.

formación y la disciplina médica, hecho que dificulta enormemente la percepción y la visibilización de la violencia que, como se ve, termina siendo naturalizada por las mismas autoridades académicas” (Fernández, 2007:70).

Nos damos cuenta entonces que este tipo de prácticas pertenece inherentemente al proceso de enseñanza-aprendizaje de este hospital, e incluso, como relata Fernández, sobre el trabajo en otros hospitales de la Ciudad de México:

“Para algunos médicos el rictus diario de la revista, los castigos con guardias y la conservación de las diferencias jerárquicas entre internos y residentes está plenamente justificado y de hecho se considera necesario por ser parte del deber ser, de la normalidad y de la costumbre” (Fernández, 2007:79).

Ante el enorme trabajo que realizan los MIP, las opiniones sobre su importancia en el hospital y en el área de ginecología en particular, son compartidas tanto por residentes y adscritos, como por los mismos internos. En medio de una huelga que mantuvieron los internos en el hospital durante 24 hrs. en 2018, para exigir a los directivos los uniformes que por reglamento debían haberles proporcionado en el hospital desde hacía seis meses atrás, el MIP Daniel menciona:

El interno es la unidad básica del hospital, aunque mucha gente nos diga que nos somos indispensables en el servicio, quieran o no, vemos como nos movemos, o sea te vas amañando, y sabes cómo te mueves en cada servicio, y a la gente de mayor jerarquía se les va olvidando, y pues somos el brazo derecho del R1.

Esta respuesta nos ayuda a entender por qué y cómo el o la médica interna del hospital genera redes, estrategias y/o “mañas” para resolver tareas administrativas pequeñas que le encargaron, como conseguir pruebas de laboratorio haciéndose amigo o amiga de los encargados o acudir a las horas en las que saben que no hay tanta afluencia de gente, u obtener material de enfermería llevándole a la enfermera un café, una coca o galletas, conseguir recetas firmadas y/o medicamentos, entre otros; lo anterior, para desempeñar mejor y más eficazmente tareas que se han vuelto diarias, constantes y necesarias para que el hospital opere al ritmo en que lo hace.

Es por eso, que las opiniones sobre sus pequeñas labores también tienen eco y hacen saber que, aunque su trabajo no sea posicionado como jerárquicamente importante (ya que hacen cosas que cualquier otro con conocimientos y experiencias mínimas haría), nadie más lo hace, solo les toca a los MIP. Por lo tanto, son una tuerca pequeña, pero crucial, en ese gran sistema de engranaje.

La MIP Karen, mientras por un lado hacía una nota de indicaciones, moviendo los dedos de la máquina de escribir y por otro contestaba a mis preguntas en voz alta para impedir que el ruido de la máquina y sus dedos nos interrumpiera, lo ilustró así:

Tú eres el pilar de esto. Fin. O sea sin tí, todos no se mueven, ni la enfermera se mueve y eso que ya sabe qué hacer, si no estuviéramos nosotros, no se hacen las pequeñas cosas.



Eres al que regañan por cualquier cosa, al que castigan por cualquier cosa y el culpable de cualquier cosa, pero somos los que sacan todo el trabajo, casi todo.

Coral: ¿Qué es todo?

Papelería, saca laboratorios, saca lo que es que este todo listo para el pase de visita para que no regañen al residente, los partos, las notas de parto, tienes que saber que tiene la paciente ya sin decirle al residente, tú ya tienes que saber y ponerlo [...] tú ya tienes que saberlo porque el residente ya no te lo va a decir. Es como que tienes que hacer tú de todo.

Coral: ¿Cuál es la función del interno en ginecología y en el Hospital Civil?

La función del interno aquí es mano de obra. Mano de obra barata y mal pagada. Pero como tal somos quienes hacen funcionar este servicio ¿Por qué? Porque gran parte de esto se mueve gracias a los internos. Son los engranajes pues, aunque somos la pieza más chiquita, somos la pieza más chiquita pero más abundante. Digamos que somos también los enlaces de las pacientes con los residentes, porque ellos no tiene tanto contacto personal, con ellas como nosotros, que le hacemos su toma de muestra, el interrogatorio, las historia clínica y las estamos acompañando y revisando todo el proceso, hasta que en el parto o la atención de la cesárea les toca la responsabilidad a los residentes.

Algo que podemos reconocer en estas narraciones sobre el actuar de los MIP, generando estrategias para poder realizar todas las tareas que se les indican, es un conocimiento valiosísimo sobre la forma en la que opera el hospital y las maneras en que se otorga la atención, reduciendo tiempos, agilizando trámites y resolviendo múltiples problemáticas, ya que, como argumenta Lazarus (1994), es el personal de salud y solo él quien tiene un profundo conocimiento sobre el funcionamiento del sistema y su burocracia, sabe cómo opera, y funciona como una guía que facilita, acelera, operativiza y resuelve o no el quehacer cotidiano.

Para el caso del Hospital Civil, es el estudiante interno que- a comparación de los otros médicos de mayor jerarquía, los cuales no realizan ese tipo de tareas por considerarlas de “muy bajo rango”-conoce perfectamente y ejecuta mediante la labor diaria, continua y repetitiva, esas estrategias, que en palabras de adscritos y MIP nombran no solo como tareas, sino también como “mañas”.

## **DIVISIÓN DE GÉNERO EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE DE LOS MIP EN LA ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA**

Aunque dentro de la jerarquía médica el estudiante interno es el eslabón más bajo, existe aún otra división, que es un tanto invisible pero se hace explícita cuando se discute acerca de capacidades y habilidades en la medicina. Se trata de la división de género, ya que, de acuerdo con algunos adscritos y residentes a cargo de internos e internas, la distinción entre un médico estudiante de sexo masculino y una estudiante de sexo femenino sí es importante e implica ciertas diferencias de trato y de comportamiento esperado. Al ser la carrera de medicina, una profesión históricamente “marcada por una segregación horizontal de

género” (Pozzio, 2014:335), las estudiantes mujeres sufren exclusión, acoso, discriminación y cosificación por parte de sus compañeros y, sobre todo, sus jefes.

Este punto lo explica Castro cuando retoma la historia y el desarrollo de la medicina:

“La alianza histórica entre la ciencia masculina y la medicina moderna implicó también una lucha de género, que terminó desplazando a las mujeres y confirmándolas en su papel de amas de casa y madre-esposas. Solo gradualmente pudieron las mujeres regresar al espacio de la salud, esta vez como profesionales. Pero la impronta de la exclusión de las mujeres permanece y, como se verá en seguida, las mujeres deben tratar de sobreponerse a ella permanentemente” (2014:342).

Dos médicas internas me comentaron en una entrevista, sobre su recorrido por diferentes servicios en donde la percepción de las mujeres médicas las coloca en un eslabón más bajo que el eslabón del estudiante interno masculino en el hospital. Meli me comenta:

Coral: ¿Cómo es la actitud de los residentes y los adscritos con ustedes cómo estudiantes de medicina?

Bueno, yo diría que son muy machistas. Sí, por ejemplo, en medicina interna, como la mayoría son hombres, y esa rotación es considerada como donde se maneja “más ciencia”. Una mujer no puede, para ellos “el hombre es más inteligente”.

Coral: ¿Cómo te diste cuenta?

Ellos te lo dicen. Nos decían por ejemplo: “si creen que por ser mujeres las vamos a tratar mejor, como en otros servicios, aquí no”, o “si creen que por coquetearme” (y tú ni siquiera les estás coqueteando) o te dicen “ay, que bonitas piernas” no sé, es que no me gustaba, o por ejemplo ahorita que van a ser más mujeres en la rotación dicen así “cómo es posible que en la residencia haya mujeres, si aquí tienen que ser hombres”.

Esta actitud no es prerrogativa del hospital, sino que se va forjando en el proceso de formación desde la carrera con las estudiantes, las cuales declaran haber sufrido varias veces discriminación en el aula de clases por ser mujeres, tal y cual como lo definen Castro (2014) y Pozzio (2014). Una interna, a la cual pregunté cuál había sido uno de los maestros que peor impresión le había dado, hablaba sobre un catedrático, el cual era conocido por ser muy bueno en su trabajo, pero cuando ellas llegaban a observarlo en la atención de sus pacientes durante los ciclos clínicos, el adscrito hacía comentarios discriminatorios y excluyentes hacia las mujeres. Kat cuenta:

Coral: ¿qué les decía el doctor?

Él decía muchas cosas en nuestra cara, por ejemplo, nos decía “las mujeres no deben estar en medicina, deberían estar lavando trastes”, “ugggg” como que éramos menos de lo que él esperaba. En serio, así nos decía. O luego por ejemplo a veces decía “a ver tú, ah, eres mujer, sabes lavar trastes?” entonces como que eso no te hacía sentir bien ¿no? Cuando contestabas, decía “ah mira, al fin una mujer que sí sabe”. En serio, entonces como que yo no me sentía a gusto en sus clases, y tal vez te podría decir que sí sabía y todo, pero cuando no te sientes a gusto realmente no aprovechas más.

Es entonces así que comprendemos cómo dentro del mismo proceso de formación del estudiante de medicina, tanto en la carrera universitaria, como en la formación hospitalaria, se excluye y discrimina por género, lo cual va determinando simbólicamente el papel de cada estudiante mujer que “las lleva a ser construidas fundamentalmente como elementos para el ornato, para la diversión o el “ligue”, disfrute, placer, para el servicio, o bien como agentes francamente inferiores que no deben, por definición (por ser mujeres) aspirar a más que los hombres” (Castro, 2014:344).

En el ejemplo anterior, cuando el profesor expresa “una mujer debería estar...” -a partir de su relación de poder, jerarquía e ideología- indicando el papel de la mujer en la sociedad, sutilmente está -en palabras de Castro (2014)- “poniendo a las mujeres en su lugar” (Ídem) o más bien en el lugar en que él cree que merecen estar las mujeres en la estructura social, lo cual resulta violento, discriminatorio y machista.

No obstante, es en el Hospital Civil donde estos prejuicios, aprendidos en el aula durante la carrera y reproducidos durante el ejercicio de la profesión, se materializan en objetivaciones y permisividades que un sujeto de jerarquía mayor puede ejercer frente a una estudiante de medicina, lo cual funciona como un sutil “vehículo de formación para inculcar la sumisión a la autoridad por parte de las mujeres” (Ídem).

Durante el trabajo de campo, mi edad y la forma en la que me caractericé<sup>34</sup>, vistiendo ropa blanca, con bata y un gafete similar, me permitió observar y vivir como mujer y supuesta médica interna, acoso, discriminación e incluso humillaciones por parte de adscritos, residentes y personal de enfermería. El acoso por parte de los adscritos cuando una interna es de su agrado es frecuente y se hace a través de insinuaciones, incluso existe un particular lenguaje para ello. Por ejemplo, la práctica amorosa e intercambio sexual en el área se conoce como la famosa LP, que en mi etnografía se reportó por mis sujetos de estudio como “la puntería” en donde es recurrente ver cómo el personal masculino detecta quiénes de las médicas o personal de salud femenino son más fáciles de “conquistar o convencer”.

Algunos hablan de las mujeres internas como las mujeres con las que se tiene mejor ventaja, porque en sus palabras son las que “tienen fecha de caducidad”, no les causarán problemas con sus parejas o esposas y son las más utilizables para satisfacer el deseo sexual, ya que de acuerdo con ellos estarán por un tiempo limitado en el servicio. Luego, después de la rotación, llegarán nuevas estudiantes y los médicos interesados que reproducen estas actitudes (y que, por supuesto no son todos, sino una parte) podrán

---

<sup>34</sup> Esta caracterización de “médica interna” con bata blanca fue un requisito que se me impuso del área de enseñanza y gineco-obstétrica del hospital, para poder entrar al espacio de estudio. Es importante señalar que en todo momento, yo portaba mi gafete como estudiante de maestría en antropología y no perdía la oportunidad de presentarme siempre como tal, aunque esto no evitó que muchas veces y en muchas ocasiones el personal de salud, e incluso los mismos estudiantes me confundieran como MIP o pre-MIP, porque además en el Hospital las/os estudiantes de carreras no médicas, son muy poco frecuentes.

seguir cambiando y conquistando. Estas prácticas también están mediadas por las jerarquías y se reproducen de la misma forma, tal como se recoge en este fragmento del diario de campo:

Al iniciar la guardia, subí primero al tercer piso, estaba sentada junto al interno el cual platicaba conmigo sobre su guardia. Entonces llega del elevador un R3 el Dr. Omar y me mira y me dice y ¿tú quién eres? ¿Eres pre-interna? O ¿qué estudias? Yo le contesto y él me interroga, y me dice, "pero te veo que siempre vienes con este MIP y él tiene que recordar que aquí todo es por jerarquías, que primero nos toca a nosotros y luego ya siguen los internos". El R3 después de ver que yo no entendía, sonrío y se va y el interno no dice nada, se queda callado. Y luego le pregunto y él me dice que el R3 se estaba queriéndome insinuar y lo hizo en el código de las jerarquías marcando su territorio de conquista. Frente a este escenario, yo sentí la impotencia de no poder decir nada, de no reclamar, por miedo a ser expulsada de mi espacio de observación y pude comparar mi sentir, con el de una estudiante interna, a la que también reclamar le resultaría problemático porque se arriesgaría a un castigo o incluso pondría a riesgo su internado.

Con esta experiencia doy cuenta de cómo incluso las formas de acosar son reproducidas y son parte del proceso de formación del médico, como un sujeto que accede a una permisividad creciente con su progresiva ascensión en la jerarquía del hospital. En otro momento de mis observaciones también viví la insistencia e insinuación de dos médicos adscritos que, entre burlas y lenguaje de doble sentido, me incomodaron al grado de evadirlos en las guardias subsecuentes:

Estaba recargada en la camilla, observando a unos internos que estaban haciendo la historia clínica de unas pacientes que acababan de ingresar, al fondo donde está la puerta me observaban dos adscritos el Dr. Ramón y el Dr. Juan, hablaban entre ellos y me miraban.

El Dr. Josué (R4) platicaba conmigo mientras estaba sentado en una camilla, relajado, los doctores frente a nosotros nos miraban y se reían, yo escuchaba que comentaban entre risas sobre mi "mira a la antropóloga hay que hacerle la historia clínica" entonces les dije en tono de broma, "¿cómo que la historia clínica,<sup>35</sup> doc...? hasta aquí estoy escuchando." Ellos me siguen mirando y se ríen, yo no sé en ese momento lo que eso significa, entonces una enfermera interrumpe a los adscritos (que son los adscritos de la noche) una enfermera llama a un interno que está conmigo, en ese momento y los doctores le gritan ¡interno! y dicen "no, el interno está ocupadísimo (refiriéndose a que está conmigo) y me dicen "¿qué le está usted haciendo?" y yo respondo, "no, nada doc". El interno solo está sentado, y el doctor insiste "le hiciste una caricia y se quedó, ahí está calentito y ahí se quedó" (refiriéndose a que está conmigo, el interno en ningún momento habla, ni ríe, ni voltea a verlos), entre los adscritos siguen riendo y bromeando, observándonos. Yo intento ignorar, pero el interno se cohibe.

Me acerco de nuevo al Dr. Josué (R4) y platico con él, después de que el interno se va a realizar una tarea, los doctores siguen ahí. Y momentos después me encuentro en otra área, los doctores en complicidad me dicen subir al elevador en camino a cenar, "vamos, la invitamos a pasar una noche, vamos a un antro, aquí está muy aburrido". Ellos me siguen insistiendo, hasta que ven mi semblante de enfado y se van riendo, y burlándose.

Este tipo de prácticas es una de las tantas modalidades de violencia de género, las cuales:

---

<sup>35</sup> Se refiere al acto de desvestir a la paciente, tanto física, cómo simbólicamente al preguntarle sobre muchas cosas de su vida.

“Varían en su contexto, secuencia y aparición; pueden ser reiteradas, simultáneas, combinadas, de diversas temporalidades; la más de las veces sus manifestaciones son veladas, sutiles, difíciles de identificar como violentas, aunque todas ellas generan malestar y de manera reiterada terminan afectando el desempeño de las personas y produciendo daño, que puede ser desde temporal hasta permanente e irreversible” (Fernández, 2007:54).

Fernández genera una clasificación de violencias de género que se padecen en el contexto de la formación hospitalaria y que son divididas en acoso sexual, agresión verbal, agresión física, agresión psicológica, gestos obscenos, discriminación, control del tiempo por parte de otro-a, castigo, burlas y piropos obscenos, amenaza, maltrato, intimidación, abuso, chantaje, exclusión y fatalmente la violación sexual que:

“Pensadas estas modalidades en contextos institucionales como la educación, la salud y otras instancias públicas o privadas, terminan siendo, además de sostenidas por las relaciones de poder y subordinación de cada cultura y contexto existentes en la institución, normalizadas e invisibilizadas, o asumidas como parte de las características propias de las instituciones” (Ídem).

No obstante, sus claras implicaciones de violencia y de vulneración de derechos de las mujeres, este tipo de fenómenos no producen eco, son guardados bajo la mesa y conforman un contexto petrificado, ya que muchas veces:

“la mayoría del estudiantado no busca apoyo institucional por varias razones: miedo a la represalias de alguien que está en una posición de poder, desconocimiento de reglamento, falta de tiempo, vergüenza, temor de que no les crean, creencia de que el perpetrador tiene derecho de agredirles, porque son “lo más bajo”, ideas de que no es posible desafiar a un superior, falta de confianza en las autoridades, y creencia de que estos comportamientos son parte necesaria de la formación médica” (Moreno, Quezada y Ruiseñor, 2016:816).

Lo anterior, termina haciendo del internado no sólo un proceso de enseñanza-aprendizaje, sino también de normalización de un contexto social de jerarquías y hasta de violencia de género “que legitima las asimetrías de género, las prácticas que ahí se producen cotidianamente, formando parte de una cultura académica transmitida por generaciones” (Ídem).

No obstante, frente a la carga de trabajo interminable del hospital, ante el volumen y la demanda de atención en el área de ginecología, estas divisiones se logran a momentos desvanecer, pues sea mujer u hombre, un estudiante ideal en el hospital, es aquel que, en palabras de los médicos residentes:

No se queja, no reclama, obedece, el estudiante interno ideal es él que, aunque bien o mal (refiriéndose a la práctica de atención) está sacando la chamba de sus R más y de sus adscritos. Es él que trabaja más, él que sabe trabajar bajo estrés, es aquel que tiene que saber trabajar bajo presión, es él que sabe trabajar resolutivamente, o sea, ser resolutivo en el sentido de que en todo tipo ámbito o situación, o escasez, pueda llevar a cabo tu trabajo (R1 Dr. Fernando).

Vale la pena notar en esta cita, al igual que en muchas otras, que el lenguaje referente a los MIP es siempre masculino. No existe en el lenguaje la MIP mujer, la cual se desvanece en un entorno profundamente masculinizado, aun en el lenguaje utilizado, tanto por MIP hombres, como por las mismas MIP mujeres. El MIP Daniel dice, por ejemplo: "él es el que saca pendientes, no responde, y trabaja mucho." Justamente ese es el interno que se premia con enseñanza en el servicio, él que ayuda a reducir la carga de trabajo en el área, y él que obedece sin responder, tal como lo expresa también la MIP Katia, siempre hablando en masculino:

Coral: ¿Cuál es el interno o la interna que se premia en un servicio?

Yo creo que el interno que vean como que más activo, que hace más o cumple más con sus obligaciones, que está más al pendiente, que se chinga, ... cómo que le ven más ganas, más interés, él que tiene iniciativa, aunque no necesariamente conocimiento, los residentes se dan cuenta cuando eres así, y te jalen para más, te enseñan más trabajo, te enseñan para que les hagas su trabajo, si ven que eres medio huevón, no te enseñan, te enseñan lo básico, se dan cuenta de tu actitud, si te gusta o no estar allá. A mí me gustaba estar en Toco, aprendí más en ese piso que en otros.

## **“LA NUEVA ESCUELA” Y LA PERCEPCIÓN DE LOS MIP**

De acuerdo con las percepciones de los médicos adscritos del área de ginecología y también a varios de los residentes de alto rango de la misma área, el médico interno actual es un médico menos capacitado, más sensible, que se queja más en comparación con los internos de “la vieja escuela”. Lo ven como un médico que no aguanta y que no quiere hacer nada; y por ende, no aprende. Es entonces un mal interno, un interno de papel, distinto a los de la generación anterior, tal como lo expresa un adscrito de esta área que, antes mi pregunta sobre cómo es la preparación que ahora tienen los internos, me respondió:

Se la pongo bien fácil. Cuando nosotros éramos internos teníamos guardias AB, eso quiere decir que después del turno nosotros nos quedábamos de tres a ocho ¿Qué serían? 15 horas de la guardia más 15 horas de más; tres días; para terminar pronto nosotros hacíamos 15 guardias al mes (ellos hacen 10), eso quiere decir que nosotros hacíamos cinco guardias más. Al final cubríamos un 33% más el que hacíamos; y aquí la ley es esa, entre más haces, más aprendes.

Entonces de entrada hacíamos 335 horas más de trabajo ¿Cómo le ganas a eso? De verdad que te obligabas a estar despierto y a hacer las cosas; y eso les digo a ellos, nosotros salíamos de la posguardia a las dos de la tarde en punto, él que se quedara de guardia tenía que sacar toda la chamba como fuera. Y tú decías “me voy a matar hoy porque mañana salgo temprano y me voy a dormir” pues aquí no duermes, la mentalidad del interno debe ser llegar y decir “no voy a dormir” porque si tú llegas a la guardia diciendo que vas a descansar algo vas a estar cansado toda la guardia. Es mejor que tú te hagas a la idea que no vas a dormir. Si durante la guardia hay poco trabajo pues descansa, es algo que no esperabas. Esa mentalidad es lo que ha cambiado. Con las guardias de ahora duermen mucho, dos días en su casa y luego aquí; y cuando no duermen se quejan de que están muy cansados. Pero el problema es ese ¿cómo te preparan desde ya? Ahorita con los derechos humanos, tú dices chispas, nosotros tuvimos diez meses de guardias AB y dos de ABC, cuando pasamos a ABC nos aburrimos porque nos tocó el piso de medicina

interna y terapia y ahí no haces nada. ¿Qué hago? Vengo de diez meses de joderme y desvelarme y aquí no hago nada. Te ponías a leer pero ¿y qué leo? Entonces ni siquiera te preparabas. Era raro (Dr. Marín).

Para otros adscritos, los internos de hoy son médicos que llegan sin carácter, sin decisión y dependientes de la tecnología, de lo cual hacen responsable al tipo de enseñanza que reciben en la universidad, una universidad y maestros que son de una "nueva generación". Así lo expresa el adscrito ginecólogo Dr. Noé:

Entonces si te das cuenta un poquito que ha cambiado generacionalmente la enseñanza, la enseñanza antes era una enseñanza un poquito más dura, hoy es un poquito más *light* y los muchachos también, el temple tiene uno que enseñarlos porque no lo traen, pero conlleva a choques ¿no? Porque ellos traen la idea de que como crecieron, así es; y cuando tú les aplicas quizá un poquito más de mano dura, es un choque cultural que tienen ellos "oiga, pero ¿Por qué, si allá es diferente?" Sí, pero aquí no puede ser diferente, por eso aquí sí ha cambiado bastante.

Sin embargo y de acuerdo con las opiniones de sus superiores y de ellos mismos, el interno específicamente del Hospital Civil Dr. Aurelio Valdivieso, es un interno de guerra, de lucha, que hace mucho con poco, que resuelve, que trabaja y que aprende al calor de la práctica, que vive el estrés y experimenta mucho cansancio. Para los médicos y las médicas internas, el hospital del IMSS y del ISSSTE (ubicados también en el centro de la capital del Estado), por el volumen de atención, el tipo de población que se atiende y la cantidad de adscritos en servicio, son conocidos como los hospitales "barcos", en donde van los internos que no quieren trabajar, que no tienen estrés y que no adquieren tantos conocimientos prácticos porque ahí no se tiene la misma permisividad con las pacientes que caracteriza al Hospital Civil.

Durante mi trabajo de campo, tuve la oportunidad de hacer unas guardias en el área de tococirugía del IMSS, en donde conversé con internos e internas y también con adscritos del área. En un fragmento del diario de campo narro lo siguiente:

Mientras estaba sentada platicando con los internos, que se encontraban haciendo la historia clínica de las usuarias a las que estaban atendiendo en labor, las cual en punto de las 10:00 pm de la noche, era solamente dos, de las cuales una llevaba en trabajo de parto alrededor de 12 horas. Los estudiantes internos comentaban que ese día había habido siete u ocho ingresos y eso, era un buen número. Sin embargo, con mi experiencia en las guardias en el Hospital Civil, en donde por día se atienden alrededor de veinticinco a treinta partos, la cifra de este hospital parecía mucho menor. Al preguntarle a la médica interna sobre por qué eligió el IMSS para realizar su internado, ella me contestó en tono de resignación, que era porque ella tenía una bebé y necesitaba pasar tiempo con ella, lo cual, si hubiera elegido el Hospital Civil, no se lo hubiera permitido. Sin embargo, con un tono de alivio, como subsanando la respuesta anterior y convenciéndome de que también era bueno hacer el internado en el IMSS, me dijo que ella tenía la ventaja de que, al tener tiempo libre durante sus guardias, podía leer y estudiar.

Este pequeño fragmento nos muestra la forma en la que otros médicos y médicas internas construyen ideas sobre el internado de pregrado del Hospital Civil y cómo justamente el dato etnográfico sobre las guardias en el hospital del IMSS, nos ayudan a observar cómo cada contexto de atención es totalmente distinto, tanto en la demanda, como en el tipo de formación de los estudiantes internos.

Un residente de primer año el cual tiene a su cargo los MIP, nos cuenta como sí existe una gran diferencia entre los internos del Hospital Civil en comparación con los de otros hospitales e identifica las ventajas que tiene eso para la formación del MIP:

Coral: También estoy haciendo guardias en el IMSS...

Pero ahí se maneja completamente distinto. Sobre todo, porque acá hay una cosa, el hospital te da mucho en el sentido de que te enseña mucho pero así te exige. Entonces yo les digo a mis internos, el único pago que van a tener es que aprendan. Y a veces pasa en el IMSS que dejan botados a sus internos, realmente no les interesan ¿Por qué? Porque no hay especialidades, no hay residentes de las especialidades, lo que hay son médicos familiares y a ellos lo que les importa pues es aprender porque están en proceso de formación y si aprenden ellos pues bien y no aportan mucho para los internos (Dr. Felix).

Sin embargo, la diferencia de fondo que existe entre los MIP del Hospital Civil con los MIP en otros hospitales tiene que ver con la permisividad en la atención hacia las usuarias y las ventajas en los conocimientos prácticos en lo que esto resulta, ya que, como sus mentores y ellos mismos dicen, la enseñanza y habilidad (aunque sea iatrogenica, pero termine resolviendo) se aprenden en la práctica diaria, mediante la repetición y "el rebosamiento."<sup>36</sup>

La permisividad refiere a realizar procedimientos como tacto vaginal, colocación de sonda Foley, atención del parto vaginal, revisión manual de la cavidad uterina, episiotomías, episiorrafias, suturar e instrumentar en cesáreas, curación de heridas, indicación de medicamento y la aspiración manual endouterina en casos de aborto, sin respetar normas, hipermedicalizando el trabajo de parto, no utilizando la medicina basada en evidencia, provocando dolor innecesario en la paciente y no pidiendo autorización, sino ejercer para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento, liberar camas, y ejercer para aprender sobre los cuerpos de las mujeres pacientes que ahí se atienden, tal como lo analizan otros trabajos (Sesia, 2017; Sesia, Sachse y Van Dijk, 2014).

De acuerdo con las opiniones de algunos adscritos de área, esta permisividad conlleva un aprendizaje que tendrá una ventaja a futuro para el hospital, ya que cuando uno de sus internos egresados se encuentre en el servicio social, podrá resolver y solucionar complicaciones obstétricas a su alcance, como partos distócicos, hemorragias obstétricas y otros. Finalmente, esto terminará siendo una ventaja

---

<sup>36</sup> De acuerdo con lo registrado en trabajo de campo, "rebosamiento" es una palabra que utilizan varios sujetos de estudio para designar que el aprendizaje se adquiere a través de la repetición y la práctica; o sea, después de haber visto y practicado muchas veces la técnica.



para el Hospital Civil ya que llegará a él una complicación menos, si el interno como pasante o médico general ubicado en primer nivel de atención, lo resuelve disminuyendo las posibles referencias al Hospital Civil. Ésta es la médula del Hospital Civil, un hospital escuela de médicos internos, donde percepción y resultado sobre los conocimientos con los que los médicos internos de pregrado entran al hospital y los conocimientos con los que salen, son operativos, pragmáticos y eficaces para la resolución de los problemas sanitarios en centros de salud del interior del Estado.

La opinión más generalizada sobre los conocimientos con los que llegan los médicos internos es que llegan sin conocimientos prácticos, pero tampoco con los conocimientos teóricos necesarios para enfrentarse a una usuaria. La Dra. Eva, residente de tercer año, comenta:

Coral: ¿Cómo llegan los internos al servicio según sus conocimientos?

Si partimos de que apenas llegan en su primer día de internado no saben hacer nada.

Coral: ¿Qué es nada?

O sea no saben ni siquiera tomar una muestra. También hay sus excepciones como en todo, pero no saben muchas veces ni tomar una muestra, dónde van los tubos, no saben rellenar una papelería, mucho menos hacer el interrogatorio.

Coral: ¿Hacen tactos vaginales, por ejemplo?

No lo saben, no lo saben, o sea, no saben hacer tactos, no saben meter un fondo, no saben escuchar un foco fetal, mucho menos atender un parto, realmente llegan casi, o sea, yo creo que todo lo que saben es un 10% y aquí llegan a aprender un 90%, pues.

Coral: ¿Y cómo salen?

Pues yo creo que la mayoría realmente pues, yo siento que tienen, cuando salen tienen la habilidad de atender un parto.

Coral: ¿Ya no les da miedo?

Ajá, saben atender un parto, saben manejar una hemorragia, por lo menos con medicamento o identificar una hemorragia o saber porque está sangrando o porque está en riesgo la paciente, o sea, realmente saben el conocimiento por lo menos básico de un médico general yo creo en ginecología, sí lo saben y se lo llevan.

Un residente también explica cómo los conocimientos con los que los MIP llegan e incluso su actitud depende, como lo dijimos anteriormente, de las generaciones y de la vieja y la nueva escuela. El residente de cuarto año, el Dr. Josué menciona:

Es que depende [con qué conocimientos llegan], siento que ahora por generaciones va bajando mucho la calidad de la enseñanza, o sea, por ejemplo, los MIP antes eran como el R1 y así en chinga "¿oye ya hiciste esto?" "Ya doctor." "¿Ya está esto?" "Ya doctor" y así como "oiga doctor a qué hora vas a pasar porque ya está la paciente ahí". "Ah, espérame dame cinco minutos", en chinga ya tenían todo. "Y, doctor, ya está el ingreso" y decía como "no manches ya no me toca a mí" hacían cosas que no les correspondían. Pero ahora, les digo "oye interno ve a hacer eso" "ya voy" pasa media hora "¿Oye ya está?" "Es que no he ido" "no me da tiempo", cuando los otros internos hacían eso y veinte mil cosas más. Yo creo que por años va llegando más relajado, más relajado, más relajado.

Coral: ¿Cuáles son los conocimientos que se adquieren en la “toco”, son prácticos? ¿Les llegan internos que no saben hacer tactos?

Sí. La Toco es habilidad práctica, todo es habilidad práctica. Teórica nada, todo es práctico porque se supone que la teoría ya la vieron en la escuela y la práctica es en el hospital, entonces ellos aprenden a hacer episiotomías, tactos, valoraciones, qué pasa, qué no pasa, determinar si el bebé está bien o en riesgo, si se puede morir o no.

La opinión sobre las ventajas de enseñanza del Hospital Civil para estudiantes de medicina es incluso una o la más fuerte razón por la cual ellos y ellas eligen entrar ahí a hacer su internado, sabiendo e incluso, conociendo de vivencia propia, los tratos y el desgaste que aquí ocurren, ya que la práctica y el volumen de atención es tanta, que apenas entran a la rotación de ginecología y ya en su primer día de guardia están atendiendo partos. Esto, aunque nunca en su vida, ni siquiera practicando con modelos anatómicos, lo habían hecho.

El adscrito describe este fenómeno como algo recurrente en el hospital y responde la pregunta acerca de qué aprenden más los internos en gineco, conocimientos prácticos o teóricos sobre la atención, de la siguiente forma:

Aquí práctico. Incluso yo con mi experiencia personal se lo puedo comprobar. Aprendes cosas sin saber, y llegas al servicio social y dices “Ah, por eso lo hacemos” tienen razón los maestros, todo está en los libros, si no los lees no te vas a dar cuenta que ahí está.

Coral: ¿Por qué cree que escogen este hospital para el internado?

Pues unos por ingenuos, porque el 50% que sí sabía a lo que venía sabe que vienen a romperse la cara, a practicar. Sabe que viene a sufrir y a llorar muchas veces, eso sí lo saben; y él que no, es él que piensa que los maltratamos por deporte, porque nos gusta. [...]

En la evaluación del perfil de los estudiantes con los que trabajamos pudimos encontrar que frente a la interrogante sobre ¿por qué elegiste realizar tu internado en el Hospital Civil? Las siguientes respuestas son comunes:

MIP Marisela: Motivos personales de superación y adquisición de conocimientos no solo teóricos, sino también prácticos, porque decían que aprendes mucho, es un excelente lugar para aprender, decían que aquí practicabas mucho, porque es un hospital que te deja practicar con mucha población.

MIP José: Por el aprendizaje que existe al realizar mucha práctica, por demanda del hospital, porque se puede ver mucho y aprender en toda la práctica, ofrece un mayor campo de aprendizaje y la población que acude a este hospital es mayor, para aprender más y obtener mejores habilidades en procedimientos médico quirúrgicos.

MIP Anel: Porque quería tener oportunidad de aprender y ver la mayor parte de enfermedades, por la enseñanza y práctica que te dejan desempeñar, debido a que es un hospital que atiende a gran parte de la población, y porque es un hospital donde se ven gran variedad de patologías entre otros que refieren a la ventaja práctica de su enseñanza, con distinto tipo de población y una variedad de patologías.

Tenemos entonces que, del 100% de los médicos internos que eligieron el hospital para realizar su internado de pregrado, el 90% lo eligió por la ventaja práctica que tiene hacer el internado ahí para su formación, ya que gracias a la demanda de atención atienden en un lugar donde tienen la oportunidad de enfrentarse, aprender y resolver un sinnúmero de padecimientos y situaciones obstétricas.

## CONCLUSIONES

En este capítulo, se responde a los siguientes objetivos:

- Explorar la organización interna del trabajo tanto formal como informal, en la que se insertan los estudiantes internos en la rotación de Ginecología del hospital.
- Analizar los saberes médicos, roles sociales y representaciones sociales del "ser médico" que se producen y se enseñan en el área de la obstetricia a los médicos internos.

Donde se muestra inicialmente y desde una perspectiva histórica el nacimiento e institucionalización del internado en México, enseñando cómo surge y cómo se afianza la necesidad y las demandas de práctica de estudiantes en hospitales públicos.

En particular, se plantea al Hospital Dr. Aurelio Valdivieso y al área de gineco-obstetricia como un contexto de alta demanda de atención y escasez de recursos materiales y humanos; situación que posibilita y exige una organización del trabajo extenuante y excesivo para todo el personal de salud, pero en especial para los MIP. La organización de trabajo depende también de una estructura interna profundamente jerárquica, donde es el MIP quien se encuentra en el eslabón más bajo y por ende él que debe "idealmente" realizar mucho más trabajo que el que oficialmente se le asigna.

Estos dos elementos (el contexto de demanda y la estructura jerárquica) permiten que el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP sea hegemónicamente una experiencia marcada no sólo por el trabajo extenuante, sino también por situaciones de maltrato, hostigamiento y acoso, donde además la enseñanza y los métodos no son homogéneos, y más bien se presentan de forma desorganizada, desordenada y a voluntad de los distintos y múltiples mentores. Este fenómeno genera en los MIP la necesidad de movilizar su reducida capacidad de agencia en el contexto e idear con ello métodos y estrategias para afrontar la carga de trabajo, cumplir con las exigencias de su papel como MIP, hacer frente a los castigos y represalias disciplinarias y en el inter aprender.

El trabajo de campo y las entrevistas realizadas muestran que, si bien los MIP conocen--incluso antes de ingresar al hospital--las particularidades y lo difícil para ellos de este contexto, la justificación principal para decidir ingresar a hacer el internado en el Civil es la apuesta del aprendizaje y la experiencia, por el margen de acción para realizar práctica médica como estudiantes. Como veremos más adelante, el

aprendizaje se obtiene no siempre por parte de los mentores, sino del calor de la práctica en el propio contexto de sobresaturación y enorme necesidad de atender rápido y desocupar camas.

Otro hallazgo fundamental es la constatación de la profunda división de género en la enseñanza; división que se configura desde antes en la formación y que es muy probable se siga expresando en la práctica profesional posterior. Es evidente cómo esta diferenciación de género determina aún más experiencias de menosprecio, discriminación, hostigamiento y acoso con MIP que sean mujeres. No obstante, estas MIP, haciendo uso de estrategias de defensa, logran resistir ante el acoso e incluso a veces, logran hacer frente y negarse en implementar prácticas clínicas que son abusivas hacia las usuarias, como una muestra de empatía a su género y de repudio a las prácticas machistas del propio sistema de atención y enseñanza del área. Este hecho nos ayuda a entender que el aprendizaje de las y los MIP pasa por un filtro intersubjetivo y que, hasta en un contexto que es particularmente disciplinario y hostigante, “las relaciones de poder son, también, relaciones de resistencia” (Scott,2000:71).

Por último, se encontró que en el hospital y en particular en el área de gineco-obstetricia, opera un corte generacional en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP. Los MIP se ubican en la generación de “la nueva escuela” y esto tiene implicaciones directas en las posibilidades y límites reales de la aplicación del rigor disciplinario de los métodos de enseñanza en su propio proceso.

## **TERCER CAPÍTULO**

### **“MUCHAS VECES NOSOTROS ATENDÍAMOS A LA USUARIA [SIN SABER] LO QUE ESTÁBAMOS HACIENDO”. LOS MÉTODOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJES UTILIZADOS CON LOS MIP EN LA ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL**

El capítulo tres se enfoca en una primera parte en mostrar los contenidos del aprendizaje formal y no formal del médico interno en el Hospital Civil, así como los contrastes y diferencias entre los dos; esto, con la finalidad de comprender que el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP se da principalmente bajo el esquema de la enseñanza no formal. En esta discusión se insertan los conceptos de campo médico, habitus médico y curriculum oculto, para reflexionar teóricamente acerca de cómo se construyen los métodos de enseñanza en el hospital, de qué maneras se constituye la formación del saber médico y qué papel juega la jerarquía médica en estos procesos.

En una segunda parte, el capítulo abarca los métodos y técnicas utilizados en el proceso de “enseñanza-aprendizaje” a médicos internos del Hospital Civil, incluyendo a el papel de sus mentores en la implementación de estos instrumentos y las experiencias que devienen de ellos. Se enfatiza cómo viven los MIP estas experiencias, cómo se construyen sus percepciones y las formas en las que responden los MIP en la cotidianidad, dejando en claro que cada situación y respuesta pasa por un filtro intersubjetivo del MIP involucrado.

Finalmente, se incluyó una tipología del castigo como modelo de aprendizaje sui generis en el área de gineco-obstetricia del Hospital Civil, analizado a partir de la experiencia generacional e intergeneracional, centrándose en las respuestas, las percepciones, las justificaciones y los posibles rechazos ante su implementación en el proceso de enseñanza. En la transmisión de los conocimientos, se discute finalmente el papel que juega la disciplina en la reproducción de una organización profundamente jerárquica en el área de gineco-obstetricia del Hospital Civil.

### **EDUCACIÓN FORMAL Y NO FORMAL DE LOS MÉDICOS INTERNOS EN EL HOSPITAL CIVIL**

En el proyecto de norma PROY-NOM-033-SSA3-2013, sobre educación en salud y criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina, se establece que “durante la realización de ciclos clínicos e internado de pregrado, los estudiantes e internos deben estar invariablemente bajo supervisión del personal institucional”. Por lo anterior, es importante entender cómo se desarrolla la supervisión de un médico interno en la vida diaria de este hospital ya que, como veremos, ésta se da de formas distintas y muy particulares.

Al año, el Hospital Civil Dr. Aurelio Valdivieso abre entre 50 y 70 plazas para recibir a médicos internos, los cuales ingresan oficialmente en el mes de agosto a su primera rotación, divididos en grupos de 17 a 20 personas que estarán rotando durante un año por todos los servicios que tiene el hospital. El 100% de los MIP llegan a su primer día de servicio sin conocer el contexto real en donde se desarrollarán los procesos de enseñanza-aprendizaje en los que estarán insertos. Si bien durante la primera semana los internos llegan al hospital a pláticas de introducción sobre el internado, durante esas primeras sesiones, no son advertidos sobre el sistema de jerarquías en el que deben insertarse durante el proceso, ni sobre quiénes serán sus maestros, ni quiénes serán sus jefes inmediatos en el servicio. Lo anterior parece un tanto estratégico, en el sentido de que, de esta manera, ellos y ellas deberán obedecer a todo aquel que les mande u ordene, independientemente de su rango o rol ante ellos. Conforme pasa el tiempo, los MIP van conociendo y reconociendo en la práctica sus responsabilidades en la atención, van entendiendo las formas en las que se aprende en el hospital, los métodos de enseñanza y los mentores o superiores a los que realmente tienen que obedecer y dar cuenta de su trabajo.

En el área de ginecología, el organigrama de enseñanza y supervisión está mediado por la figura del “jefe o la jefa encargada de los internos” que dictará oficialmente las actividades académicas de los estudiantes en esta área y estará “obligado/a” a supervisar el proceso de enseñanza-aprendizaje de sus alumnos encargados. No obstante, esta “obligación” se desvanece en la medida en la que la y el interno ven superadas sus responsabilidades oficiales y comienzan a realizar muchas otras actividades, en las cuales inician a obrar de forma mecánica, realizando las tareas que les piden, muchas veces sin preguntar, o entender por qué las hacen y cómo aporta eso a su proceso de enseñanza, ya que--como lo describo en mi diario de campo--llegan a un sistema de engranajes en movimiento, en donde deben insertarse de la forma que puedan, pero al fin insertarse, para hacer que siga funcionando el sistema.

Un ejemplo de cómo el organigrama oficial se vuelve más una burocracia hospitalaria y un ritual institucional que un sistema operativo funcional, es el papel de la jefa encargada de los internos, la cual idealmente tendría que tener una formación pedagógica o educativa sobre el área, opciones didácticas de enseñanza y por supuesto un programa didáctico de la asignatura a su cargo; sin embargo, no logré encontrar nada parecido durante el trabajo de campo, aun asistiendo a las sesiones programadas. Más bien encontré que este cargo se da a un médico adscrito del servicio, en este caso un ginecólogo o una ginecóloga que, frente a la necesidad de llenar el requisito formal de asignación del puesto, puede ser cualquiera que cubra los mínimos requisitos; es decir, que funja como médico adscrito del área y que esté dispuesto/a a asumir el cargo. Al ser médicos adscritos los que deben de nombrarse para este cargo, muchos se niegan a participar, ya que les implica más trabajo y responsabilidades sin paga adicional alguna; ni siquiera tienen un reconocimiento simbólico en el sistema de jerarquías del área. Es por eso que cuando alguien asume el cargo, lo hace como un favor al hospital o a su jefe de área.

Esto contrasta con el puesto de jefe de los residentes, que, como él mismo en una entrevista nos comenta, aunque tampoco se reciba remuneración alguna, es distinto porque al encontrarse en un escalafón mayor de la jerarquía hospitalaria, da poder; por lo tanto, se vuelve un regalo que se les ofrece a los médicos especialistas, por los años de experiencia, actitud y ejercicio de liderazgo y capacidad de resolución en el área.

Por lo anterior, no resulta fortuito encontrar que la jefa de las y los internos no tome con total formalidad las responsabilidades de supervisión, seguimiento e inspección del aprendizaje de los MIP. Los tres grupos de internos con los que trabajé, conocieron a la jefa de internos, después de casi dos semanas de haber entrado al área de trabajo. Lo primero que hizo la jefa fue reunirlos durante el horario de servicio, aplicarles un examen de diagnóstico e impartirles algunos temas básicos de ginecología para que los mismos internos se los repartieran entre sí y posteriormente los expusieran en las siguientes sesiones o clases.

Las sesiones oficiales tienen lugar diariamente durante una hora, en el turno matutino en la que él o la MIP tendrá la obligación de preparar diapositivas y presentar el tema frente a sus compañeros, a lo cual la jefa de internos tendrá pequeñas participaciones no planeadas, en las que abonará sobre el tema. Sin embargo, estas sesiones--al igual que muchas otras actividades en el hospital--dependen de la carga de trabajo que haya en el área, ya que, si la encargada se encuentra atendiendo una urgencia o en una cirugía, cancela la clase o manda a algún residente a darla. De igual forma, aunque la clase es obligatoria, el número de alumnos que asisten depende de la carga de trabajo que tengan en el área en que se desempeñan en ese momento; por ejemplo, los que están en el área de tococirugía, pocas veces bajan a clase y, cuando lo hacen, es por turno ya que como ellos dicen “la Toco nunca se debe dejar sola”.

Durante mi trabajo de campo pude observar también que los MIP comenzaron su rotación sabiendo --por fuentes externas-- que iban a ser evaluados en el área, pero nunca supieron, ni les dijeron cómo, con qué o por quiénes. Entonces cualquier cosa que pudiera parecer una evaluación, lo hacían con estrés y preguntando si contaba para su calificación. Incluso en la aplicación de mis instrumentos iniciales para con ellos, los MIP asumieron inicialmente que eran parte de su calificación final con actitudes de preocupación y ansiedad al contestar, hasta que yo aclaraba la situación.

También pude observar cómo muy pocas veces los MIP recurren a la jefa encargada para arreglar, negociar o discutir el trabajo que realizan, los castigos recibidos o alguna injusticia sufrida, lo cual hace que la mayor parte del tiempo y frente a ese tipo de situaciones los MIP se encuentren solos, dependiendo solo de ellos mismos y de su destreza y experiencia para sobrellevar el área y las relaciones sociales establecidas en el sistema de engranaje que es el hospital. Es por eso por lo que los MIP suelen decir que, si en algún momento tienen algún problema, no hay nadie con quien recurrir, ya que la jefa de internos, antes de ser su mentora principal, para ellos/as es una adscrita como cualquier médico adscrito al servicio;

o sea, como alguien con jerarquía y poder sobre ellos y también como alguien del cual los separa una gran distancia simbólica.

### **Sobre la enseñanza, el campo médico, el habitus médico, el currículum oculto o los métodos de enseñanza en el Hospital Civil**

Para poder abordar el tema del proceso de enseñanza-aprendizaje para los estudiantes internos del hospital, es necesario reconocer la existencia de una estructura formal y otra no formal de la enseñanza, donde la primera representa la manera en la que institucionalmente se debe dar ese proceso, el cual, respaldado por guías, normas y reglamentos, prescribe horas de servicio, horas de entrada y de salida, tipo de mentores, responsabilidades, obligaciones y derechos, entre otros. La segunda-la no formal-pertenece al orden de “lo no dicho y no escrito”, pero no por eso de menor importancia en la organización cotidiana del área de gineco-obstetricia. Es en relación con la segunda que se pretende mostrar la aplicabilidad de conceptos como currículum oculto, campo médico y habitus médico, como marco analítico para entender el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes en la vida cotidiana y en lo concreto, siendo este proceso atravesado por relaciones sociales cotidianas verticales, asimétricas y, finalmente, profundamente desiguales.

Se asume al hospital-escuela no como un espacio monolítico y uniforme de formación, sino como un sistema de relaciones sociales, educativas, políticas, económicas y culturales que va más allá de la enseñanza formal y que resulta ser incluso más importante que ésta, debido a que este sistema conforma y construye ideología sobre el papel de la/el médico, el ideal de sí mismo/a, las expectativas acerca de su labor y sobre el tipo de atención que se brinda en una institución como el Hospital Civil.

El contexto en el que se generan estas relaciones sociales ha sido conceptualizado como campo médico, a partir de Bourdieu (2005) y Castro (2015). En particular, el campo social es definido por Bourdieu y Wacquant como:

“una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera)” (2005:150).

Apoyado en esta conceptualización, Roberto Castro (2015) ha reformulado el concepto para adaptarlo como campo médico, cuya categoría de análisis:

Abarca al conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la



agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello (2015:44).

Lo anterior es útil analíticamente para visualizar la interacción y las relaciones sociales que se establecen dentro de un contexto institucional donde actúa el personal de salud, como podría ser el hospital como espacio de formación. Este concepto nos da un marco analítico para comprender el proceso de enseñanza-aprendizaje llevado a cabo en esta institución, y en el área de gineco-obstetricia en particular, explicando por ejemplo cómo las relaciones que se generan ahí dentro son endógenas ya que nacen, se hacen, mutan y se reproducen ahí.

Adicionalmente, Castro argumenta:

El campo médico está formado por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la cuestión sanitaria de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquéllas y estas instituciones, como los formuladores de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédico, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades; por los centros de investigación que generan el conocimiento legítimo y hegemónico (científico) del campo (2015: 44).

De acuerdo con este autor, las características y los procesos que se dan y desarrollan en el campo médico, producen--y paralelamente son productos de--un conjunto de subjetividades de los individuos que participan de él, como es el caso de los estudiantes internos del hospital.

En el proceso de interacción de estas subjetividades podemos rastrear el habitus médico del estudiante, el cual es explicado por Castro, reformulando el concepto de habitus de Bourdieu (1991), del cual retoma fundamentalmente la interiorización de las estructuras objetivas que a la vez permite la reproducción de aquéllas. Castro define como habitus médico:

El conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la in-corporación (lo social hecho cuerpo, esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales) de las estructuras objetivas del campo médico (Castro, 2015:49).

El autor advierte que estas predisposiciones son adquiridas por los profesionales de la salud – en especial los médicos- a partir de un proceso de formación que comienza desde su ingreso a la facultad, hasta la enseñanza práctica que reciben en los hospitales, de la cual hablamos en este texto. Estas predisposiciones se recrean y reformulan de forma cotidiana a través de una práctica profesional que lleva a construir conductas específicas y un “sentido común” (Castro, 2015:49) en el trabajo continuo, y durante la labor del día a día. El sentido común que reformula Castro deviene de la conceptualización de doxa de Bourdieu el cual la define como “aquellas cosas que la gente acepta sin saber (...) y que implican un conocimiento práctico” (Bourdieu y Eagleton, 1997:223) y que, bajo esquemas de la cotidianeidad, no

son pensadas ni reflexionadas, sino son espontáneas y actúan dentro de una lógica de naturalidad incuestionable que “supone sumisión corporal, sumisión inconsciente” (1997:231).

Un elemento trascendental de estos conceptos es que son concomitantes, y dan lugar a lo que el autor reformula, a partir de Bourdieu, como sentido práctico “propio del campo, es decir, a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo” (Castro, 2015: 49). Este último argumento nos sirve para analizar una serie de prácticas que el personal realiza de forma rutinaria con las usuarias durante el proceso de atención del parto, de igual forma es útil para ver la importancia de la correlación que existe entre la formación no formal del personal médico en la práctica de una institución de salud, con la interiorización de las acciones disciplinarias en su contra como naturalizadas y no cuestionadas por parte de las y los estudiantes, por ejemplo.

Castro afina la noción de habitus médico con concepciones específicas de mayor detalle como lo es el habitus desvinculante (como premisa del habitus autoritario) el cual, señala, “trata de una predisposición que se aprende con la práctica, que ciertamente capacita a los médicos para no involucrarse emocionalmente con las pacientes, pero que de manera fácil los habilita para ir mucho más allá: les permite ignorarlas” (Castro, 2014:186) o cometer ciertas conductas que agravan, laceran y humillan al subordinado del sistema. Estas conductas a la vez son posibles gracias a una serie de elementos que se imponen desde la formación del personal de salud, que se describirán enseguida.

### **La formación del saber médico**

Castro nos ayuda a visualizar cómo el papel de la formación médica y la apropiación por parte de los médicos estudiantes de los preceptos del modelo médico hegemónico se gestan en la enseñanza práctica cotidiana del área de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Aurelio Valdivieso, la cual se construye a partir de un currículum oculto o currículum no formal. Este último se refiere primeramente al papel que ocupan los castigos y el disciplinamiento corporal en la formación del personal médico, personal que desde el inicio de su formación “percibe la centralidad del castigo como recurso mediante el cual se les forma. En particular, (para los médicos/médicas) en los años del internado y la residencia cuando el castigo es usado como un vehículo para la trasmisión de conocimientos” (Castro, 2014: 178). Este es, a su vez, un recurso no sólo para disciplinar, sino para afianzar una jerarquía (Idem), de la cual ellos son conscientes. En ese sentido, retomamos una de las clasificaciones de Portelli (1998), sobre el currículum oculto intencional, que define como aquellos mensajes implícitos de los cuales no se desconocen los efectos y que pueden conllevar ciertos contenidos, promover ciertos valores, o provocar ciertos comportamientos.

Nos detendremos en el análisis del currículum oculto con todas estas facetas porque considero que es particularmente útil para entender el proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos internos

en el área de gineco-obstetricia del hospital Valdivieso en específico, ya que este concepto nos sirve para discutir la importancia de la práctica médica, como estructura que construye no solo saberes técnicos, sino ideológicos en esquemas rutinarios. En este contexto, no solo se forman a los estudiantes en esos saberes de manera rutinaria para brindar una atención moldeada por la biomedicina, sino para promover relaciones jerárquicas y una ideología específica acerca de la práctica médica institucional, el trato a las usuarias y por supuesto acerca de sus funciones, objetivos y tareas de los mismos MIP dentro de su proceso de formación.

### **El papel de la jerarquía médica en la enseñanza del MIP**

En el hospital en general, pero particularmente en el área de gineco-obstetricia, la enseñanza se encuentra jerarquizada y aunque depende de la voluntad del médico o médica encargada para ejercerla, muchos de los y las adscritas ven a la enseñanza como una responsabilidad moral y como una forma de devolverle al hospital lo que ellos/as aprendieron ahí anteriormente. Defino esta responsabilidad moral como una acción social de cumplimiento individual y voluntario que tiene un principio ético positivo y un origen en las costumbres, usos y valores heredados y culturalmente adquiridos en nuestra vida en sociedad, de acuerdo con “Dworkin, es el hilo conductor de toda responsabilidad (...) asumiendo con deber las consecuencias de los actos realizados, con capacidad, voluntad y libertad”(Otero, 2016:473) .

La noción de devolución moral específicamente definida para este caso refiere a un acto de reciprocidad individual sobre la transmisión del conocimiento adquirido a través de la enseñanza por parte de otros sujetos del mismo contexto, sobre la cual se adquiere la responsabilidad moral de seguir transmitiendo y reproduciendo.

Las particularidades tanto de la responsabilidad moral, como de la devolución moral de la enseñanza y el conocimiento en el área de gineco-obstetricia del Hospital, juegan un papel importantísimo en la manera en la que se reproducen las formas jerárquicas y disciplinarias del proceso de enseñanza en este hospital. La enseñanza al ser un acto voluntario de la o el mentor adquiere un carácter ético que obliga moralmente al nuevo pupilo o pupila a aprender bajo una actitud subordinada, obediente y agradecida, sin oportunidad de réplica o discusión y con la promesa de un respeto y un reconocimiento sempiterno al maestro/a. Este fenómeno se da en un contexto de cadena de mando, y se convierte en una norma implícita de la enseñanza en el área.

En el área de gineco-obstetricia, jerárquicamente el médico adscrito debe enseñarle y/o mostrarle sus conocimientos, estrategias y métodos más especializados al residente de cuarto año; él de cuarto año al residente del tercer año; él de tercer año al R2 y el R2 al R1. Este último es quien tiene la responsabilidad moral de enseñarle al estudiante interno, ya que sus tareas y funciones son muy parecidas, solo que, con una responsabilidad mayor del residente, ya que son los residentes los responsables de cualquier

procedimiento durante la atención del MIP. Al mismo tiempo, los MIP tienen la responsabilidad de enseñarles a los pre-internos, o, por lo menos, ayudarles en su aprendizaje de cómo navegar el sistema (véase las jerarquías en la Figura 1).

Sin embargo, esta cadena de enseñanza no siempre sucede así, ya que depende de la voluntad tanto de el que tiene la responsabilidad moral de enseñar, como de el que tiene el deber de aprender. En trabajo de campo conocí a residentes de primer año, que, por decisión y actitud, no les enseñaban a los internos, argumentando que les daba flojera, que ellos habían aprendido solos y que ahora a los internos les tocaba arreglárselas por ellos mismos. Al mismo tiempo, conocí a otros residentes que estratégicamente asumían la tarea de enseñanza para que posteriormente cuando ellos se encontraran realizando otra tarea durante su guardia, el interno con base a los conocimientos adquiridos del residente realizase las tareas, sin supervisión y ayudara a “sacar el trabajo”.

Estos ejemplos etnográficos nos ayudan a reflexionar que, si bien esta forma de enseñanza podría parecer hegemónica, la agencia y campo de acción de los mentores en los procesos de enseñanza genera heterogeneidades, que se reflejan, por ejemplo, cuando el mentor tiene la oportunidad de asumir como responsabilidad moral la enseñanza a los MIP o en caso contrario no decida asumirlo y rechace esa tarea. Lo anterior demuestra que las jerarquías no son del todo inmóviles ni omnicomprensivas en el contexto y que las formas de enseñanza presentan también diversidad.

**Gráfica 6. Posiciones de jerarquía en el área de ginecología**



Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo

Un detalle sobre esta enseñanza jerarquizada es que, tal como registré en mi diario de campo, el interno frente a una tarea u orden que le den siempre obedecerá al de mayor rango y será este el único

que pueda quitarle un castigo. Por ejemplo, si en la sala de expulsión se encontrara el adscrito, el residente de tercer año y el residente de primero y el R1 manda al interno a apoyarlo pasándole gasas, pero en el momento que lo hace, el residente de tercer año, le pide sostener las piernas de la paciente, él deja de apoyar con las gasas, para sostener las piernas de la paciente, pendiente de que si el adscrito le pide realizar alguna otra tarea, por ejemplo, que vaya a traer las muestras de laboratorio al primer piso, él o ella atenderán siempre a la orden del médico de jerarquía más alta, aunque posteriormente sea reprendido tanto por el residente de tercer año, como por el de primero.

Sin embargo, ante la pregunta de quiénes son las y los médicos de los que más aprenden en el área de ginecología, los/as estudiantes reconocen que es el R1, aunque la enseñanza que se les dé sea mayormente por razones estratégicas, ventajosas y operativas que por cumplir con un rol asignado de docente por parte del R1.

Aunque estas formas de enseñanza se encuentran en el orden del currículum oculto (Castro, 2014), enseñanza tácita<sup>37</sup> (Apple, 1996), o conocimiento no legítimo (Giroux, 2004)<sup>38</sup> están instituidas y legitimadas como métodos endémicos del hospital, los cuales describiré enseguida en la Tabla 16.

Por lo que refiere a la Tabla 16, es importante mencionar que se trata de un modelo explicativo (asumiendo todas las limitaciones analíticas que esto significa) que construí a partir de las observaciones en las interacciones en el área de gineco-obstetricia del Hospital y que me sirve como una herramienta de sistematización y organización de una realidad que, en realidad, es fluida, cambiante y mucho menos coherente de lo que aquí parece. Advierto, por ejemplo, que el mismo mentor puede aplicar solo algunas modalidades o no otras o puede aplicar unas en ciertos casos o con ciertos MIP y no con otros, dependientemente de las circunstancias diversas y dinámicas de la cotidianidad.

**Tabla 16. Métodos y técnicas utilizados en el proceso de “enseñanza-aprendizaje” a médicos internos del Hospital Civil**

Métodos/técnicas	Descripción
1.Práctica, ensayo y error	Este es el método hegemónico per se de la enseñanza en el área de gineco-obstetricia del Hospital. Se da por sí mismo, debido al número de usuarias que reciben en el área de toco-cirugía, la práctica es suficiente y hasta excesiva para los estudiantes que ahí laboran, además de ser legitimada, porque tanto los estudiantes como los mentores asumen que el tipo de población que atienden es la ideal para la práctica y la enseñanza ya que, de acuerdo a sus palabras, por las

<sup>37</sup> “La enseñanza tácita de normas, valores y principios incluso actitudes que no se explicitan en el currículum formal, pero que son eficazmente enseñadas en la escuela y de las que no suele hablarse en las declaraciones de fines u objetivos de los profesores” (Apple,1996:113).

<sup>38</sup> “Aquellas normas, creencias y valores no declarados, implantados y transmitidos a los alumnos por medio de reglas subyacentes que estructuran rutinas y las relaciones sociales en la escuela y en la vida en las aulas” (Giroux,2004:72).

	características económicas desfavorecidas de la población, su nivel de analfabetismo o escolaridad limitada, la etnia y cultura a la que pertenecen, las pacientes “no reclaman”, saben que están siendo utilizadas y se ennoblecen ante tal causa, agradeciéndoles siempre la atención, sea buena o iatrogénica.
2. Empiria: sin conocimiento teórico previo	Este tipo de enseñanza se da “al calor de la atención” en donde el estudiante es mandado por cualquier superior, para que haga y/o reproduzca mecánicamente acciones, procedimientos, técnicas, trabajos, labores, maniobras u otras, dentro del proceso de atención, de las cuales el MIP no tiene idea de su justificación teórica, académica o científica, sino que lo hace o reproduce en la práctica. Solo a posteriori y no en todos los casos, el MIP llegará un día a preguntarse y/o investigar (depende de él o ella) sobre la práctica y entenderá por qué está haciendo lo que hace, bajo qué diagnóstico, por qué en esos momentos y circunstancias, y por qué con esa usuaria.
3. R0 <sup>39</sup>	Este método frecuentemente utilizado por los residentes de primer año, en donde al percibir el desempeño resolutivo, operativo y/o pasivamente aceptado por el MIP ante las órdenes y mandatos de ellos como de mayor jerarquía, eligen en cada una de sus guardias al interno que cumpla con las características deseadas, para entonces “jalarlo” junto a ellos, para mostrarles procedimientos, maniobras, métodos y otras técnicas de atención que ellos dominan para la resolución de un parto, una AMEU, etc.; de forma que, a partir de este aprendizaje (que se caracteriza por ser rápido debido a la carga de trabajo) los residentes puedan ocuparse de otras labores, sabiendo que su "R0" se está haciendo cargo del demás trabajo. Al haberle enseñado, el R1 no duda que su "R0" pueda resolverlo, con lo cual los residentes se ven liberados de cierta carga de trabajo. El "R0" se ve beneficiado al recibir aquellos conocimientos, lo mismo que el hospital en términos de un funcionamiento más resolutivo de las cargas de trabajo. Sin embargo, es común que estas enseñanzas se den de manera discontinua, a lo que la/el interno tiene que estar totalmente atento y fijándose de los detalles porque sabrá que el residente por falta de tiempo y exceso de carga de trabajo no le volverá a enseñar, en cual caso habrá desperdiciado una oportunidad valiosa.
4. Mérito <sup>40</sup>	Este método es utilizado específicamente con los médicos internos. Se da a partir de ver que él o la estudiante “se esfuerza” más que sus compañeros; en labores, tareas y quehaceres dentro del área, es entonces cuando un interno logra obtener la atención de un residente, éste decide que después de tal esfuerzo, <i>merece</i> ahora sí aprender los conocimientos que el residente posee, ya que sabe que puede confiar en él o ella para realizar las labores que le corresponden al residente. Lo anterior, implica que este método funciona como un tipo de pago recíproco por la enseñanza en donde el MIP apoya con trabajo al residente en el desempeño de sus tareas, aminorándole la carga de trabajo. Este método también puede ser resumido con el dicho famoso en el Hospital “aprende él que tiene interés”, “aprende él que le echa ganas y él que no, no”, ya que como los internos me mencionaban en algún momento “aquí puedes pasar con los ojos cerrados y solo seguir instrucciones, pero eso no significa que aprendas, aprendes cuando investigas y preguntas el por qué, el para qué, y entonces te das cuenta de lo que estás haciendo”.

<sup>39</sup> Categoría no oficial, hecha y apropiada por los médicos residentes del hospital, para designar a un médico o médica interna que realiza labores y trabajo a un nivel parecido que lo residentes.

<sup>40</sup> Categoría extraída de diario de campo, etnografía y entrevistas con el personal de la rotación de ginecología.

5. Regaño <sup>41</sup>	Es el método en el que a partir de que un estudiante se equivoca, omite, olvida o reclama etc, un superior le reprime vociferándole en un tono alto y públicamente sobre su falta, de manera intencional, y continúa como una forma de reafirmar el conocimiento sobre lo que no se debe de hacer en la práctica hospitalaria, la cual forma parte de su proceso de enseñanza-aprendizaje.
6. Humillación <sup>42</sup>	Acciones bajo las cuales un médico/a de rango superior con estrategias vinculadas al ego, el orgullo y el honor, ofende, sobaja, desvalida o deslegitima de forma privada o pública a otro médico, de menor rango, en específico estudiantes. Esto con la intención de que, a partir de la humillación, y el “hacer sentir mal”, ellos y ellas aprendan a no cometer el mismo error en su labor, la cual es intrínseca en su proceso de enseñanza-aprendizaje,
7. Castigo <sup>43</sup>	A través de este método se le da al estudiante una sanción física, monetaria y/o humillante, relacionada con alguna actividad dentro del currículum formal u oculto del proceso de enseñanza-aprendizaje, en donde el cuerpo y la psique funcionan como un repositorio de recuerdos que advierten al sujeto no realizar el mismo error u omisión para una siguiente vez.

Fuente: Elaboración propia, extraída de datos en trabajo de campo.

Es importante añadir que, aunque cada técnica o método forma parte del mismo proceso de enseñanza-aprendizaje a lo que se enfrentan los MIP en el área de ginecobstetricia, cada una responde a distintas finalidades u objetivos, donde algunos se intersectan y corresponden y otros no.

Cabe notar que la mayoría de estos métodos, más allá de su objetivo específico en la enseñanza del MIP, tienen un uso subyacente operativo, que es el desahogo de la carga de trabajo del área, convirtiendo la implicación disciplinaria en un simple vehículo de aceleración y cumplimiento del trabajo. Por ejemplo, el método de “práctica, ensayo y error”, si bien puede servir al interno o la interna para evidenciarle a sí misma que no sabe lo necesario y que debe prepararse más, al residente le sirve para identificar en qué nivel se encuentra y si es o no candidata para asumir la tarea del R0.

Esto sucede mucho en la atención de los primeros partos de una rotación, en donde un residente hace responsable al MIP de la atención de un parto, lo sienta en el banco frente a las piernas de la mujer para recibir al bebé y se coloca parado detrás el MIP, le dice cómo hacerlo, le toma las manos e intenta guiar las maniobras: Si la o el MIP en el inter se tarda, no puede o se pone nervioso, es frecuente escuchar del residente en tono de regaño “quítate”; el interno se levanta apenado y humillado frente a los espectadores y la o el residente atiende el parto, vociferando y haciendo muecas de disgusto. Este ejemplo, cumple el objetivo de mostrar al MIP y a las y los otros del equipo (bajo un contexto jerarquizado) lo que deben de aprender en atender un parto, las actitudes que deben tener frente a la enseñanza y el mensaje

<sup>41</sup> Categoría extraída de diario de campo, etnografía y entrevistas con el personal de la rotación de ginecología.

<sup>42</sup> Categoría extraída de diario de campo, etnografía y entrevistas con el personal de la rotación de ginecología.

<sup>43</sup> Categoría extraída de diario de campo, etnografía y entrevistas con el personal de la rotación de ginecología.

de que en todos los procedimientos que se hacen, prima la rapidez, la eficiencia y la operatividad. Al mismo tiempo, se rechazan actitudes que alenten o pausen la atención, como miedo o nerviosismo.

Pasa algo parecido, en el método del R0 en donde el enseñar tiene un uso operativo y utilitario. El MIP es consciente de que se le enseña para servir al ritmo en el que el hospital se maneja y en el residente está implícito que su enseñanza será útil en el sentido de desahogar el trabajo.

Sin embargo, existen otros ejemplos, donde se vuelven concomitantes el regaño, la humillación y el castigo porque lo que prima es la preservación del sistema de jerarquías y del status quo del contexto, como asumiendo que, de la preservación de esto, depende el buen funcionamiento del área.

En Alejandro, un MIP de la segunda rotación con la que trabajé, se muestra este hecho. Él es originario de Huajuapán, tiene 23 años, es el más grande de dos hermanos. Su mayor influencia para estudiar medicina y entrar a hacer el internado en el Hospital Civil fue su madre, la cual labora en un hospital en el área de administración como secretaria. Aunque después de haber terminado la rotación de ginecología, se siente molesto porque todo el papeleo que se realiza es con un método "rústico" y "antiguo" (las notas hechas a mano, por ejemplo), asume que todo se compensa en comparación con otros internos de otros Hospitales cuando de práctica se trata. Alejandro dice que en la rotación de ginecología atendió alrededor de 50 partos o más.

Entrevisté a Alejandro durante una guardia, aproximadamente a las 2 de la madrugada. Él estaba encargado del puerperio fisiológico y se encontraba elaborando notas de evolución de las usuarias, su escritorio estaba justo frente al escritorio de las y los residentes que también estaban de guardia. Alejandro me explicó que había adelantado todos sus pendientes para poder platicar conmigo, pero que mientras platicábamos debía seguir tecleando en la máquina de escribir para que no lo regañaran. Yo acepté agradecida por el tiempo que iba a brindarme y comenzamos a charlar. Alejandro me escuchaba y respondía mientras tecleaba la máquina de escribir, se detenía por momentos para platicarme y después seguía tecleando. Una de las médicas residentes encargada de la guardia, nos observó platicar desde su escritorio y de forma sorpresiva lo cuestionó sobre mi presencia, él explicó que había adelantado el trabajo y que no se estaba atrasando en nada, la residente se quedó en silencio, pasando a un lado de mí, como ignorando mi presencia. Volvió la cara y dijo al interno en tono de regaño "¡apúrate, pues!" Alejandro y yo seguimos platicando, yo le dije "si te castigan puedo regresar después", él me contestó enérgicamente "yo sé que lo hacen para molestarme nada más", me pidió que no me fuera, que no tenían por qué castigarlo si estaba cumpliendo con sus pendientes, entonces acepté y me quedé.

Minutos más tarde llegó otra residente de la misma guardia, compañera de la anterior, intercepta a Alejandro, lo humilla y lo regaña "injustificadamente" frente a mí (de acuerdo con las propias palabras de Alejandro) diciéndole "no se pueden traer amiguitas porque te quitan el tiempo". Entonces a forma



de castigo lo hace responsable de un bonche de notas que deja en su escritorio -las cuales, de acuerdo con Alejandro no le correspondían--y lo manda al piso de abajo a traer los resultados de las muestras de laboratorio. Él me miró y apenado, me dijo “mejor nos vemos después”.

Este ejemplo da cuenta que las tareas que realiza el MIP a modo de aprendizaje del “ser médico” (ya que un médico debe de saber hacer su trabajo, sin involucrar a un sujeto externo en el proceso) se mezclan armónicamente con la enseñanza de las jerarquías que se establecen en el área, y esto responde a distintos objetivos. En este caso, el objetivo fue mantener el status quo de las jerarquías del espacio. Claramente la médica residente regañó y castigó al MIP por mi presencia, con la justificación de que el MIP estaba pausando el trabajo en el área. En realidad, lo que subyacemente estaba haciendo era reafirmar su rango y capacidad de mando al MIP y proteger su círculo cerrado de sujetos extraños donde le es confuso saber qué papel ocupan. El hecho de que me ignorara fue entonces un mensaje, donde me decía “tú no perteneces aquí” y la humillación al MIP fue una reprimenda hacia el ejercicio modesto de su agencia frente a ella.

El ejemplo anterior se refiere a un proceso de enseñanza-aprendizaje donde exclusivamente se reproducen las jerarquías y, a través de la humillación y el castigo, se le recuerda al MIP cuál es su lugar dentro de esa jerarquía. No hay transmisión alguna de enseñanza con contenidos técnicos o clínicos en esta interacción. Existen otros ejemplos, sin embargo, donde la enseñanza técnica al MIP se vuelve el objetivo principal.

En la rotación de ginecología conocí al residente de primer año, el Dr. Francisco, con el cual pude interactuar durante todas mis etapas de trabajo de campo. Este doctor rompía con muchas de las formas hegemónicas de enseñanza del área. Él decía que la mejor forma que tenía de aprender era enseñar a otros. Para el Dr. Francisco la enseñanza a los MIP era un ejercicio de respuesta, ante lo que él había sufrido como interno en otro hospital porque recuerda que a él sus residentes no le enseñaron y si lo hacían eran con regaños, al estilo de la “vieja escuela”. El Dr. Francisco siempre anheló tener el tipo de enseñanza que él ahora aplica en su papel como mentor. Repetidas veces lo vi enseñando a los internos en horas de descanso o cuando la Toco estaba vacía de usuarias, él mismo gestionaba con el jefe de los residentes material de enseñanza, como modelos anatómicos para practicar con los MIP cómo atender un parto, qué maniobras hacer o cómo responder ante una emergencia. El Dr. Francisco utilizaba un método de pregunta-respuesta con sus internos y los ponía a estudiar para que éstos se sintieran empoderados y pudieran debatir con otros residentes sus prácticas.

La respuesta de los MIP siempre fue positiva ante su actitud y la transmisión de sus conocimientos. Cabe mencionar que en las encuestas finales que realicé a los MIP, estos reconocieron repetidamente al Dr. Francisco, como uno de los residentes de los cuales más habían aprendido en el área de ginecología. Este médico me mostró durante ese tiempo de observación, que la enseñanza

hegemónica disciplinaria, enérgica y profundamente jerárquica en el área de ginecología-obstetricia, es porosa y depende en realidad de la movilización de la agencia de cada mentor.

## **SOBRE LOS MENTORES Y SUS MÉTODOS DE ENSEÑANZA**

Este apartado presenta en lo concreto, el papel que juegan los residentes como mentores de los internos, para posteriormente incluir algunos de sus datos biográficos, sus métodos favoritos y/o característicos de enseñanza y la forma en la que ellos/as los aprendieron a su vez, los adoptan utilizándolos con los MIP u otros residentes de rango menor durante la residencia en el Civil o, como vimos en el ejemplo anterior, los rechazan y/o los han transformado en su trayectoria en el sistema hospitalario. La descripción incluye médicos residentes de primero y hasta cuarto año.

La labor de enseñanza de los médicos residentes a los internos no está dictada de forma explícita por ninguna norma oficial, sino que deambula en una suerte de reciprocidad en donde ellos/as tienen la obligación de brindar sus conocimientos a los médicos de menor rango, como un favor en cadena, del que ellos también fueron beneficiarios en algún momento siendo MIP en éste u otro hospital. De igual forma, la enseñanza a los MIP es vista hegemónicamente como una labor social que beneficia indirectamente a las usuarias que los mismos MIP atenderán. En este sentido y de acuerdo a las narrativas de las entrevistas a los residentes, la enseñanza a los internos se concibe como una forma indirecta de agradecer a las usuarias, ya que la enseñanza que ellos pueden brindar al MIP asegura que la siguiente mujer (aunque no se trate de la misma que ellos/as atendieron para poder aprender) será bien atendida técnicamente hablando. Se concibe entonces como un favor devuelto, al haber antes utilizado los cuerpos de las mujeres usuarias del hospital para aprender a atender. Aunque esta concepción es hegemónica, también existen residentes mentores que no comparten la idea, y prefieren omitir la enseñanza de los MIP dentro de sus actividades, lo cual se considera legítimo, pero es moralmente reprobado en este contexto.

Un elemento crucial en el fenómeno del proceso de enseñanza en cadena, es que éste se da ante la ausencia de los profesores encargados (los médicos adscritos), los cuales serían, de forma ideal, el modelo a seguir, por ser médicos consolidados; sin embargo, en la práctica cotidiana hospitalaria, no es así, ya que su contribución en la enseñanza de los MIP se desvanece frente al mismo sistema de jerarquías que indica que un adscrito solo podrá enseñarle a un médico de un rango inmediatamente más bajo. El estudiante interno es un aprendiz que aún no es merecedor del conocimiento del adscrito; a él, quienes enseñan son los estudiantes de mayor rango--los residentes--que toman el papel de mentores de sus inferiores. En ese sentido, la enseñanza en este servicio hospitalario, como explica Graue, se encuentra jerárquicamente distribuida, es situacional y a la vez contingente (Graue, 2005: s.p.).

El papel de los médicos residentes como mentores de médicos internos en ese contexto de contingencia toma gran relevancia ya que:

“Los médicos residentes a menudo son los profesores primarios de los estudiantes de medicina e internos o bien residentes de ingreso posterior al de ellos y en ocasiones pasan hasta 20-25% de su tiempo en actividades de enseñanza, algunas encuestas reportan que de los residentes reportan haber recibido más del 40% de su enseñanza por compañeros residentes. Parte de este currículum informal de aprendizaje ocurre durante las noches y guardias de fin de semana cuando las médicos de base no están presentes. En forma importante estas actividades de enseñanza a menudo las llevan a cabo sin ninguna instrucción formal a pesar de su papel crítico como educadores” (Kershenovich, 2006: s.p.).

Además, para el médico interno de pregrado la/el médico residente se vuelve una guía concedora del sistema médico, un maestro y un modelo a seguir, no solo a nivel de práctica y conocimiento, sino también de actitudes frente a la atención y las usuarias, ya que, como lo mencionamos anteriormente, existe un aprendizaje que corresponde al currículum oculto, que se genera por la observación del ambiente en el que se desenvuelven los estudiantes, en el cual se copian, refuerzan o rechazan valores, actitudes y conductas. En ese sentido, la/el médico en la vida hospitalaria, encuentra un maestro que será su modelo a seguir, con base al cual genera un aprendizaje social que será determinante en su labor como profesional (Graue, 2005:s.p.).

Los residentes cumplen en su mayoría este rol educativo sin haber recibido previamente ningún entrenamiento pedagógico formal. Ante este hecho, su rol educativo la mayoría de las veces se construye de manera espontánea, no planeada o serendípica, es resultado de la intuición o imitación de sus profesores o de los estudiantes de un nivel más alto (Méndez y Mendoza 2013:155), lo cual conlleva a pensar en el proceso educativo de los médicos internos como un proceso educativo desorganizado, nebuloso e instrumentado sin elementos pedagógicos de enseñanza-aprendizaje.

El jefe del área de ginecología, al preguntarle sobre los residentes del hospital, me compartió un dicho coloquial que de forma sutil da cuenta de su papel dentro de la jerarquía médica del hospital y nos ayuda a visualizar por qué, dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, entre más rango tengas, menor contacto tienes con el papel de mentor del interno.

Dr. Marco: Al R1 le decimos “R1, como ninguno” ¿por qué? Porque tiene que enfrentarse a todo. El R2 “se cree Dios” porque el R2 empieza a operar, entonces ya le das la posibilidad de un...le abres el panorama quirúrgico y se siente Juan Camaney<sup>44</sup>, el que todo lo puede (cosa que no es cierto) pero es parte inherente. El R3 “ni lo ves” así se dice, ¿Por qué? Porque es un tipo que ya pasó la etapa de operar, operar, operar y él se da el lujo de salirse un ratito. El R4 se menciona que es el “R4 es del jefe el gato” ¿por qué? Porque prácticamente es un jefe, ya aprendió todo, está detallando nada más y entonces está pegado con el jefe nada más viendo detalles ¿no? Detalles muy finos de la cirugía,

---

<sup>44</sup> Modismo mexicano, que refiere a ser muy astuto.

entonces así es como se menciona “R1 como ninguno, R2 Dios, R3 ni lo ves y R4 el jefe del gato”.

Dr. Samuel “R1, como ninguno”

El Dr. Samuel (R1) llega a convertirse en estudiante de medicina cuando rechaza seguir siendo soldado en el ejército, del cual, dice, huyó para ya no quitar la vida, sino mantenerla. Al Dr. Samuel lo conocí en el área de Tococirugía, siempre serio, estoico y activo con sus usuarias, revisando pacientes y atendiendo partos. El Dr. Samuel tienen 33 años y es egresado de la Facultad de Medicina de la UABJO, aunque el doctor no hizo su internado en el Hospital Civil, su objetivo siempre fue llegar a él. Es así como, cuando se plantea la residencia en ginecología, él hace el examen y entra ahí. Su interés en este hospital siempre fue la práctica, ya que cómo él comenta:

“la práctica para nosotros es lo fuerte. Puedes saber la cuestión metabólica, la cuestión que te enseñan en la escuela, pero la cuestión de práctica es lo más importante, lo demás puedes seguir estudiándolo sobre la marcha o después. Entonces una de las motivaciones para estar en este hospital pues fue eso no, el motivo por el que se llega a este hospital fue eso y que es un hospital de concentración. Realmente aquí, si no resuelve este hospital, pues se manda a México”.

Recuerdo mucho al Dr. Samuel porque fue él y sus compañeros de guardia a quienes siempre vi interesados en la enseñanza de sus internos, dando clase referenciando libros y temas, sobre cómo debía realizarse la atención del parto. Llegué incluso a ver cómo siendo R1, el Dr. Samuel trataba estas clases con seriedad dentro de la sala de partos y era reprendido por las enfermeras, las cuales decían que ni el quirófano, ni la sala de labor eran para dar clases, que para eso los internos tenían sus salones; sin embargo, el las seguía impartiendo.

Durante la entrevista y platicando sobre el tema de las excesivas cargas de trabajo de los residentes, el Dr. Samuel me comentó que sus compañeros/ras R1 y él estaban a favor de una nueva propuesta del Partido Acción Nacional de la norma oficial de residencias médicas porque significaba transformar la forma de enseñanza de la “vieja escuela” y ellos y ellas apoyaban y abogaban por un cambio en la formación. Esta propuesta cambiaría por ejemplo que “de las 120 horas de trabajo a la semana que ahora cumplen, solo tendrían que trabajar 80”. El apoyo a esta propuesta significa continuar una lucha que han mantenido los residentes de la nueva generación, en réplica a la lucha de sus compañeros/ras, sus R+ que cuando entraron “lucharon mucho para que nos dieran clase porque antes era mucho menos las clases, ahorita tenemos clases tres veces a la semana, tenemos un módulo de maternos fetales dos veces a la semana, o sea, prácticamente tenemos clases a diario, eso es bueno aunque muchas veces por la carga de trabajo no puedes leer como debería ser, o no pones atención como deberías de hacerlo”.

Recuerdo que el Dr. Samuel, después de un mes de conocerlo y con un poco de amistad de por medio, me reveló la existencia y uso de dos técnicas en la atención de las mujeres embarazadas, la primera es el “punto de la quinceañera” que, me comentó, se hace de forma frecuente y autónoma por parte de los residentes, sin preguntarle o consultarle a la usuaria a la que están atendiendo. Comentó que, cuando se trata de una mujer que ya tuvo muchos hijos es entendible que:

“el tejido... se va haciendo delgado, entonces al momento que tú haces una episiotomía puedes hacer un canal vaginal más estrecho y eso para su pareja pues se vuelve complaciente. Para la mujer también hasta cierto punto. Yo lo aprendí como el “punto de la quinceañera” y si hay una variante cuando inicias tu episiotomía y como continuas para que funcione esto, pero sí, se hace. Yo lo hago a veces, cuando son pacientes que tienen muchos bebés y digo, bueno “debes tener algún premio por esto.”

La técnica implica simbólicamente volver el himen de la mujer a un estado casi “virgen” para el disfrute de la pareja masculina, lo cual se hace en un ambiente de total discreción y complicidad por parte de los médicos, sin informar a la mujer ni, mucho menos, pedirle su consentimiento. Lo anterior nos hace reflexionar cómo esta práctica médica reafirma la noción de mujer como objeto sexual y de disfrute masculino, que la “reducen a su cuerpo o partes de éste” (Sáenz, Valor, y Expósito, 2012; 41). También, nos hace reflexionar acerca de cómo estos médicos naturalizan sus prácticas intervencionistas, pasivizantes y objetivantes de las mujeres pacientes, en un contexto hospitalario donde éstas nunca son vistas como sujetos con agencia y poder de decisión o, simplemente, como sujetos de derechos.

El Dr. Samuel me contó además de otra técnica--un punto de sutura--que es utilizada para "sorprender" y llamar la atención de las médicas internas que los acompañan durante las cesáreas. Este punto fue llamado por un adscrito del área “el punto atrapa-internas” porque, según el relato, el médico se luce y exagera los movimientos del punto, haciéndolo parecer complicado, cuando en realidad es solo un acto técnico sencillo que más que todo revela presunción y vanidad, que puede dejar sorprendida a la médica estudiante. Ella, ante tal hecho, pregunta al residente si puede enseñarle a hacerlo, el médico responde que no, pero con la intención de ser perseguido por ella; para que, al final, la que resulte emboscada sea la interna, que posiblemente estará dispuesta a ser cortejada o acosada por parte del superior, para adquirir ese supuesto conocimiento. Este ejemplo demuestra de nuevo, de qué manera la desigualdad y la violencia de género atraviesa el proceso de enseñanza de las mujeres MIP, al ser “sistemáticamente construidas como inferiores (...) como objetos sexuados (antes que como alumnas), como personas con minusvalía intelectual por ser mujeres” (Castro, 2014:347) y asumir esto como condiciones que posibilita -engañarlas y emboscarlas-por parte de sus superiores.

La desigualdad y discriminación de género están presentes a lo largo de la formación, y son transversales en los métodos y técnicas de enseñanza analizados durante la carrera y la formación hospitalaria, ya que “durante la carrera de medicina, y a lo largo de sus años de formación, las mujeres

deben sobreponerse permanentemente a un conjunto de dispositivos sociales que las cercan y se despliegan en su entorno para invisibilizarlas, para hacerlas menos, para remitirlas al lugar de la subalternidad” (Castro, 2014:348)

Sobre la enseñanza, el método favorito y el que más le funciona al Dr. Samuel, es tener a un R0 para de esa forma poder sacar el trabajo. Del R0 nos explica:

“Siempre pretendes que el interno de tu guardia esté mejor preparado, ¿Por qué? Porque no te va a andar buscando y diciendo algo que le explicaste? bien, él va a empezar a resolver sus propios problemas en el servicio, que tal vez nosotros tendríamos que resolver, pero en la guardia siempre sucede que tienes un R0 que es el interno como que lo ves más abusado, y es lo que pasa muchas veces, quien busca más y hace más, quien te pide más, le das más. Entonces siempre procuras más a tus internos o a los internos de tu servicio para que te ayuden.”

El ejemplo del R0 nos ayuda a entender que sí, se comparten objetivos utilitarios y operativos en los métodos de enseñanza de los R1 con los internos, donde sí conviene a estos residentes enseñar cómo desempeñar el trabajo – en palabras de los entrevistados y entrevistadas - de manera eficaz y eficiente, a partir de conocimientos concretos, para el desahogo del trabajo en el área.

Dr. Said, El R2 “se cree Dios”

Said estudió en la UABJO la licenciatura y su internado lo realizó en el mismo Hospital Civil. Tiene dos años haciendo la residencia, ha llegado a la etapa de solo estar en el quirófano y se ha olvidado un poco de la sala de expulsión, ya que su rango le indica que una estancia quirúrgica es lo que le ayuda a aprender y afinar sus conocimientos técnicos ginecológicos en esta etapa.

Recuerdo al Dr. Said, siempre vestido con filipina y traje quirúrgico, entrando en la Toco de bata y ser reprimido a veces por las enfermeras al hacer eso. El Dr. Said, también es conocido por las MIP que entrevisté, por ser “conquistador” en el hospital, por su “coquetería” con las enfermeras y con las médicas internas. Durante mi trabajo de campo, caminando con el Dr. Said por los pasillos, recuerdo que fue él quien me contó sobre “la fecha de caducidad de las internas” y las consecuencias de la convivencia diaria, que provoca que te termines enamorando y desenamorando siempre en el hospital. Sin embargo, en realidad lo ví teniendo muy poco contacto con las y los internos, ya que el Dr. Said siempre se encontraba o entrando o saliendo de cirugía, en donde, como lo dictan sus reglas, solo debe de haber un MIP instrumentando, los demás son o adscritos, o los mismos R2.

En cuanto a la enseñanza con los MIP, uno de los métodos favoritos del Dr. Said--por lo menos a nivel ideal, ya que en lo cotidiano su contacto es mínimo--es el castigo académico, del cual nos comenta:

“Yo siempre he pensado que los castigos están mal, o sea, los castigos por ejemplo donde te quedas castigado toda una guardia y todo, pero también he experimentado que

aprendes sobre tus errores cuando tienes una represalia por haberte equivocado. Entonces cuando te equivocas una vez y te castigan, a la siguiente vez cuando te vas a volver a equivocar ya lo piensas una vez y dices “no, esto ya me equivoqué una vez, lo hice mal y me pasó esto”. Entonces ya no lo voy a volver a hacer. Pero cuando no te reprimen o no te dicen nada por haberte equivocado, la siguiente vez, te vas a equivocar. Entonces yo dejo castigos, pero castigos donde les pido un resumen o un comentario bibliográfico de alguna enfermedad y se van cuando ya lo tengan; es su tiempo, porque es tiempo que ellos pierden, pero les beneficia al aprender algo, entonces esa es como la forma de aprendizaje y realmente sí ayuda o se ha visto que se forma mejores médicos siendo más estrictos (...). Si tú les permites muchas cosas, que lleguen tarde, los apapachas, no los castigas, nadie hace las cosas a la buena, la mayoría somos como humanos necios o no las hacemos. Dicen: “no lo voy a hacer” pero si no tienen represalias o sabes que no te va a pasar nada, pues no”.

Este testimonio nos ayuda a reflexionar en dos sentidos. El primero, es que su forma de castigo -el castigo académico- a los MIP es una respuesta y un rechazo a las formas de castigar de la “vieja escuela”. Ya que él no "castiga" humillando u hostigando, más bien trata de hacerlo de una forma que se distancia de cómo le enseñaron a él en su paso en el Civil como MIP y R1, frente a lo cual recuerda con resentimiento su experiencia con los castigos monetarios, donde tenía que pagarle una cena a un adscrito para que al otro día le enseñara un procedimiento en el quirófano. El Dr. Said, recordando esto, ha tratado de darle una finalidad pedagógica al castigo, para que los MIP aprendan no solo por el hecho de tener que cumplir con una tarea adicional, sino a través de lecturas clínicas que les enseñen contenidos clínicos. El siguiente punto para analizar, es que si bien el Dr. Said, trata de transformar la manera en la que enseña, tratando de no reprimir humillando u hostigando, sigue manteniendo una actitud disciplinaria, al decir que debe haber reprimendas o represalias cuando un MIP no se adecúa a las reglas de su labor en el área.

Dra. Tere (R3) "ni la ves"

La Dra. Tere estudió medicina en la UABJO y el internado lo hizo en este mismo hospital. Ella es originaria de la Sierra Juárez y tuvo que migrar a la ciudad para poder estudiar, lo cual nos cuenta le pareció muy pesado. Finalmente, la Dra. Tere decidió quedarse en este hospital para realizar la residencia porque:

“Es mucha práctica, muchas manos, mucha cirugía, hay mucha, o sea, hay muchas pacientes para realizar mucha más práctica. Si bien es cierto no hay tanta teoría, no importa, porque yo siento que la teoría vas, la lees, te sientas y te la aprendes, pero no es lo mismo que practiques algo, por ejemplo que hagas una cesárea, dos cesáreas, cada procedimiento es diferente. Entonces yo siento, yo me vine por la práctica”.

La relación que generé con la Dra. Tere, fue al principio de distancia y de recelo porque la mayoría de las veces que la veía en la Toco, la encontraba regañando o hablándole en voz alta a un interno o un R1, o incluso a las usuarias. Su semblante en el área es temido, ya que era ella quien, con uniforme quirúrgico o filipina, llegaba a checar y evaluar el trabajo de los médicos de menor rango, quienes se

acercaban a preguntarle sobre algún procedimiento o diagnóstico en la atención de las usuarias. Tiempo después logré interactuar con ella y conocí a una persona distinta, con un tono de voz diferente con el que se comunicaba con sus colegas, una voz más amable, que llegó a contarme sobre las prácticas que el excesivo volumen de atención del hospital te obliga a hacer, aunque no sean del todo buenas para las usuarias:

“Por ejemplo, tienes una paciente con cuatro centímetros de dilatación y yo creo que no es lo adecuado tal vez, pero agarras y dilatas hasta quince centímetros en poquitos minutos, introduciendo toda tu mano para estirarla, y sabes que se va a desgarrar pero lo haces con tal de que nazca el bebé de la paciente por parto porque tienes otras cinco ahí, esperando. Tú como médico sabes que se puede desgarrar y puede sangrar y lo haces. O ponerle oxitocina al mismo tiempo, porque sabes que hay más actividad, más contracción y que puede tener mucho mayor riesgo, pero es inútil porque realmente existe un riesgo muy aumentado y que no debería de provocarse, pero tú sabes que si lo haces va a salir más rápido la paciente”.

Este testimonio etnográfico nos ayuda a reflexionar dos puntos. El primero, tiene que ver con que, si bien el contexto de sobrecarga promueve este tipo de prácticas, éstas se normalizan en la enseñanza y se utilizan rutinaria y sistemáticamente. Ya que, como pude registrar en trabajo de campo, muchas veces se realizan estas prácticas del "tacto" estando el área con muy poca afluencia de usuarias, lo que contradice la justificación de sobrecarga de la médica residente.

De acuerdo a Orozco y Rocha algunas investigaciones sobre violencia obstétrica apuntan a justificar su origen en las condiciones estructurales del sistema de salud – como en el caso de la Dra. Tere, que habla de sobrecarga- y “ven este fenómeno como un problema de 'calidad' de los servicios, debido a la falta de personal, exceso de pacientes, falta de insumos, entre otras, que facilitan que se presente síndrome de Burnout en el personal” (Valdez, 2013; Pintado-Cucarella, Penagos-Corzo y Casas-Arellano, 2015, citados en Rocha, 2019:s.p.). Sin embargo, “tomar esa perspectiva resta responsabilidad a quienes ejecutan esas acciones, y desdibuja o hace invisible las dinámicas de género sustentadas en el sexismo y androcentrismo que prevalece en el ejercicio médico, así como las relaciones de poder asimétricas entre el personal médico, el administrativo y las mujeres receptoras de este tipo de violencias” (2019:s.p).

Aunque la Dra. Tere no pasa tiempo con los internos, ella recuerda que cuando era R1 su método más efectivo de enseñanza era con ellos, el que se da por mérito:

“Yo por ejemplo, me siento con un parto y pregunto así de la nada a un interno '¿Qué es esto?' '¿Qué es lo otro?' pero siempre y cuando el interno te conteste, el interno de cierta manera muestre el interés. A mí en lo personal no me gusta enseñarles a quienes les vale o les preguntas algo y te dicen 'ah, no sé' o a quienes les digas 'oye, tráeme tal cosa' y te diga 'no, es que ya fui y no pude'. O sea, realmente yo creo que ellos deben mostrar un interés para que también tú puedas mostrar un interés para enseñarles”.



Esta modalidad de enseñanza se asocia de alguna manera con el concepto de meritocracia en donde se asume a una institución o “una sociedad organizada alrededor de los principios del logro” (Albornoz, 2002:123) que se “orienta por valores de máxima calificación que le permitan desarrollar un orden sistémico en función de objetivos realizables” (Íbidem:121). En el ámbito de la educación en el hospital, lo anterior resulta en un proceso de enseñanza disparejo, un tanto desorganizado, meritorio pero guiado siempre por las afinidades personales de los mentores, además de que esto se desenvuelve en un sistema de relaciones de poder jerárquicas y profundamente desiguales entre los mentores y los internos, con los que se reproduce y se reafirma que la enseñanza se gana a base de obediencia, favores y méritos que, al final, a su vez contribuyen a mantener el mismo status quo.

Dr. Amir, el R4 "el jefe del gato"

El Dr. Amir y yo nos convertimos en buenos compañeros. Él se acercó a mí para pedirme ayuda para completar su tesis para el examen de finalización de la residencia. En este trance, compartimos muchas horas de plática en donde pude darme cuenta de que él no mantenía relaciones directas con los internos, sino a través de sus residentes de rango inferior. Él se relacionaba en mayor medida con los adscritos, los cuales se dirigían a él ya como un igual; sin embargo y al mismo tiempo, nunca lo escuché tutear a los adscritos, sino siempre decirles “maestro” o “maestra”.

Durante la ayudantía a su trabajo, me percaté que cuando nos sentábamos en la oficina de los residentes y los otros le iban a buscar para que realizara una cirugía o un procedimiento que para ellos era difícil o complicado, él tenía el derecho de negarse porque se encontraba trabajando conmigo. Era como estar con un adscrito, pero que seguía siendo aún estudiante.

Amir me compartió en muchas conversaciones las relaciones de poder que se daban en el hospital, los tratos que debía tener con cada uno de los adscritos o internos y me advertía de quién cuidarme de regaños, acosos y hostigamientos, y de quién no. Al conocerlo, tuve la oportunidad de conocer y convivir con otros R4, que llegaban al servicio a mandar, regañar y castigar, cuestión que al Dr. Amir molestaba, porque se trataba del mismo hostigamiento que ellos habían vivido en su momento por parte de sus superiores y que ahora no sólo podían reproducir, sino tenían por fin la oportunidad de transformar. Fue interesante notar que esta voz crítica con el rechazo a la enseñanza de la “vieja escuela” de sus propios mentores, sólo la aplicaba con los MIP, mientras que con sus colegas residentes tomaba una actitud disciplinaria y enérgica en la que siempre recalca que un residente tiene la obligación de ir un paso más adelante que los MIP.

Tal vez por tener una actitud de alguna manera contradictoria o ambigua, el Dr. Amir me contó que cuando era R2 o R3, el método de enseñanza que mejor le funcionaba era la humillación, en donde

a partir de dejar en vergüenza a un residente frente a un interno, el residente se veía obligado a estudiar más y por ende a aprender de esta experiencia que lo evidenciaba ante un inferior. Amir decía que esto no podía verse precisamente como un castigo, aun sí, tal vez, lo era porque provocaba pena y/o sufrimiento para los residentes involucrados.

Este método de enseñanza está ligado estrechamente con “la cultura del maltrato”, o “cultura del abuso” que se ha estudiado específicamente con estudiantes de medicina y que en este trabajo puedo clasificar y sistematizar a partir de las categorías de regaño, humillación y castigo. Consejo y Viesca argumentan que, aunque se trata de un proceso inadecuado, es parte de la conformación de la identidad profesional del médico que, vivido como un choque violento, puede llegar a tener repercusiones de gran trascendencia en la construcción de su identidad y en la forma en la que ellos enseñan a sus inferiores, cuando toman el papel de mentores (2008:17). Aun si no constaté de persona que el Dr. Amir implementara este método, sus reminiscencias de años previos en este mismo contexto, me hicieron ver que la cultura del abuso ha sido parte de este ambiente de trabajo y de las relaciones humanas que se han establecido en esta área del hospital durante por lo menos algún tiempo.

Como podemos ver, todos estos métodos entran dentro del campo de la enseñanza no oficial; es decir, lo que estudiosos del campo educativo han llamado *curriculum oculto*, el cual bajo la lógica de una estructura subyacente logra que los estudiantes “interioricen valores que acentúan el respeto a la autoridad, la puntualidad, la limpieza, la docilidad y la conformidad (...) además de un cúmulo de normas, valores y creencias” del mismo sistema hospitalario (Zamorano, 2007:72).

## **EL CASTIGO COMO MODELO DE APRENDIZAJE DEL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CIVIL**

La genealogía del “castigo” como herramienta de formación, puede rastrearse en México desde la época colonial, cuando con la inserción de la institución de la iglesia en las poblaciones indoamericanas, la idea civilizatoria justificaba la dominación física e ideológica. Es fácil encontrar en las memorias de la época, cómo las distintas órdenes religiosas tuvieron a la “formación” de la cultura “no civilizada” como uno de los objetivos principales de su quehacer durante más de quinientos años. El sello “distintivo” del individuo civilizado en América colonial, conlleva que la evangelización sea entendida también como “civilidad” o “domesticación del bárbaro” (Araya, 2006:352).

La definición etimológica de “castigo” nos remite al “hacer casto” o “hacer puro”. Desde aquellos siglos, el castigo asumió distintas formas y generó múltiples representaciones. Dentro de esa diversidad, “el “castigo corporal” fue la costumbre más practicada y difundida de la época, ya que respondía a un orden determinado, que dictaba una noción de cuerpo y corporeidad desde la ideología y cultura cristiano-católica: un cuerpo rebelde, un cuerpo con impulsos se tenía que domesticar y dominarse, para entonces

poder dominar y domesticar las ideas” (Araya, 2006:353), la mente, el pensamiento. El cuerpo se veía como un repositorio que “sustentaba la noción de persona, ello significaba que la persona se constituía y era reconocida como tal cuando centraba su parte sensible y no racional porque el “cuerpo” fue entendido como el componente material de lo humano” (Ibidem:350), por ende el cuerpo fue el soporte fundamental de la “aplicación de las prácticas, porque los castigos son los que permiten instalar las nociones de justicia de occidente y, por tanto aquella particular noción de “cuerpo” (Ibidem:366). En esta mirada, no es fortuito el hecho de hallar que “las reglas y normas de comportamiento religioso son prácticas de control del cuerpo y, en este sentido y dentro del horizonte americano colonial, funcionaron como mecanismos de interiorización de los fundamentos filosóficos, morales y éticos de una sociedad occidental cristiana” (Ibidem:351).

Otro aspecto interesante de la noción de “castigo”, es que su ejercicio responde a un orden de relaciones desiguales y jerárquicas donde hay alguien que castiga, y alguien que puede ser potencialmente castigado “como un método para obtener el orden” (Valle, Vega y Flores, 2013:62). Es por eso por lo que “en América dicho principio (aplicación del castigo) fue fundamental para mantener la relación desigual entre conquistados y conquistadores, y posteriormente, para sostener la desigualdad necesaria a una sociedad de Antiguo Régimen” (Araya, 2006: 352).

Quinientos años después del proyecto colonizador, quedan ciertos vestigios y huellas de esta forma de aprendizaje, que se han impregnado en nuestros patrones de comportamiento como respuesta a una adaptación obligatoria. La aplicación del castigo y la sumisión ante él, han llegado a ser un sello distintivo de nuestros aprendizajes y se han vuelto una práctica rutinaria de ciertos espacios institucionales, en donde la escuela y la educación primaria han jugado un papel fundamental. En los planteles educativos mexicanos, por ejemplo, “el castigo ha sido un correctivo para controlar o modificar las conductas, con la creencia que es benéfico para la educación de los niños” (UNICEF, 2011:s.p.).

Aunque el castigo como herramienta existió en México desde la época colonial, algunos archivos históricos recogen material sobre este fenómeno en su inserción oficial en instituciones de educación pública, que nos llevan a situarnos en la época del Porfiriato (1876-1911) y específicamente en el año 1875 en el que el general Porfirio Díaz publica un reglamento para los alumnos de la Escuela Nacional Preparatoria, donde a partir de 22 artículos se hace referencia al comportamiento, sanción y castigo que a cargo de los profesores debían imponerse a los alumnos, lo cual abre una ventana que nos deja ver el contexto educativo y de formación de aquella época (Valle, Vega y Flores, 2013).

Este documento encierra interesantísimas formas de castigo, que van desde el físico, hasta el llamado “deshonroso”, el primero refería a sanciones directamente dirigidas al cuerpo, como golpes y azotes, y el segundo, “el castigo deshonroso, es el que ponía en ridículo al alumno al exhibirlo para ser objeto de burlas, conjuntamente, el encierro en el aula como en el calabozo fue puesto en práctica” (Valle,

Vega y Flores, 2013:63). Se hablaba de sanciones públicas y privadas, las sanciones públicas iban desde “las humillantes orejas de burro, hincarse a medio patio, pararse en una esquina y todo ello acompañado de gritos, insultos, humillaciones” (Moreno citado en Valle, Vega y Flores, 2013:64) o simplemente “dejar sin recreo, dejar planas” (Ídem) o repeticiones que les recordaran la razón de su castigo, que en el contexto escolar ha sido utilizado como uno de los medios primordiales y posiblemente el más empleado para la formación e instrucción de los alumnos (De la Fuente & Recio citado en Valle, Vega y Flores, 2013:62).

Aunque la práctica del “castigo” se remonta a muchos siglos atrás, fue durante el siglo XX que se trató, desde la psicología y la psicología educativa, de buscar explicaciones sobre el funcionamiento y lógica del castigo como herramienta escolar para el aprendizaje. De este movimiento rescatamos la explicación proporcionada a partir de dos escuelas. En la escuela del conductismo “cobra mayor importancia el premio que el castigo. El premio es visto como un reforzador de una conducta positiva, mientras que el castigo es contemplado como la privación de un beneficio; es lo que en la teoría conductista se denomina refuerzo negativo” (Castillejo, Colom y Pérez, 2009:6). Desde este enfoque, es primordial “la observación y control constante de la situación” (Ídem).

Por otra parte, desde el enfoque cognitivista, se pretende lograr el control interno del sujeto educado que, bajo premisas y motivaciones personales, modera su actuar y conducta, haciendo de la “motivación personal” (Ídem) su principal referente. Dentro de esta escuela, el castigo ocupa un lugar también central ya que, aunque se ve desdibujado en el papel del individuo como sujeto activo, “los castigos tienen la misión de fomentar en el sujeto educando el sentido de la responsabilidad: aceptar las consecuencias de los actos inadecuados” (Ibidem:8), desde donde comprendemos que esta escuela, a comparación de otras, no se vincula solo con una tarea específica, sino con la promesa de recompensas más amplias y morales como “el reconocimiento por el esfuerzo realizado” (Ibidem:7).

En el intento por reconstruir la genealogía del castigo y su relación intrínseca con la formación y escolarización de los sujetos, se ha hallado un mosaico de explicaciones que nos ayudan a reflexionar cómo, aunque por mucho tiempo fue el método per se de la enseñanza, su inclusión no justifica que dicha práctica y ejercicio infrinjan dolor, sufrimiento, padecer y pena en los sujetos educados, razones por las cuales tendría desde hace años que haber sido apartada la falsa idea de que “la letra con sangre entra” (Laverde, Elejalde y Ramírez, 1983:7). Lo cierto es que el castigo como sanción sigue siendo una práctica reproducida, apropiada y legitimada en el ámbito escolar, tanto en la educación primaria tradicional, como en el nivel medio-superior y superior-universitario al que ahora nos enfrentamos, y desde donde no parece extraño encontrar su presencia y ejercicio día a día en el proceso de formación médica.

En el caso del área de ginecobstetricia del Hospital Civil, esta práctica se ha normalizado a tal grado que resultaría difícil imaginar dicho contexto sin ella. Es por eso que el orden jerárquico que

acompaña la implementación de los castigos es un sello que distingue a este hospital-escuela, ya que es aquí en donde opera un orden determinado de jerarquías, lo que significa que dentro de la estructura hospitalaria, el médico adscrito o jefe puede y “debe” en nombre del proceso de enseñanza-aprendizaje castigar, cuando se considere necesario, al residente de cuarto año (R4). No obstante, este fenómeno no es del todo cierto, ya que dada la relación -ya prácticamente de igual- con el R4, el adscrito muchas veces solo lo reprende con regaños o llamadas de atención (aunque también pueden existir excepciones cuando el error que comete el residente no puede pasar por alto) porque ahora es este residente el encargado de mantener la disciplina y el orden. Durante mi trabajo pude observar un regaño a un R4, donde la lección que el adscrito daba, era del tenor “tienes que aprender a mandar, porque si no los de abajo te sacan la vuelta (...) así es que para la otra tú decides ¿te castigo a tí o los castigo a ellos?”

Es así cómo, en este orden jerárquico, el R4 tiene la obligación de castigar a su (R) de menor rango inmediato, que es el residente de tercer año (R3), mientras que desde el R3 los castigos recaerán en el R2 y el R2 tendrá la responsabilidad de castigar al residente de primer año (R1) que en consecuencia deberá castigar al médico interno de pregrado (MIP). Una particularidad de este sistema es que tanto el médico adscrito, como el/la R4, R3 y R2 tienen la posibilidad de brincarse la jerarquía hacia abajo e infringir directamente castigos sobre el médico interno de pregrado.

Dentro de la institución, como un fenómeno no escrito y menos, normado, el “castigo” cumple una función de orden y disciplina, reforzando las relaciones de poder, sometiendo a los subordinados y a los insubordinados y reproduciendo en el proceso, el habitus médico como lo definió Castro (2014). A partir de los datos etnográficos, reconstruí la siguiente tipología para mostrar la existencia de diferentes tipos de castigos en la formación del área de ginecobstetricia; sin embargo, es importante recordar que esta tipología sólo funciona a nivel analítico como un modelo de muestra para ordenar una realidad; reconociendo que esta última es mucho más dinámica y menos totalizadora de como aquí se presenta (véase Tabla 17).

**Tabla 17. Tipología de los castigos en el área de Ginecobstetricia del Hospital Civil**

Tipo de Castigo		Tipo de disciplina
Prohibitivos	Se relacionan directamente con la captación de algún espacio, como “el comedor”, “el baño”, “salón de clases”, “quirófano” y con el aislamiento o “encierro” en el hospital, donde para el sujeto castigado está prohibido ir a “casa” por un tiempo determinado por algún error cometido.	Disciplina represiva: inflige castigos en forma de penas y atribuye premios a la conducta ajustada y ejemplar (Laverde, Elejalde y Ramírez, 1983:12).

Corporales	Son los castigos que infringen directamente en el cuerpo, aplicando violencia explícita a él, de los cuales destaca, el golpe con las pinzas en el quirófano, los manotazos en la sala de partos, los pellizcos, entre otros del mismo orden, en donde se copta la libertad de hablar, dormir, comer y hasta miccionar o defecar. (Aunque esta forma de castigo corresponde a la época de enseñanza de “la vieja escuela” me parece importante mencionarlo como un rasgo genealógico de la enseñanza que nos ayuda a entender como funciona la disciplina de la enseñanza en el área de gineco-obstetricia de la actualidad).	Disciplina reformadora: identifica los castigos con la aplicación de correctivos y los premios con el cambio de conducta (Ídem).
Deshonrosos	Tienen el objetivo específico de insultar, y descalificar a la o el sujeto, son del orden público y se caracterizan por lastimar el “ego” médico.	Disciplina reformadora
Monetarios	Son castigos que específicamente tienen una carga económica, es decir son castigos que se pagan, con comida, bebidas, dulces, frutas, chucherías, pasteles, y hasta alcohol, para redimir el daño.	Disciplina retributiva: impone castigos bajo la forma de sanciones y asimila los premios al reconocimiento por el logro de objetivos específicos (Ídem).
Académicos	Son castigos en los que se “estimula” para un aprendizaje directo con un tema médico relacionado con la rotación, de los que destaca, hacer exposiciones y presentaciones de temas de forma obligatoria, estudiar un tema para explicarlo al siguiente día, aplicación de exámenes sorpresa, hacer planas, o realizar alguna investigación con un tema.	Disciplina preventiva: impone castigos en forma de amonestaciones y distribuye premios en forma de promesa de menciones de honor (Ídem).
Burocráticos y/o administrativos	Están relacionados con los trámites burocráticos y el papeleo administrativo que se realiza para cada procedimiento a un usuario del hospital (notas de ingreso, notas de egreso, notas de indicaciones, recetas, censos, historia clínica etc.). Cuando un estudiante se ha equivocado por una letra, ortografía, datos, fechas, olvidos o cualquier otra cosa, se hace merecedor a un castigo específico relacionado con el tipo de documento con el que cometió el error. También se relaciona con el incumplimiento del horario de trabajo, específicamente con el “llegar tarde”, ya que eso desmoviliza el funcionamiento organizativo del hospital.	Disciplina preventiva
Laborales	Están relacionados con el trabajo que realizan, y el tiempo de servicio en el hospital. Los castigos laborales implican justamente realizar más trabajo del que oficialmente el sujeto es responsable.	Disciplina reformadora
Por antipatía	Son castigos que dependen única y exclusivamente de la animadversión que tenga el superior con la o el alumno, el cual es potencialmente objeto de castigo, al no ser del agrado de aquel superior. En estos castigos la justificación y respuesta ante el ¿por qué? pueden ser	Disciplina represiva

	insignificantes, ya que de antemano se sabe que existe una razón personal e interna.	
--	--	--

Fuente: Tabla de elaboración propia, formulado con ideas de la tipología de (Laverde, Elejalde y Ramírez, 1983) y a partir de información y datos del diario de campo y notas etnográficas.

Aunque intentamos relacionar la tipología del castigo con la de la disciplina, comprendemos que a nivel empírico hay premisas que pueden o no cumplirse, ya que:

“ninguna de estas formas de identificar premios y castigos mantienen conexión conceptual con un determinado tipo de disciplina. La conexión entre premios, castigos y disciplina es empírica y puede haber disciplina sin premios y castigos, pero ello no anula la mayor frecuencia de relación entre un tipo de castigos y premios y un modo de establecer la disciplina” (Laverde, Elejalde y Ramírez, 1983:12).

Esto sucede, por ejemplo, en los casos del castigo corporal, burocrático y/o administrativo, deshonoroso, monetario, prohibitivo y por antipatía en donde el único premio o recompensa de soportar sin reclamo, asumiéndolos cómo parte del proceso de formación, es el de seguir manteniéndose en la rotación y seguir aprendiendo al calor de la práctica, cómo una suerte de ritual de paso para llegar a ser un profesional. Por otro lado, la recompensa ante el castigo académico y ante los que tienen que ver con la repetición de trabajo médico-práctico, es la enseñanza inmediata que puedan obtener de ella en ese momento.

Los ejemplos etnográficos dan una visión más amplia de cómo se dan estos castigos y de qué forma los MIP responden ante ellos en los procesos de enseñanza-aprendizaje del Hospital Civil. En lo que sigue, muestro primeramente los testimonios de médicos adscritos y residentes, para enseñar cómo el rigor y la severidad de los castigos es proporcionalmente generacional, donde la enseñanza de la “vieja escuela” es mucho más ruda y dura (al grado de ejercer, por ejemplo, castigos corporales) y donde la “nueva escuela” es representada por una generación que está transitando a castigos menos rigurosos. La primera generación es representada por los adscritos. La segunda generación en transición es representada por varios médicos residentes y se caracteriza por mantener todavía algunos castigos severos, pero donde al mismo tiempo y de manera algo contradictoria se lucha por resistir a los castigos y hay intentos de transformarse en su papel de mentores. Finalmente, y como parte central del análisis, se encuentra la generación de los MIP, la generación de la “nueva escuela”. En esta generación, aunque la disciplina no deja de tomar un papel fundamental en el proceso de enseñanza, los castigos que se mantienen por parte de los residentes hacia los MIP, son menos severos y continuos que con las generaciones anteriores.

## LOS MENTORES Y LA TIPOLOGÍA DE SUS CASTIGOS

### Castigo corporal

De acuerdo con la tipología propuesta, el castigo físico corresponde al orden disciplinario represivo, en el que se hace uso legítimo de la fuerza y la violencia física directa sobre el cuerpo, para evitar acciones del sujeto al que se reprime, con la idea de hacer de ese cuerpo, una suerte de repositorio de recuerdos de dolor, que advierte para una segunda ocasión no realizar la misma acción o repetir algo similar. Este tipo de castigo es silencioso, ya que pocas veces hay un intercambio de palabras, solo se ejecuta. Así lo explica un médico adscrito, recordando la forma en la que él fue formado por sus mentores hace más de treinta años en este mismo hospital:

Dr. Gustavo (médico adscrito): Los médicos adscritos, los viejos, te daban cabezazos en la cirugía. Tú estabas operando y de pronto te daban un cabezazo y te movían hasta el cerebro pues, ¿Por qué? Porque cometías un error, no agarrabas bien la aguja, no ayudabas adecuadamente, etcétera. O te daban manotazos ¿no? Te daban manotazos, te pegaban golpes en el pecho por ejemplo.

Este recuerdo es parte de un pasado vivencial de una generación de médicos adscritos hoy mayores, que fueron educados de esta manera en su juventud en el mismo Hospital Civil. Aun si hoy en día, de acuerdo a lo recuperado en las entrevistas con los jefes del área, ya no se castiga corporalmente a los estudiantes, el recuerdo nos da una idea de cómo hay una tradición represiva dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje que ha afectado generaciones de estudiantes de medicina en el Hospital Civil. La memoria del Dr. Gustavo nos ayuda a identificar una tradición de maltrato y violencia en la institución, que, aunque asume hoy una forma mutada y más leve, da cuenta de la permanencia de algunos rastros de esta tradición.

Otro ejemplo del castigo físico-ya que se ejerce directamente sobre el cuerpo-es coartar la libertad en satisfacer necesidades fisiológicas, lo cual es parte de las memorias en este caso mucho más cercanas en el tiempo, de algunos médicos residentes que recibieron estos castigos en su proceso de aprendizaje como internos, justificándolos siempre en el contexto de un alto volumen de usuarias en el hospital:

Dr. Amir (R4): Por ejemplo mi maestro, que era de Juchitán decía “es que mira, un interno no puede ni ir a orinar” ¿Pero cómo? Y él me contaba: “Yo estaba haciendo mi nota, aquí tenía a un interno y aquí tenía al otro, en chinga, así como si fueran mis no sé, pegado a mí pues”, yo decía “¡Qué vete por el laboratorio, que vete por esto! Vas y te regresas” e iba y se regresaba” y a veces me decían: “Doctor quiero ir al baño” y yo contestaba en tono de regaño “tienes tres minutos o voy a traerte” cuatro minutos y castigado y en chinga al baño y regresaba.

Durante el trabajo de campo me di cuenta que estos castigos físicos donde se coarta la libertad en satisfacer necesidades fisiológicas estaban presentes en la vida diaria de los MIP, ya que muchas veces escuché la amenaza por parte de residentes que enunciaban: “si no terminas este trabajo, no te voy a dar



chance de ir a comer”; sin embargo, en la mayoría de los casos ví que los MIP echan mano de su capacidad reducida de agencia, negocian el castigo, o se anticipan a él, terminando rápido los pendientes para que, al ser informados (por grupos de conversación -uno para MIP y otro para residentes- de Whatsapp) por sus otros compañeros que ya está abierto el comedor, se aproximan a su mentor encargado, mostrando el trabajo cumplido y, ante una mirada de aprobación, solicitan el permiso para ir a comer, cenar, o almorzar.

Una práctica que observé en campo y que se adecúa a este tipo de castigo, recayendo directamente en la necesidad de dormir y/o descansar del MIP, es característica en las guardias de la Toco, donde el MIP no puede descansar o dormir (si es que la afluencia de usuarias y trabajo lo permite), si antes no lo hace el residente. Ya que una regla tácita es que un residente puede descansar mientras un MIP trabaja, pero nunca el MIP puede descansar mientras el o la residente están despiertos. Ante esta práctica, nunca observé negociación alguna, pero si prácticas de respuesta de los MIP, los cuales desaparecían por algunos minutos del área y se iban a dormir de escondidas en los baños, los vestidores o en el área de otros compañeros o compañeras. Esta práctica se conoce por los MIP como “mandraquear” en alusión al antiguo cómic “Mandrake the Magician” donde el poder más representativo del personaje es justamente desaparecer.

### **Castigo burócrático-administrativo**

Este tipo de castigo se relaciona con el incumplimiento, falla, olvido u omisión de algún documento, oficio o papeleo indispensable en la burocracia de la institución, o con el incumplimiento del horario laboral. Los MIP reconocen la existencia de estas prácticas disciplinarias por parte de sus superiores hacia ellos; sin embargo, cuando esto ocurre suelen molestarse, ya que argumentan que no tienen ninguna relación directa con su aprendizaje médico, sino más bien con el orden burocrático de la institución y de una condición laboral de la que ellos no son realmente parte.

Un residente de cuarto año los ejemplifica en relación con la sala de partos:

Dr. Agustín: Los castigos administrativos son los de “oye, llegaste tarde” ¡castigado! “Oye no pasaste la hoja de tu paciente en blanco” ¡castigado! “que no metiste<sup>45</sup> un AMEU” ¡castigado! “que no metiste un legrado” ¡castigado!, “que no metiste a una paciente que no te diste cuenta” ¡castigado!

Otro médico, residente de tercer año en ginecología del hospital, comenta:

Coral: ¿Cuál es el uso de los castigos?

Dr. Josué (R4): Cualquier problema o cosa que haya el resultado es “no, pues, te quedas castigado”. Te digo, hasta ahorita creo que no puedo decir si es bueno o es malo, o no sé. Yo al inicio siempre dije “yo nunca voy a castigar a nadie” y sí, lo he hecho. A mí me castigaban por faltas de ortografía, por borrones, tachones, o por no sé, en lugar de poner

---

<sup>45</sup> Se refiere a añadir la nota en el censo hospitalario que se realiza.

el parto pretérmino ponía amenaza de aborto en la nota, y así por cosas así, me castigaban pues.

El Dr. Said (R2), a su vez, comparte el siguiente ejemplo:

Coral ¿Cómo le enseñaron a usted?

Dr. Said (R2): Entonces este todavía me tocó a mi esa parte, donde los castigos no eran por cosas académicas, sino que eran más por cosas administrativas, yo no he visto por ejemplo que te castiguen por no saber pinzar a una paciente, porque se te desgarró una paciente, porque, no sé, algo académico; sino que es más como la parte “que el expediente esté bien lleno”, “que no le haga falta una nota”, que te haga falta una firma, que te faltó una nota, que se quedó un espacio en blanco, que te faltó una nota de hace dos días. Eso es como que lo que más se castiga, pero lo académico, lo práctico es como lo que menos se castiga (...). Sin embargo, pues si hay represalias cuando no operaste a una paciente que amerita ser operada y que te debiste de haber dado cuenta desde ayer, ahí sí, hay algún tipo de sanción.

En cuanto a cómo viven estos castigos los MIP, Kat ejemplifica la reacción, ya que, al igual que la mayoría de los MIP, entró al Civil con la intención de hacer práctica. En el momento en que se topó con la cantidad de notas que debe hacer en cada servicio del área, sin tener ningún conocimiento práctico o teórico que considere valioso en retribución, se ha sentido profundamente molesta pero sin tener la posibilidad de reclamo, porque así es la lógica operativa del área para atender a las usuarias.

Kat comenta que la peor experiencia que tuvo en la rotación en gineco-obstetricia fue tener castigos injustos que se pagaban con realizar las notas de los residentes (las cuales no le correspondía). Estos castigos aparecían cuando se equivocaba en una letra, por alguna falta ortográfica o nimiedades en el documento, lo cual le parecía totalmente incomprensivo e injusto por parte de sus superiores, al conocer la cantidad de notas que debía de entregar. Kat expresa: “la verdad le tomé coraje tanto a los residentes, como a la especialidad pues, porque dije 'esto voy a hacer toda mi vida, ¿pura papelería, pura papelería?' y entonces pues sí me molestó mucho y por eso fue que dije 'No quiero esto'. Y llegó un punto en el que dije 'ya no quiero más gineco'. Pero fue por eso, pues”.

En este ejemplo, resulta evidente que se aplican más sanciones por faltas administrativas, que por asuntos directamente relacionados con el aprendizaje teórico-práctico de la formación médica. Esto nos indica que el sistema de castigos está vinculado intrínsecamente con la estructura y la organización burocráticas de la institución y la necesidad de eficientar el trabajo con la mano de obra de los estudiantes.

Un médico adscrito comenta que este tipo de castigos se implantaron desde la vieja escuela, de la cual él fue estudiante, y en la cual ahora se reconoce como mentor en el mismo hospital:

Dr. Mariano (Adscrito): La vieja escuela es en la que tú como estudiante encargado no tenías los laboratoriales del paciente, te quedabas, o no tiene un estudio tu paciente, te quedas”, o sea, por todo lo administrativo que faltara, te quedabas, “que es un mal manejo, ¡te quedas! O sea, todo es castigo y te quedas pues, y te quedas tales horas, toda la guardia y ya.”

Una amenaza de castigo es un buen ejemplo de disciplina preventiva. Los estudiantes se ven obligados a utilizar todas las maniobras posibles, algunas de ellas iatrogénicas, que ayuden a acelerar el parto de la mujer, ya que, si el parto no sucede en el tiempo que marcan sus superiores, enfrentan la amenaza de ser castigados. Lo anterior es una directa consecuencia de la organización burocrática del trabajo del hospital y está vinculado con el alto volumen de atención obstétrica. Así lo relata Noé (R3), aun si él lo refiere al pasado y no al presente: "Antes te ponían a hacer algo y si no lo hacías bien, castigado. Si valorabas una paciente y decías 'ya va a nacer' y te tardabas más de media hora en que naciera, castigado. Y así aprendías a valorar a las pacientes." Independientemente de si es cosa del pasado o si algunos mentores de la vieja escuela lo siguen implementando, este ejemplo nos ayuda a dar cuenta cómo el tipo de atención , invasiva, dolorosa y abusiva que se implementa con muchas parturientas por parte del personal médico y los estudiantes se vincula directamente con el contexto hospitalario y con el maltrato hacia los mismos estudiantes por parte de sus mentores.

Tere (MIP) comenta que el miedo es un sentimiento que siempre acompaña las primeras prácticas de un MIP, pero para evitar ser sancionado o perder una oportunidad de aprendizaje hay que superarlo. Ella expresa que a veces se pierden oportunidades por miedo: "Te dicen hazlo, y dices 'es que no le he hecho, hágalo usted primero y luego yo'. Esa es una oportunidad perdida realmente, porque no sabes cuando te van a volver a enseñar, o si la próxima vez que te digan que lo hagas y no puedas o lo hagas mal, por no fallar y con miedo o como sea, pero lo haces. Y así lo aprendes".

### **Castigos deshonorosos vinculados con castigos por antipatía**

Existen también los castigos “deshonorosos” en donde la humillación es parte fundamental. Un residente de cuarto año compartió su experiencia sobre una cadena de humillaciones, insultos y maltratos que sufrió cuando era residente de primer año en el mismo Hospital Civil, en donde ante su confrontación hacia el sistema de jerarquías fue reprimido y obligado a base de insultos a acatar el orden y respetar las relaciones de poder, aunque eso le implicara una profunda humillación y una carga de trabajo extra que no le correspondía:

Dr. Josué (R4): Entonces, siempre me rebelaba y les decía o los cuestionaba ¿no? Algún manejo, algún tratamiento, como no leían, pues les decía 'es que esto no es así, es que tiene esto y esto y esto, o fulanita está mal, o a zutanita le pusieron esto y no debe de ser'. Entonces se molestaban e iban con los jefes [...] y les decían 'Es que Josué está diciendo de nosotros que hicimos un mal manejo, Josué está haciendo esto, Josué'. Entonces los jefes se enojaban porque hasta cierto punto eran unos doctores que estaban acostumbrados a que nos les dijera nada nadie, estaban empolvados, decían puras cosas así que se acordaban, y una vez sí les molestó mucho porque yo les dije 'Oye, no se me hace justo que tú me dejes solo y te vayas cuando tenemos un montón de trabajo y yo no puedo estar tanto en la consulta, como en cirugía y todavía yendo a valorar pacientes a urgencias y yo estoy solo, y pues tu sales hasta las ocho de la noche, ¿Por qué te vas a las cuatro?'. Y entonces se enojó y le fue a decir al doctor jefe 'Es que Josué me dijo así, me cuestionó.' Y al otro día llega el doctor, el jefe de residentes en ese entonces y me dice 'A ver Josué, ven para acá'. 'A ver' dice, 'yo quiero

que entiendas varias cosas, tú eres un pendejo, y tú no sabes y tú me respetas a este pendejo porque aunque sea más pendejo que tú, tiene dos años de más y ha visto más cosas que tú'. Digo, ¿Qué caso tiene que tenga dos años de más si no va a resolver nada no? Es como si no tuviera a nadie, como si estuviera solo.

Coral: ¿Tú eras?

Yo era R1. Y lo que más me molestó es que dice: 'Mira, así que para que aprendas y para que te eduques te vas a quedar aquí castigado', dice. 'Para que sientas esa rabia de que no me puedes hacerme a mí nada y que a tu R3 tu no le puedes hacer nada y que aquí es como yo diga, no como las cosas dicen que deben de hacerse'. Entonces me molestó mucho en primero de las pendejadas que me decía o las cosas que me hacían porque era injusto, y en segunda pues ya estaba empolvado ese doctor, no tenía ni idea de lo que hacía. Digo se le complicaban [las mujeres], no hacía cosas ni quirúrgicamente ni [...] me molestó mucho y de ahí mejor agarré, me quedaba callado y dejando que hagan sus pendejadas, que hagan lo que ellos quieran.

Este extracto es profundamente revelador acerca de cómo, en la vivencia cotidiana, lo que más importa, además de mantener andando la maquinaria burocrático-administrativa y de desahogar la enorme carga de trabajo, es preservar las jerarquías. En este caso, se intersecta el castigo “deshonroso” con insultos explícitos al Dr. Josué, con el castigo por antipatía o desagrado hacia la persona. Se percibe también cómo al tratar de resistir reclamando por faltas, ante la “ilegitimidad de dicha autoridad” (Araya, 2006:352), la respuesta “es la tiranía” (Ídem), donde “el problema es que la “fuerza” se expresa en la capacidad de castigar” (Ídem), lo cual se legitima desde la misma jerarquía.

En voces de los MIP este castigo deshonroso a través de la humillación se vuelve una práctica de evidenciación cotidiana que se da en todos los servicios del área de ginecología. En el llamado “pase de visita” del adscrito, acompañado de un grupo de tres MIP, el adscrito pregunta sobre la llegada de la usuaria, su evolución y los posibles diagnósticos ante su estado de salud. Ante el silencio temeroso de los MIP, señala a uno o una al azar y les repite la pregunta. Ante una respuesta errónea, el adscrito se ríe, o castiga con planas o da la tarea de investigar temas. Otros adscritos los sacan del área en tono de regaño frente al resto del personal del área y/o permanecen sin dirigirles la palabra durante algún tiempo. Aunque la primera reacción de los MIP ante estas situaciones es de pena y vergüenza por no cumplir las expectativas de conocimiento del adscrito, en repetidas ocasiones registré opiniones donde los MIP comentaban con molestia que los adscritos no son sus mentores, que ni les enseñan y por esta razón no deberían evidenciarlos, ni reprenderlos o castigarlos. Sin embargo, estas quejas se topan con el orden de las jerarquías del hospital, donde el MIP ocupa el eslabón más bajo; por lo tanto, el castigo de los superiores--cualquier superior, pero aún más los de mayor rango--no sólo es legítimo, sino es de esperarse que se imponga visiblemente de vez en cuando, justamente para recordarles quién manda y cómo y hacia quiénes se ejerce la autoridad en el hospital.

La humillación se ejerce con los MIP en múltiples circunstancias. Puede ser a partir de la infantilización del MIP, a quienes frecuentemente los residentes y adscritos les llaman “internitos”. El

primero que encontré vinculado de alguna manera con lo académico, es el castigo de “hacer planas”, que Daniela, una MIP, experimentó al equivocarse en una nota, razón por la cual su R+ la obligó a escribir repetidas veces, en cinco cuartillas el número con lo que se había equivocado. Daniela, dice ante esto “en gineco, uno yo creo que todos aprenden, ¿a la mala no? así no tengas ganas aprendes, por castigos, por reportes, o represalias”. Cuando Daniela habla sobre este castigo lo recuerda como el que más la impactó porque no creyó que en el internado pudieran hacerle algo así para aprender.

Otro ejemplo que registré es el de una médica interna en quirófano por primera vez, que ante el desconocimiento de algo nuevo, comete errores. Estos errores son reprendidos en el momento, y algo interesante en el caso de los MIP en comparación con los médicos/as residentes, es el juego de la jerarquía en el regaño, donde se asume que la MIP al ser el peldaño más bajo, puede recibir regaños incluso del personal de enfermería (que se asume por sí mismos, como inferior al personal médico), esto genera en el MIP, un sentimiento de inferioridad y humillación al no ser reconocida por el personal de enfermería como superior, como médica. Así lo ejemplifica la MIP Fany:

Fany: Por ejemplo las enfermeras te enseñan a instrumentar<sup>46</sup>, te enseñan a hacerlo pero a la manera fea.

Coral: ¿Cómo?

Fany: Grosera. A mí una vez me jaloneó frente a todos y sí, me enojé muchísimo porque me sentí menos, como humillada. Ella me jaloneó en el quirófano y me dijo 'párate aquí'. y estaba yo tomando mi bata y me jaloneó y me enojé mucho y pues uno por miedo o pena no dice nada, pero te sientes así, hasta me hicieron cambiarme los guantes dos veces.

Con respecto al castigo por antipatía, en donde solo por el desagrado hacia la persona, el superior tiene y ejerce la oportunidad de castigar, la Dra. Sandi lo vivió en su propia persona. Cuando se presentó con los médicos adscritos y mostró su currículo al ingresar al Hospital Civil, ellos se dieron cuenta que la Dra. Sandi había trabajado con un médico conocido, con el que estos adscritos no se llevaban. Lo anterior provocó que, desde su llegada como R1, esta médica se enfrentara a castigos injustos y constantes:

Dra. Sandi (R4): Me acuerdo mucho también del doctor Mariano (adscrito) que todo no le gustaba, todo no le gustaba, y tanto Mariano como Julián (adscrito) no querían a ese doctor con el que yo trabajaba. Entonces decían: 'ah tú eres, tú trabajabas con él ¡qué mal!' Entonces yo decía: 'Por qué, dios mío!' Era castigo, tras castigo, tras castigo.

Este castigo aparece en el caso de los MIP, aunque de distinta manera. Kat me compartió que las preferencias y las exclusiones explícitas de las que pueden ser objeto los MIP por parte de residentes y(o) adscritos fue la que le hizo odiar ginecología, porque los residentes escogían por afinidad a los MIP que

---

<sup>46</sup> Es importante señalar que parte de la diferenciación de este hospital con el resto de Oaxaca es que los MIP instrumenten, porque el personal de enfermería debería hacerlo ya que incluso hay enfermeras instrumentistas, pero por tradición en este hospital lo hacen los MIP.

cubrirían la Toco y a ella no la escogían, lo cual provocó que ella no pasara mucho tiempo en esa área, que era la que realmente le gustaba:

Coral: ¿Por qué dices que la rotación de gineco te hizo odiarla?

Kat: Porque el ambiente no era tan cool.

Coral: ¿Alguna experiencia que te haya incomodado?

Kat: Porque creo que se supone que todo venimos a aprender (se supone que por eso es un sistema de rotación) que todos debemos rotar en distintos servicios, y la verdad a mí y a mi compañera siempre nos dejaban como en una sola área porque los residentes ya habían escogido a quienes se quedaban con ellos en la Toco.

Coral: ¿En dónde te dejaban?

En puerperios, y la neta no me gustaba a mí porque a mí me gustaba mucho estar en Toco, me encantaba. Y pues por cuestiones de, no sé, de afinidad nos dejaban en esa área, y eso era horrible, era un castigo que no nos habíamos ganado.

Estas prácticas (al igual que el modelo de castigo explicado anteriormente) pertenecen al ámbito del curriculum oculto (Castro: 2014) y son parte de la tradición de este hospital, ya que son reconocidos por los mentores y reproducidos o transformados por ellos, sin saber de qué forma surgieron originalmente y/o quedaron dentro del modus operandi del hospital, y del área. Son como reglas no escritas, parte del funcionamiento del hospital, tal como lo expresa el médico adscrito Gustavo cuando dice: "Claro, de hecho, no está escrito en ningún lado y en ninguna forma reglamentaria te dice que si el médico tiene una falta tiene que corresponder un castigo de tanto, no, no, no."

Si bien, no es posible rastrear su origen, podemos intentar entender cómo se reproducen. Por ejemplo, un médico residente de cuarto año nos cuenta de qué forma aprendió un tipo de castigo deshonesto, de qué manera lo usa y en qué momentos de la enseñanza lo hace:

Coral: Ese día escuché que usted estaba diciendo que tenía a su R1 y a su interno y que le estaba preguntando al interno sobre algunas cosas que el R1 no pudo contestar y entonces de esa forma el R1 se vio obligado a estudiar, ¿puede explicarme más sobre ello?

Dr. Amir (R4): Esa táctica me la compartió un amigo. Él dice 'es que nosotros no castigamos; nosotros hacemos sentir mal a la gente'. Le dije 'oye pero ¿Cómo le haces? Porque yo sí, me hartó de estar ahí'. Me dijo 'agarra, y le enseñas un día antes a tu interno y le enseñas así, así, así y así, le explicas, le dices y lo pones a estudiar y al otro día vas y le preguntas al R3 o al R2 sobre el procedimiento que enseñaste a tu interno y pues no te va a contestar porque no va a saber, entonces llamas a tu interno y le dices 'A ver oye, explícale a este pendejo que no sabe por qué es esto' y el interno dirá: 'No, pues es por esto, por esto y por esto.' 'Y entonces preguntas a tus residentes, 'oye ¿Y tú no te sientes mal que un interno sepa más que tú? ¿O quieres tú que el interno opere y tú te vayas a sacar muestras, que vayas al laboratorio? ¿Eso es lo que tú quieres?' Entonces si les pega en su ego porque ¿cómo va a saber más un interno que un R1 o R2?' Es así como él me dio su tip, diciéndome 'hazlos sentir mal académicamente'. Y hasta cierto punto sí funcionaba, porque hay unos que sí de plano se pasan.

Esta práctica tiene el objetivo de golpear el ego de los residentes utilizando al interno, provocando muchas veces un fenómeno de retaliación contra este último, ya que ese residente que fue humillado es probable que buscará otra situación para volver a reafirmar su posición de poder y jerarquía frente a él, lo cual resulta en la reproducción no sólo de la jerarquía sino de prácticas humillantes y degradantes que también al final se dirigirán hacia el médico interno.

Aunque esta práctica no pude observarla durante el trabajo de campo y no se utiliza de manera directa con las y los internos, me ayuda a reflexionar cómo las y los MIP asumen involuntariamente una función instrumental en la relación disciplinaria y jerárquica de enseñanza-aprendizaje entre residentes de rango superior y residentes de rango inferior. Finalmente, la médica interna Kat no escoge estar en esa situación; y el desquite podrá ser contra ella, aunque no sea directamente o en principio el sujeto castigado. Sin embargo, las y los MIP tampoco resultan totalmente indefensos ante estas situaciones. Una estrategia de parte de un o una MIP para huir de alguna represalia del residente a quien se humilló consiste en hacerse amigo de un residente, generar una relación de empatía y favor recíprocos, lo cual le facilita la enseñanza y le asegura una protección y amparo ante los regaños, represalias o castigos que otros residentes puedan tener con ellos/as; sobre todo, si él o la residente seleccionada es de mayor rango que él o la humillada.

Otras formas de castigos deshonorosos dentro de la enseñanza del área, y que más bien son característicos de “la vieja escuela” en transición, son poner apodos por alguna falla o equivocación, insultar de manera directa, ignorar al MIP o regañar efusivamente y dictar el castigo frente a los demás compañeros del área. Sobre esto último, se incluye un fragmento del diario de campo, por ser profundamente ilustrativo de estas dinámicas en las relaciones sociales que se establecen en el hospital.

### **Piso de tococirugía**

Me encuentro sentada en las bancas a la entrada de la tococirugía, la “toco”, “el cuarto piso” o “el piso azul” y ya me he cambiado el uniforme, porto un uniforme quirúrgico, y me siento a observar sentada a un lado del Dr. Julián (adscrito-ginecólogo de aproximadamente 50 años de edad, y 20 de experiencia dentro de este hospital), y me dice “Qué bueno que viniste a observar, aquí vas a observar muchas cosas, mira (señala a los residentes) te voy a enseñar como los hago sufrir...Llama a la Dra. Luz (R3) y le dice “Qué pasó, donde están los censos.... ¿Quién me los va a entregar?”

Dra. Luz: Yo, doctor.

Dr. Julián: ¿y dónde está Said (R 2)? ¿dónde está el cacharro (apodo)?

Dra. Luz: Hay clase, doctor (con voz suave y miedosa).

Dr. Julián: Pídele su censo, háblale, que necesito el censo ya, y lo necesito en serio, por culpa de él, estás haciendo el censo a mano (el censo los residentes tienen el permiso de hacerlo a computadora, o máquina de escribir).

Dra. Luz: Sí, doctor, ya (sonrisa con temor)

Dr. Julián: (él con tono de regaño y gestos de enojado)

Dra. Luz: Sí, doctor (sonrisa con temor)

Dr. Julián: Él es el que me debe de entregar el censo, no tú (grita)

Dra. Luz: Sí, doctor (voz temerosa, y tratando de contactar a su compañero por el celular)

Dr. Julián: Si no que se olvide de la compu para toda su vida, hasta el R4, hasta que salga de acá (la computadora es una herramienta para realizar el papeleo a la que solamente los residentes tienen privilegio, y les ayuda a acelerar la carga de trabajo de archivo) ¡Una, una eh! Dos, lo voy a dejar el resto del mes si no me entrega él, el censo. Así dile, pues tú eres su patrona, no sé por qué te manda... puedes tú hacer eso, es más dile a Amir (R4)

Dra. Luz: Es que están en clase... (Con voz de temor)

Dr. Julián: Me vale gorro, es mi servicio (le grita altaneramente frente a todos) las clases no deben de estar dentro del horario de servicio, las clases de ustedes deben de estar después de su horario de servicio ¿sí? Que les demos chance es otra cosa ¡Pero el patrón soy yo, no ustedes! (le grita, y con un gesto de complicidad me dice ¿o no? – y yo no sé si sonreír por lo que pareció un chiste para él, o decir que sí, o callarme -)

Dra. Luz: Sí, doctor (sonrisa con temor)

Dr. Julián: Pues a ver, qué le vas a hacer, o cómo, a mí me vale gorro, yo necesito que vengas y me entreguen el censo, si no le entiendo... lo voy a romper (tono amenazador) y lo voy a romper en frente de ustedes, para que se sientan mal ¿sale? órale pues, aplícate, córrele (señalándole que vaya a buscar a sus compañeros y los traiga con él) ándale ( el doctor Julián se ríe y me dice, ¡cómo me divierto, fregándolos...!)

(...)

Dr. Julián: Sí, me divierto con ellos porque ya ves cómo se ponen.

Yo le pregunto ¿qué le divierte?

Dr. Julián: Pues ver así, como se ponen.

Yo le pregunto ¿Cómo qué?

Yo: usted es un personaje...

Dr. Julián: pues no es que sea un personaje, sino porque me gusta, me gusta enseñar, yo soy de la vieja escuela, no soy de la nueva escuela, yo me voy a que si no tienes ultrasonido, no tienes topocardiógrafo, yo a lo que me enseñaron, así con oído, viendo, preguntando, yo me hice haciendo clínica, y la mayoría de todos nosotros (señalando a la toco) no mas no, éstos si no tienen ultrasonido ya no viven (gritándolo frente a ellos)

En ese momento llega la Dra. Luz y el doctor Julián le pregunta en tono de regaño ¿qué pasó, ya vienen? Y la Dra. Luz responde, sí ya vienen, mientras lo pone al día con los pacientes que quedan... unos minutos después llega el R2 Said, y el R4 Amir y le dicen "Aquí estamos doc."

R4 Dr. Amir: es que dice Said que él lo checó

R2 Dr. Said: sí, yo lo chequé doc.

Dr. Julián: (con tono retador) ¿seguro?

Dra. Luz: pues sí doc., es que el Dr. Said entró a quirófano en la mañana, y él quedó de que iba a hacerlo pues, pero pues...

Dr. Julián: ¿seguro? (le grita al R4) conste eh, donde encuentre algo mal, hasta contigo voy a pasar.



Dra. Luz: bueno, doctor es que en algo sí estamos mal, que a una paciente la pusimos en puerperio y no debía estar, la verdad en eso sí estamos mal, porque no la vieron allá abajo, o sea la paciente está acá.

R4 Dr. Armir: Pues sí lo revisó, dice cachorro...

Dr. Julián: ¿Seguro? Conste eh, a ver dámelos (y se los arrebató para dárselos a la Dra. Luz y decirle, mándalos a trabajo social).

R2 Dr. Said: pero los de trabajo social, son los que están más feo doc... (Con temor)

Dr. Julián: a o sea que están feos todos...

R4 y R2: Es que no pasan en la máquina doc...

Dr. Julián: ah pues háganlos uno por uno...

R2 Dr. Said: ¿cómo le podremos hacer doc, para regresar a poder utilizar la compu en el censo? (pidiendo que les quitara un castigo en donde les prohibieron el uso de computadoras, por el de máquinas de escribir como castigo)

Dr. Julián: me voy a ir de vacaciones, hasta que regrese de vacaciones, a ver que va a pasar...

R4 Dr. Amir: (se ríe)

Dr. Julián: pues sí, pues como... ¿por culpa de quién están haciendo los censos así...?

R4 Dr. Amir: de cachorro, maestro

Dr. Julián: ¿por qué?

R4 Dr. Amir: porque entregó mal el censo...

Dr. Julián: Le grita a la doctora Luz que se quedó detenida a ver la negociación "mándalo a trabajo social, te estoy diciendo"

Dr. Julián: ya vez cachorrín, por tu burrada ¿no?

Dr. Julián: lo pueden hacer a máquina, no sé por qué no lo hacen a máquina,

R4 Dr. Amir: es que la hoja no entra en los espacios, maestro

Dr. Julián: ¿qué?

R4 Dr. Amir y Dra. Luz: necesitamos una hoja de esas grandotas, unas oficio...

Dr. Julián: (en tono de burla) Sí, ahorita se la busco eh...

R4 Dr. Amir y Dra. Luz: y luego no nos prestan (la máquina).

Dr. Julián: (grita) Martita (una enfermera) que dicen que no les prestan las máquinas, que no se las quieres prestar...

Enfermera Martita: ¿que no se las presto?

Dr. Julián: (grita) que no se la quieres prestar, que eres muy envidiosa, es tuya nada más...

Enfermera Martita: sí doctor, yo se las puedo prestar pero que no me la saquen de acá porque son muy desordenados (grita)

Dr. Julián (grita) ¿ya ves? Pues sí... claro.

Enfermera Martita: pues sí, pueden ocuparla pero aquí (tono de regaño), no me la muevan, es que no es nuestro material y no podemos permitir... que la ocupen, que la ocupen, pero dejó claro eh, no me la saquen de ahí, porque al rato la máquina va a andar por todos lados, ya los conozco.

Dr. Julián: (en tono de burla) ¿Ya oyeron? ¿Ya oyeron?

Enfermera Martita: Pueden utilizarla, o sea pueden usarla, y yo me fijo de mandarla a mantenimiento y tenerla en buenas condiciones, pero no me la saquen de ahí ¿sale?

Dr. Julián: (en tono de burla) miren como dicen, que ustedes no dejan, que son unas envidiosas, están diciendo ellos... eso dijeron

Otra enfermera: (grita) es que luego sus residentes son muy ordenados.

Dr. Julián: (en tono de burla) sí, ellos, así lo mejor que hay en el universo...

Otra enfermera: (grita) es que usted le conoce, ya para que le decimos...

Dr. Julián: (en tono de burla) si yo meto las manos al fuego por ellos, pero me pongo guantes de asbesto para no quemarme, canijos.

Otra enfermera: (grita y ríe) entonces se va a quemar mucho

Dr. Julián: (un poco calmado, les dice a los residentes después de burlarse) ya váyanse a su clase pues ¿qué no tienen clase? (los residentes corren).

En este largo fragmento etnográfico podemos dar cuenta de cómo los insultos, las amenazas e incluso la exhibición sobre las faltas o errores de los estudiantes se vuelven de carácter público. Es ahí donde hallan su primer objetivo, humillar y el segundo objetivo, mandar un claro mensaje de quién manda, para fortalecer en el imaginario colectivo el orden de la jerarquía a los rangos menores.

Al parecer, la severidad del castigo es proporcional a el rango de quien lo ponga y quien lo reciba. Por esta razón, el castigo del adscrito será más severo que el castigo del R3 al R2, por ende, el castigo del R1 al MIP será aún menos severo.

### **Castigos monetarios**

Otros castigos muy frecuentes en el hospital son los monetarios que tienen que ver con algún pago en especie a consecuencia de una falta. Un médico adscrito nos comenta la forma en la que estos castigos se utilizan en el hospital: para que la sanción sea comprendida en su cabalidad, debe de existir este tipo de castigo y hacer sentir el peso de una carga económica.

Dr. Marín (adscrito): Si algo le duele al interno de este hospital son dos cosas: que lo dejes más tiempo y que le cobres algo. Y no les duele porque sean codos, sino porque se los cobraste. A mí se me hace más decente que saquen la Coca (refresco), y ya cuando amerita pues ya [los castigas] con tiempo.

En relación a este mismo médico adscrito, una residente de cuarto año nos cuenta en qué consistía el pago al doctor Marín cuando ella cometía una falta, en la situación económica desfavorable en la que ella se encontraba:

Dra. Sandi (R4): El doctor Marín decía: '¡te equivocaste, ni modo quiero mis galletitas, mi cafecito!' Y yo le decía: '¡pero doctor, no tengo dinero!' Se encabronaba, y me decía: '¡ay, es que eres bien coda!' Y yo le decía: '¡pero doctor, es que tengo una hija que mantener!' Y él respondía de forma grosera: '¡pues entonces no te estés equivocando (...) porque ya sabes

que yo me fijo en todo eso.' Y yo decía: '¡sí, doctor, trataré de ya no cometer esos simples errores con los que usted cobra...' (risas); y por eso el doctor me decía: 'les que ya ves, es que ¡eres muy contestona!' Cuando me decía eso, yo por el enojo hacía mis gestos (ojos indicando fastidio y seño fruncido); y entonces el doctor me decía: 'te voy a poner gestitos, porque ¡haces muchis gestos!' y yo, con ganas de decirle: '¡¡ya! ¡déjeme en paz!'<sup>47</sup>

Otra residente del mismo hospital, comenta que los pagos de castigos, son dependiendo de la jerarquía que uno tiene. A un médico interno, por estar en el peldaño más bajo de la jerarquía, le toca pagar atole, galletas, café y/o fruta, pero para un residente los castigos monetarios son comidas completas, no obstante, ellos/as también aprenden a evitarlos o negociarlos, generando tácticas y estrategias, que pueden en algún momento ser benéficas para ellos/as, reduciendo el castigo, o en su defecto maximizarlos, propiciando castigos constantes, acoso, y hostigamiento. La Dra. Tere, ejemplifica este hecho: .

Dra. Tere (R3): Me hacían pagar comida, como purgaba eso, pagar, ir a pagarle el alcohol al jefe y le decía: 'no voy a pagar, prefiero estar castigada.' Y no pagaba, no pagaba; y pregúntales cuántas veces me he ido a sentar con el Dr. Julian a tomar. Nunca, yo sí, te puedo decir que yo nunca.

Coral.- ¿y los residentes?

Dra. Tere (R3): Todos iban.

Coral: Y, ¿así pagaban los castigos?

Dra. Tere (R3): Así pagaban y se iban a su casa; yo decía: 'pa' qué pagan, mañana pasado se le pasa la borrachera, te va a encontrar algo y te va a chingar otra vez, como tú ya le pagaste te va a chingar otra vez y vas a tener que pagarle.' No hay de otra, yo como no le pago... Un día si hasta me mandaron un mensajito al teléfono... Me mandó un mensaje escrito el doctor: 'doctora Sandi, los ascritos tenemos hambre, queremos hamburguesas para el desayuno de lo contrario ¡tambo!' Así decía<sup>48</sup>

Otras veces puede haber pago sin castigo, en donde se retribuye de manera económica una acción considerada un “favor” dentro del proceso de enseñanza o cuando, por un descuido, la parturienta “le gana al estudiante” y pare en la camilla y no en la sala de expulsión, mejor conocido como “camazo”. En estos casos, por tradición, el cobro será un pastel para todo el servicio presente. Los residentes, por ejemplo, cuando pasan a segundo año, pagan con una cena para todo el servicio, para “celebrar” su primera cesárea, entre otras cosas. Uno de los pagos sin castigo, registrado en este hospital y que corresponde a una característica de la vieja escuela construida sobre relaciones clientelares de reciprocidad, es el que nos relata el Dr. Said, el cual se vincula estrechamente con el proceso de enseñanza:

Dr. Said (R2): Mi maestro, que estudió también en este hospital él me platicaba que cuando aprendió a poner fórceps le decía a su maestro, su R+: 'quiero poner un fórceps.' 'Sí, lo pones, pero pagas la cena.' 'Sí, yo la pago', decía y ponía el fórceps y a la siguiente, otra vez y así, y así fue como él aprendió. Y así se ha quedado como, no es obligatorio pues, pero es

---

<sup>47</sup> La dra Sandi, comentó en la entrevista que no pagaba los castigos, y prefería realizar la tareas.

<sup>48</sup> Es importante recalcar, que el hecho de beber juntos, refiere a un marcaje de complicidad de género.

una de las tradiciones que hay en todos los hospitales. Por ejemplo, cuando operas tu primera cesárea, tu residente o tu R mayor o tu adscrito luego te dice 'y qué vas a poner?'. O sea, como para festejar que estás haciendo algo nuevo. Así es como la vieja escuela.

En las voces de algunos MIP, resulta que la vivencia de estos castigos no parece nueva, ya que varios me platicaron acerca de la existencia de estas prácticas durante la carrera en la facultad e incluso me proporcionaban sus propias justificaciones con respecto a estas prácticas:

Coral: ¿te ha tocado pagar castigos?

Daniel: Aaah, sí (en tono de algo normal). Más que nada por detalles administrativos, que te equivocaste en esta nota, te piden pues la frutita. O también por cuestiones de la enseñanza, por ejemplo estando en el parto, el médico pregunta: 'oye que es esto, si me contestas bien, yo te pago la fruta, y si no pues tú la invitas'. Y pues son, desde mi parecer, refuerzos recordativos, y pues no están tan mal porque bien o mal no se te olvida que tuviste que pagar unas pinches galletas porque te equivocaste en algo, o porque no respondí esto o lo otro bien.

Coral: ¿este tipo de enseñanza se te hace el adecuado?

Daniel: Pues, no lo veo mal. Pero tampoco creo que sea el adecuado... Pero lamentablemente sí es bueno hasta cierto punto, porque te remarcan tu error, y ya nunca se te va a olvidar.

## **Castigo de “encierro”**

Mientras tanto los castigos de encierro son y siguen siendo unos de los más utilizados, en donde se corta la libertad del estudiante de salir del hospital, para ir a descansar a su casa. En los datos recabados en trabajo de campo pude constatar cómo un estudiante puede quedarse, desde tres días, -en el caso de médicos internos- y hasta dos semanas -en el caso de residentes- sin la oportunidad de salir del hospital. Las formas en la que se aplican son diversas, aunque todas tienen que ver con el uso del tiempo.

Los relatos que siguen ejemplifican las formas en las que este tipo de castigo se da o se daba hace apenas un par de años:

Dr. Amir (R3): Yo estoy, así como en el limbo. Porque cuando yo llegué acá de R1, llegabas un minuto tarde, te quedabas castigado tres horas. No hiciste eso y te tocaba hacerlo y te decía el jefe: 'yo te dije que lo hicieras' y lo olvidabas: te quedas hasta las ocho. 'Te dije que llegaras', la hora de entrada es a las siete, pero te pedía tu R+ que llegaras a las seis y llegabas seis y veinte, un mes te quedas hasta las ocho, todos los días hasta las ocho, y llegas todos los días a las seis. Esos eran como los tipos de castigo.

En una entrevista un médico adscrito del mismo hospital, este relató cómo el “encierro” data de las épocas en las que él fue residente, aproximadamente 20 años antes:

Dr. Jaime (Adscrito): Mira, por ejemplo, quedarte tres meses encerrado era uno de los castigos. Así de fácil. En esos tres meses no sales a nada. Pero yo creo que, si tú traes una filosofía de vida, y recuerdas que la residencia es eso, “residir”, no te pega tan duro, si tú dices: 'a ver, me van a castigar ¿y qué me quitan? Tu tiempo libre ¿para qué? Tu tiempo libre es para dormir, pues voy y me duermo acá abajo y me quedo operando acá'. Entonces

realmente dependerá obviamente de la mentalidad que tú tengas. Es como el internado, el médico interno es por eso ¿No? Porque está interno. Pero muchos médicos traen el concepto de que 'bueno, mi horario es a las dos y yo me voy: porque tengo que ir con mi novia, porque tengo que ir con mi novio, porque tengo que ver a mi mamá, a mi papá, hacer mi vida'. Y esa es una condición que en medicina desafortunadamente, aunque sea muy cruel, no se puede. ¿Por qué? Porque entre menos estés en un hospital, entre menos te foguees, pues realmente tendrás muchos errores afuera, entre más te foguees es mejor, entonces el fogueo debe estar aquí. Por eso es que el hospital tiene dentro de sus cuestiones correctivas los famosos castigos ¿no? Que no se llaman castigos, son guardias que se llaman guardias obligadas.

Como podemos ver, este médico vincula la idea de castigo, con el justificante moral del médico residente, que lo obliga a no reaccionar ante la sanción, al tomar en cuenta que su labor es residir en el hospital. Se trata de una de las formas en las que opera la normalización de la sanción y con la que se forja el carácter, la idea del “ser médico”, como un sujeto/a que se inmiscuye en un proceso de formación, donde se hace indispensable aprende a aguantar, a soportar, a vivir el proceso dolorosamente para que sea legítimo. El aguante es un vehículo sufrido, que a suerte de remembranza ayuda a no olvidar los porqués del sufrimiento.

Incluso hay castigos de encierro que se conocen por ser famosos y rutinarios. Por ejemplo, la Dra. Mirna, residente de tercer año, por cada error cometido por uno de sus subordinados, suma una hora más en el servicio:

Coral: ¿Cuál es el castigo que dicen “ese es castigo de la Dra. Mirna”?

Dra. Mirna (R3): Realmente ahorita no castigo a ningún interno, lo que yo siempre les digo es que no se van a ir si no me entregan tal cosa y pues ahí los tengo hasta que me lo entreguen ¿no?

Coral: Yo escuché una vez comentar que 'si no le entregaban un papel, usted los iba a dejar dos o tres horas...'

Dra. Mirna (R3): Sí, o por ejemplo, no te vas hasta que no me entregues y si un foquito no está, por cada foquito te vas quedar una hora, por tres foquitos te quedas tres horas y así, y por ejemplo a los R1 una vez los dejé una guardia ¿no? Pero es la única vez que los he castigado. Entonces es lo que yo les digo: 'lo único que yo les pido es lo que les toca y no quiero pretextos, o sea si vas, lloras, gritas, pataleas en el laboratorio, no sé, pero yo lo quiero'.

El resultado de esta práctica de la Dra. Mirna es que, durante las guardias con ella, los internos permanecen atentos todo el tiempo, más que con otros residentes, ya que esta médica es conocida por su actitud enérgica y firme, con la que no se puede negociar. Durante la entrevista, yo le pregunté el por qué mantenía esa actitud con los MIP y ella me respondió que, por los errores de los MIP, muchas veces le tocó a ella recibir el castigo de los adscritos. Afirmó que ya había aprendido que, si ella no les castigaba por algún error o falta, la consecuencia la pagaba ella.

Sin saber con precisión si esta explicación es una justificación para mantener en cascada y sin cuestionamientos el método de enseñanza-aprendizaje basado en el castigo como recurso pedagógico, o

si se trata de situaciones reales que acontecieron y que efectivamente pudieran repetirse, o tal vez si se trata de ambas posibilidades, lo que queda claro es que la Dra. Mirna es conocida entre los MIP por su firmeza y por aplicar sin discreción guardias extendidas en casos de errores u omisiones.

El saber que así es hace que los MIP le hagan particular caso y la respeten; no sólo porque temen la extensión de las guardias, sino y sobre todo, porque saben qué esperar de ella y reconocen su congruencia.

En el caso de los MIP, el castigo del “encierro” es menos frecuente, pero sí posible y no sólo con la Dra. Mirna. Durante mi trabajo de campo estuve presente cuando la jefa de MIP castigó a sus alumnos. Recuerdo que nos encontrábamos en el aula, esperando a que llegara el MIP que expondría la presentación para la clase. La adscrita, al percatarse que su salón estaba casi vacío, preguntó a los demás MIP donde estaban sus compañeros/ras, éstos respondieron de manera vaga y sin aducir una justificación clara con respecto a su ausencia. Después de unos minutos, la adscrita explicó el tema rápidamente, salió del salón y, casi al terminar la clase, llegó un grupo de MIP e intentó ingresar al salón. La adscrita les comentó tranquilamente “no pueden pasar, mejor vayan a avisarle a sus demás compañeros/ras que hoy por culpa de ustedes, todos/as se quedan de guardia”. Terminó la clase, la adscrita salió del salón. Los MIP se quedaron estupefactos ante la acción y comentaron que la adscrita nunca les había castigado así. Por la tarde noche yo regresé al hospital y me encontré a los MIP reunidos todos en la Mipera, espantados, esperando a que la adscrita--que prometió regresar por la noche para comprobar que los MIP se quedaron y que están trabajando--llegara.

Como lo dije anteriormente, este castigo para los MIP, no es muy frecuente, ni severo, en trabajo de campo, logré constatar que este hecho respondía a que el castigo fue producto de una acumulación de incumplimientos anteriores de los MIP a la clase de la Dra. Mirna, que generaban una imagen de poca seriedad y compromiso en su clase, esto aunado a que mi presencia en el aula, la hacía comportarse más disciplinaria frente a sus alumnos/as (en comparación con enseñanzas de pasillos, donde también pude observarle) tomar el papel de médica y mentora enérgica y regañar o en este caso castigar, para no quebrajar la imagen disciplina que ella anteriormente me había expresado en pláticas informales. Este castigo de la Dra. Mirna a los MIP, funciona como una advertencia y un aviso de que la Dra. Mirna, aunque la mayoría de las veces era empática con ellos/as, no dejaba de manejarse bajo las estructuras disciplinarias de la vieja escuela y del área.

### **Castigos académicos**

El Dr. Amir (R3), como mentor de los MIP dice ser adepto más en estos castigos, aclarando que no son considerados realmente como tales, fundamentalmente porque no infringen un sufrimiento o

dolor, a diferencia de los otros. De acuerdo con su perspectiva se vinculan con el aprendizaje directo. Así lo expresa:

Yo en lo personal los dejo “aparentemente” castigados, que no es un castigo diría yo, pero les pido un resumen o un comentario bibliográfico de alguna enfermedad y se van cuando ya lo tengan; es como un castigo de tiempo, porque es tiempo que ellos pierden, pero les beneficia al aprender algo. Entonces, esa es como la forma de aprendizaje y realmente sí ayuda o se ha visto que se forman mejores residentes.

Un castigo académico de otro tipo para los MIP se da en el aula de clases, donde la mentora (adscrita) en el inicio de la rotación reparte un calendario con temas que cada uno de los MIP debe exponer durante clase, y que sus demás compañeras/ros tienen la responsabilidad de estudiar antes. Durante la clase la mentora se dedica a hacer preguntas sobre casos específicos que ella expone sobre lo que ha vivido en el área de atención, y al azar cuestiona a algún MIP. Si este no responde correctamente, o comete alguna falta como llegar tarde a la clase, o no llegar, la mentora les añade un tema más en su calendario.

## **CONCLUSIONES**

El proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP se desarrolla dentro del ámbito de la enseñanza formal y, al mismo tiempo y de manera prevaeciente en este hospital, en el ámbito no formal. La educación no formal ha sido explicada de alguna manera por el concepto de “currículum oculto”; resulta ser la más importante, útil y resolutive para los MIP, en el contexto de este hospital.

La enseñanza no formal permite que se filtren e incorporen las predisposiciones del habitus médico en la cotidianeidad de la enseñanza al MIP.

El papel de la jerarquía en la enseñanza del MIP juega un papel importantísimo en la manera en la que se reproducen las relaciones de poder, de subordinación y las formas disciplinarias de aprendizaje en el proceso de enseñanza de los MIP. No obstante, aunque ésta es una forma hegemónica, la enseñanza no siempre funciona así, ni sucede siempre bajo estos preceptos, ya que tanto los MIP como sus mentores inmediatos (R1) movilizan su capacidad de agencia para transformar y, a veces, hasta rechazar estas condiciones de enseñanza.

Este apartado hace posible ver, que el proceso de aprendizaje de los MIP, está dividido por niveles que aparecen paralelamente, pero que responden a diferentes objetivos, con lo técnico y lo clínico por un lado, atendiendo a la necesidad de desagotar la carga de trabajo y lo disciplinario y jerárquico por otro, como una estructura de acción que mantiene funcionales las relaciones de poder y asimetría, en donde es posible ver por ejemplo, las implicaciones del aprendizaje del “ser médico”, donde este como estudiante toma el papel del “menor eslabón” y lo resignifica a su favor. El MIP asumiendo esto está dispuesto a aguantar y soportar las implicaciones de su posicionamiento, para así de manera legítima obtener algún

conocimiento del área. En el apartado, anado además un cuadro tipológico de elaboración propia, que hace referencia a los tipos de técnicas de enseñanza a los MIP, durante la rotación de ginecología.

En una sección siguiente del capítulo muestro que el castigo y sus distintas formas, son usados en proceso de enseñanza de los MIP como “un vehículo para la trasmisión de conocimientos” (Castro, 2014: 178) y es a su vez, un recurso no sólo para disciplinar, sino para afianzar una jerarquía (Idem), añadiendo un cuadro que, a manera de tipologías, describe cada uno de los castigos y sus implicaciones. La exposición explícita del castigo y los distintos ejemplos que aquí se presentan, sirven para analizar que los procesos y métodos de enseñanza dependen de un corte generacional, son relacionales y su severidad es proporcional a el rango de quien lo ponga y quien lo reciba.

En la vieja escuela, donde se reconoce como mentores herederos a los adscritos, la severidad y la continuidad de los castigos ante pequeñísimos errores es la característica per se. Para los residentes estas implicaciones llegan en transición y revelan la heterogeneidad con la que funcionan. En el caso de los MIP que, hay que recordar, permanecen durante tres meses en la rotación, pude observar más a fondo, de qué manera los castigos, son objeto de negociación y aparecen como un mosaico donde el producto de la transición (llevada a cabo por los residentes) es la menor severidad, y la reducción de la continuidad. Estas características me ayudaron a registrar que los castigos no son vividos de la misma manera por los MIP (ni por cualquier otro médico/a de cualquiera de las generaciones aquí expuestas), que se adaptan al mentor y al contexto y que ellos/as, a partir del reconocimiento de su capacidad de agencia y maniobra generan formas y estrategias colectivas e individuales para evadirlos o en su defecto cumplirlos, pero con mayor ventaja o facilidad.



## **CAPÍTULO CUATRO**

### **“AL CALOR DE LA PRÁCTICA”: LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA QUE APRENDEN LOS MIP EN UN HOSPITAL-ESCUELA QUE ATIENDE A MUJERES DE ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS**

En este último capítulo, abordo las razones por las cuales los MIP eligieron el Hospital Valdivieso para hacer su internado. Esto, aun conociendo de antemano las condiciones de sobrecarga de trabajo y las largas guardias que les esperan, las características jerárquicas y disciplinarias del proceso de enseñanza-aprendizaje en este hospital y en el área de ginecología y obstetricia en particular y las dificultades que saben que van a enfrentar a nivel personal en este contexto. Para poder entender de manera cabal esta decisión, es necesario considerar el tipo de atención que se ofrece en el hospital Valdivieso y el papel que juegan los MIP en la misma. Para esto, se analiza teórica y etnográficamente la construcción del estereotipo social hegemónico sobre las mujeres usuarias en el área de ginecología y obstetricia, compartido generalmente por parte de los MIP y cómo y de qué forma este imaginario interviene en su proceso de formación y marca la atención ofrecida en este contexto hospitalario.

En la segunda parte del texto, se discute en particular la pertinencia del concepto de otredad para analizar la interacción de los MIP--y el resto del personal médico--con las mujeres usuarias en este contexto de atención, discutiendo la forma en la que el proceso de aprendizaje de los MIP está ligado con la implementación sistemática de técnicas de aceleración del trabajo de parto, justificadas por estereotipos sociales hacia las mujeres usuarias y el contexto de sobresaturación en la atención obstétrica que se provee en la institución; remarcando también que, aunque el uso de estas técnicas sea hegemónico, existe un pequeño grupo de MIP -en especial mujeres- que rechazan implementarlas de manera rutinaria dentro de su proceso de aprendizaje, al asumirlas como innecesarias y dolorosas para las mujeres usuarias.

#### **LA PRÁCTICA ES LA RECOMPENSA. SOBRE EL POR QUÉ LOS MIP ELIGEN SER INTERNOS EN EL HOSPITAL CIVIL “DR. AURELIO VALDIVIESO”**

En el capítulo anterior, expuse de qué manera los MIP, al insertarse a la lógica de funcionamiento del Hospital y del área de ginecología y obstetricia en particular, se integran también a una cotidianidad y a un proceso de enseñanza-aprendizaje donde el castigo y la humillación están al orden del día y son parte inherente a él. Sin embargo, aun sabiendo esto y teniendo incluso muchas otras opciones, eligen este Hospital. La pregunta del porqué es así, se vuelve una pregunta obligada.

Durante el trabajo de campo y a través de las entrevistas realizadas, me di cuenta de que la razón inicial y el objetivo principal de los MIP en el área de ginecobstetricia es la práctica clínica (sin necesariamente importar la calidad de la misma), asumiendo que este hospital garantiza un máximo de aprendizaje durante el internado, en comparación con otros hospitales públicos, donde el margen de acción y práctica de un MIP es mucho más limitado. Lo anterior corresponde a la realidad, ya que en los registros que realicé durante el trabajo de campo constaté que un MIP en una rotación de tres meses en ginecología, puede atender en promedio 50 partos en el Valdivieso.

Cesár, un MIP que, durante su rotación, atendió más de 57 partos respondió de la siguiente manera a mi pregunta acerca del porqué había elegido hacer el internado en este hospital:

César: Fue por influencia de mis tíos porque en mis años que estuve en la escuela no tuve mucha práctica clínica, nunca suturé nada, nunca había colocado una sonda y dije yo 'no puedo terminar mi carrera sin saber hacer todo ese tipo de cosas'. Mis tíos me dijeron: 'Hijo, tienes que meterte al Hospital Vivil porque vas a salir mejor preparado, vas a hacer mucha práctica clínica, habilidad'. Y lo consideré entre mis opciones porque inicialmente quería el hospital General de Zona No.1, el IMSS es el que yo quería, pero a final de cuentas dije 'tengo que quitarme ese miedo a lo clínico, a ese mundo, a sacar el trabajo'. Y, por eso, fue que decidí entrar aquí al Hospital Civil.

Daniel, otro MIP, expresa además que la práctica es un aprendizaje que da ventajas laborales, o para una especialidad posterior:

Daniel: Yo entré al Civil, porque sabía que mi conocimiento sería práctico. Cuando entré a gineco, por ejemplo, no sabía hacer tactos, aprendí lo del trabajo de parto, a resolver situaciones que se pueden llegar a presentar, saber por qué pasan, y eso sí lo aprendimos (...) a valorar, de ver un parto, de resolver un parto, de suturar los desgarros (...). Mi aprendizaje sí, fue muy práctico, aprendes en cesáreas a instrumentar, y si no podemos entrar luego a una especialidad, esa es una herramienta que te puede ayudar a trabajar, la práctica en eso ayuda bastante.

Kat, una de las MIP mujeres, comparte el punto de vista de sus compañeros y compara su enseñanza de MIP en el Hospital Civil, con la que posiblemente pudo tener en otros hospitales:

Coral: ¿Qué te habían dicho sobre la enseñanza en este hospital?

Kat: Que realmente no había enseñanza por parte del médico, sin embargo, la práctica sí.

Coral: ¿Te hubiera gustado hacer el internado en otro lado?

Kat: No... creo porque ya sé en los demás hospitales cómo se maneja. Por ejemplo, en el ISSSTE ya sé cómo es el internado (...) pero como soy derechohabiente del ISSSTE pues acudo frecuentemente y veo cuáles son las actividades de los médicos internos y no me gustó.

Coral: ¿Por qué?

Kat: Porque como no hay residentes, realmente te quedas solo pues (...) Y en el hospital del IMSS me llamaba mucho la atención porque una de mis amigas igual hizo también el internado ahí y me dijo que estaba muy bien, que había mucho aprendizaje y sí, porque

les dan clases, pero (titubea) hace poco fui a visitar a una compañera y realmente no hacen mucha práctica y eso no me gustó, entonces dije “No, no quiero”

Coral: ¿Los estudiantes reconocen en que hospitales pueden practicar y trabajar mucho y cuáles no?

Kat: Sí.

Coral: ¿Y saben que el Hospital Civil es un lugar donde...?

Kat: Puedes hacer de todo, sí, la verdad que sí.

Coral: ¿Qué has aprendido más en gineco y en la toco, práctica o teoría?

Kat: Práctica.

Coral: ¿Con qué aprendizaje sales de gineco?

Kat: Pues es que realmente aquí es muy práctico (...) Yo sí aprendo, sí me pongo a leer, pero no tanto... Realmente no lo voy a aprender lo suficiente, o quizás no se me quede tanto... Pero si lo pongo en práctica, realmente sí se me queda más tiempo, lo aprendes como tal, y eso es lo importante en este hospital y en esta rotación.

Estos ejemplos etnográficos me ayudan a entender el lugar importantísimo que dan los MIP a la práctica clínica, dentro de su proceso de formación como médicos en su formación general, pero sobre todo y en particular en el área de ginecobstetricia; haciendo justificable cualquier tipo de trato que reciban en el área, mientras puedan aprender practicando.

La idea de la práctica aparece como una respuesta fundamental para explicar por qué se ingresó como MIP al Hospital Civil, tanto en las entrevistas, como en los instrumentos (encuestas, pre-test y post-test), desde donde recuperamos los siguientes datos (Tabla 17):

**Tabla 17 Razones esgrimidas en la selección del Hospital Civil para el internado**

MIPde la segunda rotación	Porque decían que aprendes mucho de la práctica
MIP de la tercera rotación	Porque decían que aquí practicabas mucho
MIPde la segunda rotación	Porque es un hospital que te deja practicar con mucha población
MIPde la segunda rotación	Por el aprendizaje que existe al realizar mucha práctica
MIP de la primera rotación	Por demanda del hospital, porque se puede ver mucho y aprender en toda la práctica
MIPde la segunda rotación	Para aprender más y obtener mejores habilidades en procedimientos médico quirúrgicos
MIP de la primera rotación	Por la enseñanza y la práctica que te dejan desempeñar
MIPde la segunda rotación	Porque aprendes por práctica y hay casos raros aquí
MIPde la segunda rotación	Porque te dejan practicar más

MIP de la primera rotación	Porque el número de pacientes que se atiende, por el alcance de prácticas con las pacientes, por el tiempo de población
MIP de la segunda rotación	Porque me parece un hospital con muchas maneras de como aprender y practicar
MIP de la segunda rotación	Porque decían que aquí te dejaban meter mano
MIP de la segunda rotación	Porque era el mejor para aprender conocimientos técnicos

Fuente: Tabla de elaboración propia con datos de los pre-test y pos-test, realizados a los MIP de la primera, segunda y tercera rotación con la que trabajé.

La información anterior proporciona ejemplos que dan una idea clara sobre la principal razón por la cual los y las MIP eligen hacer el internado en este hospital: la posibilidad de hacer práctica y el margen de acción que se les permite a ellos como médicos en formación durante la rotación. Lo anterior prevalece aun cuando la mayoría de los y las MIP están también conscientes de que se trata de un entorno difícil para ellos.

La conciencia de la dificultad que representa hacer el internado en este hospital es indudablemente muy difundida entre todos los MIP; conciencia que existe desde antes del inicio de este proceso. Sin embargo, la realidad del internado parece rebasar aún las expectativas más sombrías. El MIP Yair comenta al respecto:

“esperaba que fuera difícil, esperaba que... pues sí, que iba a ser (como MIP) como que lo último de lo último escalón, debajo de enfermeras, debajo de todos (...). Que iba a haber mucho trabajo(...). Decían que eran guardias cada tres días, que hay veces que no duermes, que a veces te tratan mal, que eres el más bajo en el escalón y todo eso, pero yo era estudiante, no me lo imaginaba, decía: 'ya cuando llegue el tiempo, ya cuando llegue mi año de internado sabré'.

El MIP José, por su lado, expresa que aunque esta realidad es muy dura, ellos tienen que acostumbrarse a ella porque no hay forma de cambiarla y se trata de una etapa inevitable en su aprendizaje:

“[Sabía que] era difícil, como MIP te ponían a trabajar mucho (...) y que no dormías (...) me daba miedo a que me preguntaran y no supiera, y que hubiera regaños por eso.

Coral: Y ahora que ya estás aquí, ¿cómo es?

José: Te acostumbras. Yo siempre he trabajado te digo, lo que no me gusta es que me manden. Si te van a mandar es por algo por lo que te sirva, por eso.

Coral: ¿Y puedes negarte?

José: Pues no puedes decir que no, porque es una etapa que te toca vivir, la etapa de hacer mandado y aprender así.

Estas respuestas dan cuenta también de cómo los MIP asumen que su proceso de enseñanza en el hospital se dará en un contexto jerárquico, en donde ellos/as como MIP ocupan el peldaño más bajo entre el personal médico y a veces incluso entre el personal de enfermería, por lo cual deben realizar

mucho trabajo y desempeñarse en actividades que en sus inicios desconocen. En el intento por aprender, asumen que se equivocarán y que recibirán reprimendas, regaños y hasta castigos, pero que al final ese es el papel que les toca cumplir en ese momento para poder aprender y practicar.

Ante la misma pregunta ¿Qué esperaban del internado antes de entrar?, la MIP Daniela me responde entre risas:

“ Yo esperaba que me pegaran(...). No, pues yo sabía que iba a estar muy pesado, pero que ibas a aprender mucha práctica (...) Ahora es diferente (...) la verdad a mí no me gustó mucho crear tanta papelería, está bien crear papelería pero no tanta. Yo me desesperaba y me chocaba, al principio odiaba la papelería, sentía que nada más te pasabas todo el día haciendo papelería y no aprendías nada (...) te sientes secretaria nada más, pero siempre la práctica es la recompensa.

Como lo expresa Daniela, una de las reacciones comunes de los MIP, después del término de la rotación de ginecología, es sentirse decepcionados por la cantidad de notas que deben realizar por cada usuaria que aprenden y por el tipo de guardia que les toca cubrir. No obstante, algunos/as reiteran que no importa asumir este papel, si obtienen como recompensa la práctica, de la cual hablo más adelante en este capítulo.

No en todos los casos la realidad resulta ser peor que la peor expectativa inicial. A veces, la fama del hospital como lugar de disciplina muy estricta y de trabajo muy arduo es mayor a lo que realmente terminan experimentando los médicos internos. La MIP Kat lo expresa de la siguiente manera:

“realmente había escuchado que hablaban mucho del hospital civil, que era muy pesado y que había muchísimo trabajo, que realmente había muchísimos castigos, que a veces podías quedarte unas dos semanas castigado(...) Cuando estuve en gineco realmente a mí me tocó un solo castigo que realmente estuvo bien tonto, el motivo por el cual nos quedamos fue bien tonto, pero bueno ya no puedo decir nada; y fue la única ocasión en la cual me han castigado. Entonces realmente cambió mucho mis expectativas sobre el internado, sin embargo en el área académica aprendí mucho (o he aprendido mucho) de las áreas donde he estado: me habían dicho que sí había mucho trabajo y que a veces no aprendías por lo que leías o por lo que estudiabas, sino que realmente lo hacías tantas veces que se te quedaba, por rebosamiento. Y creo que sí, realmente sí, es así, pero si te das tiempo creo que sí hay chance de leer y correlacionarlo con la práctica”.

Una de las características que pesan siempre como ventaja y desventaja del MIP en la rotación es el alto volumen de usuarias en el área, ya que por un lado les satura de trabajo, haciéndolo un ejercicio extenuante pero, por otro lado, les ha favorecido porque saben que ellos/as han aprendido a través de tanta práctica con ellas.

En general, es posible ver que si bien los MIP están concientes de las dificultades y el sacrificio personal que implica hacer el internado en el Civil, es raro que alguno de ellos se arrepienta de haberlo escogido, ya que de acuerdo a lo recabado en campo para el caso de la rotación de ginecología, las y los MIP siempre enfatizan sobre lo positivo del conocimiento, el aprendizaje y la práctica adquirida en el

área,. Al parecer, la práctica clínica a la que se les expone es más importante que cualquier sobrecarga de trabajo experimentada, falta prolongada de sueño, humillaciones múltiples recibidas y/o haber sido objeto de acoso por parte de superiores en el proceso.

Ante esta situación, cabe preguntarse ¿qué es lo que sitúa a parte el Hospital Civil en comparación con otros hospitales públicos de la ciudad de Oaxaca? ¿En qué consiste esta práctica clínica que tanto se adquiere en el Civil y a la que hacen continuamente referencia los MIP? ¿Qué condiciones peculiares se dan en el Hospital Valdivieso que permiten que los MIP ejerzan esa práctica clínica de manera directa con las usuarias del servicio de ginecología? En particular, me parece muy sugerente profundizar, en primer lugar, acerca de la manera en la que se conciben las usuarias en este entorno hospitalario para generar la idea de que esa práctica clínica es de esperarse con ellas; o sea, es legítima y permisible, aun por parte de estudiantes.

## **EL IMAGINARIO DE LAS MUJERES USUARIAS EN EL ÁREA DE GINECOBSTERICIA, COMO FACILITADOR DE LA EXTENSA PRÁCTICA DE LOS MIP EN EL HOSPITAL**

Antes de hacer trabajo de campo en el Hospital Civil, nunca había entrado en él y mucho menos al área de tococirugía; sin embargo, reconozco que en mi mente estaba asentada la idea de un imaginario específico sobre el tipo de mujeres que acudían a atenderse en él. Pensaba que eran mujeres de recursos económicos limitados, provenientes de comunidades rurales o indígenas, hablantes de alguna lengua indígena y muchas de ellas jóvenes o muy jóvenes. Resultó ser que mi imaginario inicial es compartido por el personal que trabaja en el Hospital Civil, con la diferencia de que el énfasis que ellos y ellas colocan se maneja con mayor rigidez la dimensión de clase, incluyendo a los mismos MIP.

Al mismo tiempo y en mi intento por comprender mis supuestos, con el acompañamiento y constantes debates con mi directora de tesis, intenté rastrear y preguntarme de dónde surgía ese imaginario y si lo que yo pensaba era distinto a lo que pensaban otras personas en el hospital; así que en mis instrumentos para realizar entrevistas formales e informales a los MIP introduje las preguntas ¿qué tipo de mujeres acuden al hospital? y ¿cuáles son sus actitudes frente a la atención que les brindan? Las respuestas frente a estas preguntas me ayudaron a visualizar que, si bien existen diversas opiniones sobre el tipo de usuarias que acuden al área de ginecología, hay una representación social hegemónica sobre quiénes son las mujeres que llegan con más frecuencia a dar a luz en este hospital y es esta representación la que permite y justifica la práctica clínica sobre sus cuerpos por parte de todo el personal médico en formación.

El concepto de representación social refiere a un proceso psíquico de abstracción compartido a nivel colectivo, mediante el cual la humanidad:

Hace inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (...) generando ideas sobre objetos o sujetos (...) que se vuelven casi tangibles. (...) Circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La representación social puede verse a demás como una textura psicológica autónoma y a la vez como propia de nuestra sociedad, de nuestra cultura (...) Una representación social es una "preparación para la acción", no lo es solo en la medida en que guía el comportamiento, sino sobre todo en la medida en que remodela y reconstruye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. Llega a dar un sentido al comportamiento a integrarlo en una red de relaciones donde está ligado a su objeto. Al mismo tiempo proporciona las nociones, las teorías, y el fondo de observaciones que hacen estables y eficaces a estas relaciones (Moscovici, 1979:18-32).

Es importante aquí recordar el significado de "hegemonía", para poder explicar por qué la representación social de las mujeres que se atienden en el hospital es efectivamente, "hegemónica". Para Gramsci, hegemonía es:

"Dos grandes planos sobre-estructurales, (primero) ese que se puede llamar de la sociedad civil, o sea del conjunto de organismos llamados "privados", así como de la sociedad política o del Estado y que corresponden (ambos) a la función de hegemonía que el grupo dominante ejerce en toda la sociedad, 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. Los intelectuales son los encargados del grupo dominante para el ejercicio de las funciones subalternas de la hegemonía social y del gobierno político, o sea: 1) del consenso "espontáneo" que las grandes masas de la población otorga a la dirección en la vida social que el grupo dominante provee, consenso que nace históricamente del prestigio (y de la confianza) que mantiene el grupo dominante por su posición (social) y por su función en el mundo de la producción: 2) del aparato de coerción del Estado que asegura "legalmente" la disciplina de aquellos grupos que no "consienten" ni activamente, ni pasivamente pero está constituido por toda la sociedad in previsión de los momentos de crisis en el mando y en la dirección en la cual el consenso espontáneo se perdió"(Gramsci, 1975:1518-19)<sup>49</sup>.

En otras palabras, hegemonía refiere a un proyecto político de una clase dirigente en donde se ejerce no sólo control directo como dominación a través de la coerción por medio de la fuerza de los aparatos del Estado, sino también a través del 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 por lo cual, no solo son dominados a través de la fuerza.

En el área de ginecobstetricia, la representación social hegemónica sobre la mayoría de las mujeres usuarias de esta área 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. En el imaginario compartido, se concibe que estas usuarias, frente a la atención recibida, permanecen agradecidas, dispuestas y sin cuestionamientos sobre el tipo de atención que reciben por parte del MIP, del residente, o de cualquier otro personal médico, tal como lo registran Sesia, Van Dijk y Sachse (2014) en este mismo hospital al hablar sobre "la normalización y naturalización de las prácticas abusivas, innecesarias,

---

<sup>49</sup> Cuaderno 12 (xxIX). Traducción: Paola Ma. Sesia.

dolorosas y hasta dañinas en el contexto institucional” (2014:262); al igual que Castro y Savage (2019) cuando discuten el concepto de preferencia adaptativa, como "la preferencia de soportar el abuso en respuesta a las opciones restringidas” (2019:131) en el caso de violencia obstétrica en instituciones de salud de la República Dominicana.

Esta 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, permitiendo y justificando una atención obstétrica hipermedicalizada, sin cuestionamientos ni restricciones, donde la práctica del estudiante frente al cuerpo de una mujer pasivizada se premia, la atención se vuelve despersonalizada y abusiva y los procedimientos invasivos se vuelven sistemáticos, rutinarios y operativos para el contexto de un alto volumen de atención del hospital.

Utilizo el concepto de estereotipo a la luz de tres autores, Lippmann (1922), Adorno (1950) y Blumer (1969). Para Lippmann, el término estereotipo alude a una ficción (1922:15-16), pero no una ficción en el sentido de una mentira “o algo real o equivocado, sino una ficción, en el sentido de imagen elaborada por el hombre” (Cano, 1993:35, refiriéndose al pensamiento de Lippman). Para el autor “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” (Cano, 1993:31, en referencia a Lippmann). En palabras de Cano, “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 estabilizados de la percepción, de la afirmación de la identidad y de defensa del 'status quo', que se manifiesta a un triple nivel: del individuo respecto al mundo, de la posición y de la cohesión de los individuos dentro su grupo; y de la posición de cada grupo en el contexto intergrupar, cumple así una función defensiva tanto para el individuo como para el grupo” (1993:41-42).

De manera parecida pero con su propia especificidad, 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” (1950:617). 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” la cual se presenta en “sujetos de pensamiento rígido que obedecen a la autoridad, que miran al mundo como blanco y negro e imponen un apego estricto a las reglas sociales y jerarquías. La gente autoritaria tiene más tendencia que otros a albergar prejuicios en contra de grupos de bajo nivel social” (citado en Casas, 2008:151).

Analógicamente, Blumer reflexiona el concepto, adentrándose primeramente a comprender 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” (1969:185).

No obstante, el estereotipo no navega solo, y pasa por un proceso en donde transmuta a estigma, entendiéndolo de acuerdo con Goffman como:

“una marca, un atributo personal desacreditado por nuestra sociedad (...) que pueden ser de tres tipos, por características del cuerpo, defectos de carácter y estigmas tribales, raza, nación y religión susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia (...) la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndose de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. La teoría del estigma, es una ideología para explicar la inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como, por ejemplo, la de la clase social (...) 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” (1963:14-15).

Estos autores me ayudan a comprender cómo la representación social hegemónica sobre las mujeres usuarias por parte del personal de salud y los MIP 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 un transmisor y socializador de una visión que separa dos grupos, el superior y el inferior, estabilizando el “status quo” del contexto, en donde el prejuicio y la discriminación juegan un papel crucial, al fundamentar y legitimar un sentimiento de superioridad, que termina traducéndose en acciones donde se asume el poder y se establece una jerarquía sobre el grupo subordinado.

El testimonio de la Dra. Mirna, residente de segundo año, pone de manifiesto la manera en la que ella le enseñaba a un MIP a revisar a las usuarias cuya visión corresponde a la representación social hegemónica:

Dra. Mirna: Por ejemplo, uno de los internos 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.

Esta representación social, tal como lo revelan Sesia, van Dijk y Sachse (2014) en un estudio realizado en el mismo hospital, tiene además otras implicaciones:

“Se piensa en ellas como parte de una otredad que se considera no sólo 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”(2014:259).

No obstante, esta representación social hegemónica que tiene el personal del hospital en el área de ginecología sobre el tipo de población que atiende de manera mayoritaria, se matiza y contrasta abiertamente con los datos duros con los que cuenta el hospital sobre las usuarias que se reciben. Mediante la triangulación etnográfica de entrevistas, observación, conversaciones informales y los datos estadísticos del hospital, fui indagando y caí en cuenta que la población de usuarias que mayoritariamente se atienden en el área de ginecología, es mucho más diversa que lo que se piensa, ya que no solo se trata de mujeres pobres, provenientes de comunidades rurales o indígenas alejadas de la ciudad y sin ningún tipo de seguridad social, sino de usuarias que proceden de un entorno mucho más heterogéneo donde lo urbano por ejemplo, es una característica mayoritaria crucial. La revisión de los datos estadísticos me permitió constatar primeramente que la mayoría de las mujeres atendidas no son de pueblos o rancherías lejanas, sino que provienen de municipios, localidades y/o asentamientos que se encuentran dentro de la ciudad de Oaxaca o aledañas a ella, como colonias, barrios, municipios y/o agencias municipales. Además, la gran mayoría no habla ninguna lengua indígena.

Pero entonces ¿porque este imaginario sobre ellas aparece tan frecuentemente y se reproduce de igual manera entre el personal de salud del hospital, incluyendo a los mismos MIP que finalmente solo pasan un tiempo relativamente corto dentro de la institución? En particular, ¿bajo qué elementos se reproduce esta representación social entre los MIP en su proceso cotidiano de enseñanza-aprendizaje?

Las respuestas sobre los imaginarios con los que las y los MIP reproducen y/o construyen esta visión estereotipada sobre la población usuaria fueron reveladoras, ya que fuera de la historia clínica<sup>50</sup> lo único que tienen para distinguir a las mujeres pacientes es la actitud de las usuarias frente a la atención, los rasgos faciales, el fenotipo, el color de piel, la lengua o el acento del habla, ya que absolutamente todas las usuarias pasan por un protocolo de atención en donde son subidas del área de valoración y al área de labor en una simple bata, sin ninguna prenda externa, joya, maquillaje o pertenencia distintiva que les identifique a nivel de clase social y/o etnia.

---

<sup>50</sup> La historia clínica es un formulario/entrevista que hace el personal de salud a las usuarias donde se recopilan los datos más relevantes sobre su situación sociodemográfica y su condición de salud, en la historia clínica se un escaneo sobre la usuaria indagando sobre enfermedades ligadas a antecedentes familiares, antecedentes personales no patológicos (donde nació, donde vive, a que se dedica, religión, escolaridad, tipo de casa, construida, con todos los servicios, de agua, luz, drenaje, letrina, hábitos higiénicos, cambio de ropa, cepillado de dientes, veces en las que se baña en la semana, alimentación, antecedentes el padecimiento actual.

En mi búsqueda por abstraer estos rasgos distintivos de esta representación social hegemónica, recuperé discursos donde los MIP tienden a reproducir esta visión estereotipada y estigmatizada de las mujeres que es hegemónica en esta área del hospital, con realmente pocas fisuras. Se refieren, por ejemplo, a la actitud de las usuarias como mujeres que ante la atención se mantienen inocentes, permisivas y en obediencia, aludiendo ésto a las características de su “cultura”; lo cual implica, por ende, su supuesto analfatismo y falta de preparación para cuestionar. Los MIP las comparan con usuarias del IMSS o ISSSTE--donde se tiene la representación social, también hegemónica, de que son mujeres que sí preguntan, que sí cuestionan, y que sí exigen, porque se piensa que tienen un nivel alto de escolaridad ligado al ser derechohabientes--y la idea que tienen sobre la mayoría de las mujeres que acuden al Hospital Civil es que son analfabetas, no preguntan, no exigen saber sobre los procedimientos a los que son sometidas; fundamentalmente, solo agradecen la atención recibida porque es gratuita y ellas son de manera uniforme, pobres e ignorantes.

Renata, una MIP 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. Eso es algo que también te dicen cuando entras al hospital 'si vas a entrar al Civil, los pacientes no son ni IMSS ni ISSSTE, o sea, no son asegurados, no tienen cierta escolaridad, no tienen cierta licenciatura, entonces tú vas a ser su ángel', literal. O sea, van a confiar en tí, tal cual. No hay más.

Esta idea de la confianza total por parte de las usuarias se acompaña por el ceder todo tipo de autonomía decisional y renunciar a su agencia en este contexto de la atención. El hecho de ceder esta autonomía implica que ellas dan un consentimiento tácito a ser cuerpos de aprendizaje, por el hecho de ser sujetas de atención de este Hospital. Es en este resquicio que la renuncia a la agencia se encuentra con la permisividad hacia la atención que brinda todo el personal médico y paramédico y que los MIP aprenden en sus rotaciones. Esto resulta ser una ventaja para el aprendizaje práctico, ya que posiciona a los MIP en un rango de reconocimiento, respeto y credibilidad como médicos frente a las usuarias, al estar menos supervisados en comparación de hospitales como el IMSS y el ISSSTE donde en general fungen como ayudantes de prácticas menores. A los MIP 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 Civil, que se equivoquen varias veces, antes de aprender a realizar los procedimientos correctamente.

La MIP Meli, durante una guardia en el piso de puerperio, me compartió:

“yo siento que la mayoría de estas usuarias son más accesibles en cuanto a que nosotros (refiriéndose a los MIP) las podemos revisar, y realizar los procedimientos; a comparación del ISSSTE, pues ahí son personas que ya tienen licenciaturas, [ahí los MIP] son más limitados y[a] que [las pacientes] pueden decir 'no quiero que un estudiante me toque'. Y

acá pues, creen en tí, 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.

Yair, un interno de la misma guardia, tiene una experiencia parecida a Meli. Él comparte la idea de que ser un interno en el Hospital Civil es una ventaja, porque pueden practicar con las pacientes.

Expresa:

Las personas aquí te dicen 'doctor', no eres el interno, no eres el practicante, eres el doctor. Y las vas a ayudar. Entonces no pasa como con los asegurados, que exigen un servicio porque dicen que te están pagando, y dicen al doctor: '¡el practicante que no me haga nada, el practicante que no me haga esto!'. Entonces tú no tienes chance como aquí.

La representación social compartida entre los MIP--al igual que entre todo el personal de salud que opera en el 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 para los y las usuarias, 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, por lo que se omite el derecho de las usuarias a un sistema universal y equitativo de protección a la salud. Esta visión actúa para que las pacientes del Hospital Civil se transformen en 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, lo cual justifica esta utilización.

El MIP Rafael tiene 26 años. Ha vivido toda su vida en Oaxaca y reside con su familia en el municipio de Tlaxiaco de Cabrera, sus padres son originarios de la Sierra Juárez. Por su edad, lo conocen como “el Don” por ser uno de los más grandes de edad de su generación, al mismo tiempo que es reconocido al mismo tiempo en las guardias por ser uno de los más eficientes. Aunque su primer interés no era llegar a hacer el internado en el Hospital Civil, sino al IMSS debido a las atenciones que podía ahí brindarle a su madre enferma (ya que su madre recibe tratamiento en el IMSS y frecuentemente se encuentra internada en el mismo), no quedó en el IMSS y ahora sabe que estar en el Civil fue una buena decisión, aunque no pueda ayudar a su madre. En la rotación de ginecología atendió más de 40 partos. Rafael explica las implicaciones de pagar servicios de salud versus recibirlos de manera gratuita. Menciona que en el IMSS la atención que se les brinda a las usuarias en ginecología y la que pueden dar las y los estudiantes es distinta que en el Hospital Civil “Porque ahí estás pagando. Te cuesta. (...) Pagas porque al final de cuentas te lo están cobrando de tus... servicios, pues tienes que pagar el IMSS, lo descuentan de tu trabajo, o sea, tienen la obligación de responderte. Aquí en gineco del Civil no, porque aquí no

pagas”. En otras palabras, las mujeres tienen derechos siempre y cuando paguen directa o indirectamente por los servicios que reciben. La gratuidad implica el despojo de los derechos.

Como podemos ver, esta 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; razón por la cual, como vimos en el primer apartado del capítulo, los MIP eligen el Hospital Civil para realizar su internado.

El MIP Alejandro manifestó que ésta fue una de las razones que lo impulsó a elegir el Hospital Civil como lugar 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 comenta “o sea, suena mal, pero así aprendes, creo. Bueno, es una forma de aprender”. Estas palabras denotan no sólo 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.

Para Daniel, el hecho de atender un parto, o la cantidad de partos que ellos logran atender en el Hospital Civil durante una rotación de tres meses (40 partos mínimo), hubiera resultado imposible de igualar en cualquiera de los hospitales IMSS o ISSSTE de la ciudad ya que, esas intervenciones son ejercidas y/o delegadas solamente de adscritos a adscritos, o de adscritos a residentes. Daniel comenta “en otros hospitales no dejarían a un MIP atender partos tan fácilmente, ni la paciente, ni nuestros mismos mentores, ya que ahí los partos los atienden los residentes o los mismos adscritos. Aquí, por la misma cantidad de trabajo que hay es que nosotros atendamos un parto, esa es una ventaja para nosotros”.

Una de las formas que tienen varios MIP para nombrar la representación social hegemónica de las usuarias del Hospital Civil como mujeres pobres, provenientes de comunidades alejadas al centro, de actitud sumisa y agradecida, analfabetas etc, es que son mujeres de “nivel sociocultural bajo”. Desde la antropología, esto refiere a una representación “de la otredad que se considera no sólo diferente sino jerárquicamente inferior a (...) la sociedad civilizada(...)urbana, profesionista y educada con la que se identifican los ginecobstetras” (Sesia et al, 2014:259).

Esta representación social se intersecta y retroalimenta mutuamente con la de la cosificación de la mujer usuaria dentro del sistema biomédico de atención, donde el “control disciplinario sobre el cuerpo, se ejerce no sobre cualquier persona, sino en específico sobre la persona-cuerpo femenino, donde la subjetividad y la agencia de la mujer es objetivada, pasivizada y silenciada dentro estructuras jerárquicas y autoritarias de una gineco-obstetricia profundamente patriarcal en su génesis histórica, praxis médica e interacciones socio-clínicas” (Sesia, 2017:77).

Si bien la mayoría de los MIP se reconocen en esta representación social compartida, lo anterior se contrapone con un hecho que muestra cómo esta reproducción de la representación social puede tener

fisuras en lo concreto de la vida cotidiana en el hospital. Alan, uno de los MIP con los que trabajé, manifestó un día:

Al Hospital (refiriéndose al área de gineco-obstetricia) también llegan a atenderse mujeres de nivel alto (recomendados). 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.

Este MIP se refiere a una minoría de usuarias que se atiende en este hospital, la cual se encuentra conformada por 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 estas mujeres son familiares del personal médico, o de jefes de área y otras son trabajadoras del hospital, como enfermeras o médicas del área. Una de las razones por las que este tipo de mujeres acuden a este hospital, es, primeramente, porque reciben un trato diferenciado, personalizado y eficaz, en donde sus redes de apoyo resultan ser una ventaja importantísima para su proceso de atención. Una segunda razón es porque, aunque el Hospital Civil presenta carencias materiales importantes, cuenta con infraestructura médica y tecnológica que ningún otro hospital, público o privado tiene en el estado de Oaxaca, ya que presenta un área equipada de terapia intensiva, además de incubadoras.

Así, resulta interesante ver cómo las características e imaginarios 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 con todas las mujeres usuarias que ingresan para un parto al Hospital Civil, los MIP reportaron que con este tipo de usuarias no se sigue este protocolo, ya que una de las formas en las que aprenden a identificarlas es precisamente por la ruptura del seguimiento protocolario.

El quiebre del protocolo se da en múltiples momentos y pasos de la atención. Primeramente, en el primer filtro (consultorio de valoración) estas mujeres (en comparación de la mayoría) no viven tiempos largos de espera, y/o rechazo para ingreso, sino que son recibidas y valoradas por un médico adscrito e inmediatamente trasladadas al área de tococirugía. Una vez que ingresan a dicha área, las usuarias serán atendidas por residentes de alto rango y uno o más adscritos, quienes llevarán de forma personalizada todo su proceso de atención, sin permitir la intervención de ningún MIP, ni la aplicación de procedimientos de riesgo, con un seguimiento personalizado, preferencial, centrado en la mujer, respetuoso y de calidad, hasta la resolución de su parto.

Para observar y reconocer estos casos, se requiere de un conocimiento detallado sobre todo el proceso de atención y una mirada interna de las lógicas de funcionamiento del área, en donde el trato diferenciado también forma parte de un currículum oculto subyacente.

Comencé a visualizar la existencia de imaginarios y prácticas diferenciadas de atención hacia mujeres usuarias, cuando un MIP 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, que no habían dejado a ningún MIP acercarse a ella y que solo los residentes y adscritos habían estado atendiéndola, brindándole una atención cuidadosa y sin ningún tipo de intervención como la aceleración del trabajo de parto.

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

Unas semanas después de haber iniciado el trabajo de campo, estaba conviviendo con los MIP del área en unos pasillos del hospital, platicando de las usuarias de tococirugía. Ellos y ellas, en broma, me dijeron que si yo me embarazaba pronto no me preocupara porque me atenderían en el hospital. Enumerando las ventajas, las y los MIP me decían que iban a cuidarme y dejarían que yo me tardara el tiempo necesario en mi trabajo de parto, sin acelerármelo con medicamentos o maniobras. Incluso me dijeron que traerían una tina del área de pediatría para que mi parto fuera en agua, además de permitir que yo llevara a mis familiares para que me acompañaran y fungieran como doulas.

Aunque esa plática fue inocente y en forma de broma, reveló que los MIP están conscientes de que existe otro tipo de atención, la atención de “los recomendados”<sup>51</sup> una personalizada, sin seguimiento a rutinas, no forzada, donde los MIP están excluidos y que se desarrolla en un ambiente de confianza en el que la usuaria no es expuesta a tratos inadecuados durante su estancia en el área de labor. Fue entonces cuando quedó evidenciado que dicha atención humanizada existe y es llevada a cabo, aunque es escasa y extraordinaria porque se da solo a mujeres que guardan algún tipo de ventaja por conocer a personal médico o de enfermería influyente en el área.

¿Cómo contrasta esta atención personalizada y preferencial con el tipo de atención que recibe la gran mayoría de las mujeres usuarias? Al comparar estas vivencias con las de usuarias que no son objeto de ningún favoritismo, que no cuentan con redes de apoyo dentro del hospital y las que se les priva de autonomía y de capacidad de decisión, me doy cuenta de que las experiencias de atención a su parto son totalmente distintas. La mayoría de las y los MIP comparten el imaginario de que las usuarias de clase media o media alta sean amas de casas o trabajadora profesionales, procedentes de la ciudad y/o con

---

<sup>51</sup> Categoría propia utilizada por el personal de salud del hospital.

algún tipo de seguridad social, tienen una actitud de contestación, capacidad de cuestionamiento y ejercicio de agencia ante la atención que reciben en un hospital público.

Otra idea en la representación social hegemónica que los MIP aprenden en la atención a las usuarias en esta área, es que reconocen que no todas las usuarias son sumisas, calladas y no reclaman o cuestionan. Yair, por ejemplo, responde:

Coral: Si pudieras describir a estas pacientes de la Toco, ¿cómo sería?

Yair (MIP): La mayoría son pacientes humildes, pero también hay muchas pacientes jóvenes que me estresan porque son las más gritonas, las que preguntan.

Las características con las que los MIP relacionan a las usuarias con la representación social hegemónica denominada como “nivel sociocultural bajo” son representaciones sociales relacionales, ya que los MIP se describen en función de reconocer lo que no son ellos, frente a la mujer usuarias. Aunque estos marcadores de la diferencia cultural no siempre son los mismos (ya que depende de las características intersubjetivas del MIP que las clasifica) funcionan como jerarquías contrapuestas basadas en la diferencia.

Como veremos más adelante, estos marcadores son para unos MIP la apariencia y el arreglo, para otros el color de piel y/o las características fenotípicas del rostro y el cuerpo; finalmente, para otros son los que denominan simplemente como "rasgos culturales". Sin embargo, inicial y principalmente entre todos, la escolarización aparece como un marcador fundamental. Este marcador funciona como un vehículo que incorpora el proceso de blanqueamiento, lo cual “no sólo 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 puede conducir a un estatus social más alto.

César es un MIP de 23 años, alto, delgado y de tez morena clara, que proviene de una familia de profesionales médicos de clase media/medio-alta. En el hospital durante las guardias, César caminaba seguro y con una bata siempre impecable, asegurándose siempre de aparentar seriedad, seguridad e inteligencia. Observé que manifestaba una necesidad de distinguirse de las usuarias, a las y los enfermeros y camilleros u otro personal no médico frente a mí, reafirmando ante mis ojos su posición superior de médico, aun en formación, en el escalafón social del hospital. César se reconoce a sí mismo como integrante de un grupo en cierto modo de por sí privilegiado, siendo hombre, estudiante de medicina, joven, de tez morena clara, hablante del español, proveniente de una familia urbana, con padres profesionistas y de clase medio-alta; esta identidad propia se construye de manera relacional y contrapuesta con las imágenes que este MIP construye alrededor de las usuarias, en los ejemplos de Cesar 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 Moreno conceptualiza como prejuicio (2008:123)--cuando una usuaria que acude a la atención es de nivel socioeconómico bajo: “por su tez (morena), la faz (de rasgos indígenas)” además de añadir que, cuando conoce a una usuaria, lo primero que ve son sus pies porque:

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, etc. Eso también te da una idea, de qué tipo de medio viene la paciente. 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.

Esta referencia a los "pies sucios" es fácilmente identificable como un elemento de descalificación hacia la paciente, elemento que se construye dentro de un imaginario que se relaciona directamente con la idea de la higiene; esta última, como otro factor constituyente importante en las construcciones sociales de la otredad que se hacen dentro del campo médico. De acuerdo con Moreno, la higiene o lo que se percibe como falta de higiene, se edifica sobre los cimientos de una apreciación moral descalificante, la cual origina expresiones de prejuicios sobre el individuo usuario (2008:89) como "otro"; en el caso de la etnografía de este autor, siendo ese otro, el paciente migrante extranjero en un hospital español.

El MIP César argumenta, por su lado, que cuando refiere al tipo de ambiente de procedencia de la usuaria, piensa en un lugar con una localización geográfica lejana a la ciudad, de la cual no conoce ni el nombre y donde “las personas ahí como que viven aisladas y hablan algún dialecto”, o sea, una lengua indígena, aunque, al mismo tiempo, reflexiona: “No es como un dogma ¿no? Pero casi siempre las personas que hablan dialecto son de nivel socioeconómico bajo”. La lengua indígena es una de las características más obvias que se utiliza para clasificar a las usuarias, relacionándola invariablemente con un “nivel socioeconómico bajo”; en este caso, la referencia no es solo hacia el uso de alguna lengua materna indígena, como puede ser el zapoteco, mixe, mixteco, chatino, entre otros, sino también hacia la pronunciación del español como lengua que esas otras--las pacientes imaginadas--invariable y evidentemente no dominan.

Por otro lado, la tez morena, el primer de los marcadores incluido en la representación social de las mujeres usuarias por César, no es un marcador diferencial significativo para Yair, otro MIP; el cual argumenta: “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”. Yair es originario de la ciudad más importante de la región mixteca-- Huajuapán de León--, es de clase media, hijo de profesores de educación primaria, delgado, de baja estatura y tez morena, y el primer médico de su familia. Este MIP reconoce que sus características personales y fenotípicas no lo diferencian de las mujeres

usuarias, por lo que afirma de manera contundente que la apariencia física no es un marcador que defina necesariamente un nivel educativo dado o una posición socioeconómica baja. Esto demuestra que:

“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 MIP) . De esta manera, tanto mestizos (los MIP) como indígenas (las mujeres usuarias) pueden ser los mismos (o poseer las mismas características), pero para el mestizo dependerá de dónde esté situado para adscribirse o no a ciertos grados de blanquedad” (Carlos, 2016:28).

No obstante, aun en Yair la representación social hegemónica de las mujeres usuarias no desaparece, sino se encuentra definida por otro marcador; en este caso, el imaginario de la lejanía de las poblaciones rurales y de manera importante la lengua y la forma en la que hablan el español las usuarias. Yair comenta al respecto: “tú te das cuenta 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”.

Este debate sobre si el fenotipo, la vestimenta, la lengua, y/o la “cultura” (pensada como civilización o su opuesto, la falta de civilización, que se colapsa entre el personal de salud y los mismos MIP con la falta de educación formal o una escolaridad muy limitada) determinan o no la inclusión de las usuarias del hospital Valdivieso en un nivel sociocultural o socioeconómico bajo, hace eco en mí como un dato importantísimo para rastrear desde dónde se posicionan los MIP para compartir o, en su defecto, matizar o hasta rechazar estas representaciones sociales. Durante el trabajo de campo, pude identificar una y otra vez características y trayectorias personales de los MIP que se intersectan con la forma en la que ellos y ellas viven su proceso de formación dentro de la rotación de ginecología, aceptando, adaptando, negociando, y/o hasta rechazando el ejercicio de ciertas prácticas clínicas y las ideologías subyacentes.

Estas características personales se edifican desde elementos actitudinales, el género, la clase, la procedencia étnica y hasta la escolarización y el trabajo de sus propios padres. El análisis relacional me ayuda a entender las formas en las que los MIP construyen los imaginarios de la otredad, en este caso de las mujeres usuarias, atravesando siempre un filtro personal que funciona como un espejo, en donde los MIP se reflejan a sí mismos, situando categorías y marcadores--o negándose a situarlos--dentro de un escalafón social en el que ellos están constantemente negociando, tanto en su propia imagen consigo mismos, como en la transacción con el personal de salud del hospital con el cual tienen establecidas relaciones de poder verticales y asimétricas que se recrean todos los días. En ese proceso de negociación, se juegan representaciones sociales de la profesión médica como ascenso social, a través de la clase, el

género y la etnia, donde las mujeres usuarias representan generalmente, pero no siempre de manera tan tajante, la otredad.

Al revisar a fondo las entrevistas realizadas y las notas del diario de campo, intenté durante mucho tiempo encontrar datos que me ayudaran a comprender de qué manera y en qué momento los MIP construyen, mantienen y reproducen esa idea hegemónica sobre el tipo de mujer que se atiende en el área de ginecobstetricia. La búsqueda me tenía confundida, porque al revisar los datos en el área de estadística sobre las usuarias y al pasar varias horas en guardias durante trabajo de campo, me di cuenta de lo difícil que es poder catalogar a las mujeres usuarias en cierto grupo social, económico o étnico, porque todas y cada una de ellas pasan por un filtro en donde son despojadas de cualquier distintivo o arreglo personal. Además, la relación personal que mantienen las usuarias con los MIP, los adscritos y/o los residentes es realmente mínima y profundamente despersonalizada. Lo más paradójico es que, cuando preguntaba descripciones de las mujeres usuarias, los MIP las hacían desde características que ellos difícilmente pueden notar durante su interacción con ellas; además, muchas de esas características descritas—construidas desde el imaginario—contrastan tajantemente con la información que proporcionaban las usuarias al realizarles la historia clínica. En su descripción, el MIP Alan retoma la representación social hegemónica de esta manera:

“En el Hospital, las usuarias, todas son indígenas. La mayoría, de nivel socioeconómico bajo. Uno no las discrimina, en el Hospital no he visto que las discriminen, el problema es cuando el hospital no tiene insumos necesarios [para] atenderlas, e incluso salvarles la vida, el hospital no tiene, nunca ha llegado (...). Y, pues, uno hace hasta donde más puede, con lo que se tiene, y a veces donde nos encontramos topes también, es con la barrera del lenguaje, porque son indígenas y no hablan español.”

Sin embargo, esta descripción contrasta con lo reportado en la historia clínica, que los mismos MIP hacen con información proporcionada por las mismas mujeres, donde muchas reportaron que tienen un nivel de escolaridad de secundaria o de preparatoria, que no hablan ninguna lengua indígena, que son originarias de la ciudad de Oaxaca y que perciben un sueldo seguro o tienen el apoyo económico de sus familias y sus esposos. Aunado a esto, pude observar un porcentaje mínimo de mujeres Hablantes de Lenguas Indígenas (HLI) en el registro que realicé en el área de estadística durante el tiempo de trabajo de campo. Si bien el porcentaje mínimo de mujeres HLI registrado en el área de estadística puede responder a otros factores —como una estrategia de negación de ser indígenas para evitar la discriminación asociada con este reconocimiento— es evidente que no es un elemento determinante para su identificación durante el proceso de atención, porque lo último que se les pide y hacen las mujeres durante su trabajo de parto es justamente hablar.

Un estereotipo colectivo de las mujeres que me llama la atención tiene que ver con el supuesto lugar de origen de las usuarias, donde los MIP generalmente asumen y argumentan que la mayoría

proviene de lugares rurales y alejados del interior del Estado, tal como lo referencia anteriormente el MIP Yair, al decir que: “tú te das cuenta que son de un nivel sociocultural bajo porque (...) no hablan mucho español y se les nota el acento y se les nota como que la dificultad para hablar” o cuando César menciona que “las personas ahí (comunidades rurales), como que viven aisladas y hablan algún dialecto”. En contraste, los datos estadísticos del Hospital demuestran que la gran mayoría de las mujeres usuarias provienen de colonias de la ciudad de Oaxaca o de municipios conurbados.

Esta representación profundamente estereotipada y alejada de la realidad, se entiende a partir de la construcción social y relacional de la alteridad, que ante el proceso de extrañeza y de otredad “dota al ser humano de identidad” (González, 2009:617), confrontándolo e inclinándolo a construir, en su propia imagen y para sí mismo, las características de lo opuesto. En este caso, los MIP y el resto del personal médico, se identifican a sí mismos como individuos urbanos, sujetos del progreso, la modernidad y la civilización. En este juego de opuestos, las mujeres usuarias no pueden compartir esas mismas características, sino se piensan en categorías binarias contrastantes; por lo tanto, rurales, alejadas, indígenas, tradicionales y de "baja cultura".

En este sentido, se entiende entonces como el "analfabetismo" o una trayectoria escolar muy corta, es otra de las características a las que los MIP apelan, como marcador del "estatus cultural bajo" de las usuarias. La educación es crucial como marcador de ascenso social, tal y como lo registra De la Cadena (2004) en su análisis sobre los indígenas mestizos del Cuzco peruano cuando estos reivindican un proceso de ascenso social por estar dentro de un proceso de escolarización. El contraste entre el estereotipo de las usuarias analfabetas y la realidad fue tajante durante el trabajo de campo, ya que, si bien el número de mujeres profesionales o con licenciatura u otro grado académico era escaso en el Civil, la mayoría registraba haber terminado la educación básica y muchas tenían estudios de bachillerato.

La alimentación--o supuestas deficiencias alimentarias--de las usuarias es otro marcador de alteridad que evocan algunos MIP. Aunque la gran mayoría registraba en la historia clínica que las mujeres reportaban hacer al menos dos comidas al día, uno de los MIP en una entrevista me dijo que podía notar claramente que las mujeres pertenecían a un grupo de "estatus cultural bajo", porque estas mujeres comían la comida del hospital con tal sentimiento y agrado que hasta pedían más. El MIP Josué respondió a mi pregunta ¿Atienden a población indígena o de estatus sociocultural bajo (utilizando yo sus propias palabras)?

Josué: Sí.

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 púes, ahí te das cuenta de que tan agradecidas son esas personas.

Kat por su lado, afirma que “ellas son en su mayoría delgadas, y desnutridas. Sí, es cierto, realmente pueden tener panza, pero por estar [con] un estado nutricional deficiente.” O sea, no solo se relaciona el hambre sino la desnutrición (o una supuesta desnutrición) como otra característica de la otredad.

La vestimenta es otro elemento clave en la construcción de estos imaginarios, aun cuando los MIP 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; por lo tanto, la “forma de vestir” no puede ser una variable para considerar para la construcción de su idea sobre la usuaria y aún así está presente frecuentemente en sus discursos. Sin embargo, aquí puede haber titubeos, como lo ilustra la MIP Kat, cuando le pregunto:

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 así misma). ¿qué más? Pues es que más que nada el cuidado personal.

Si la vestimenta se sigue aduciendo como marcador de otredad en discursos genéricos 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 MIP, es la higiene de las pacientes, “esgrimid[a] como un valor y una virtud de buena conducta, característic[a] de la clase media” (Jago, 1998 en López, 2014:171) y que se asocia no solo al aseo, sino también al cuidado personal. Es común pensar en las mujeres usuarias como poco aseadas, despreocupadas por su aspecto y cuidado personal; aunque es importante recordar que en el consultorio del área de valoración se prohíbe el ingreso al hospital a mujeres que vengan con maquillaje y hasta les prohíben tener esmalte en las uñas. En valoración no admiten además a mujeres que no estén bañadas.

Al respecto la MIP Karen comenta:

Karen: Algo que me llama a mí la atención es cómo la gente se descuida tanto (refiriéndose a las usuarias del área), así tanto, tanto. Por ejemplo, la otra vez que llegó la paciente con miasis<sup>52</sup>, obviamente lo entiendes ¿No? Ella no se cuida, pero ¿Su mamá?

Coral: ¿Qué es la miasis?

Karen: Son gusanos

Coral: ¿En dónde?

Karen: Sí, llegó aquí a gineco, la niña tenía gusanos en la vagina. La paciente tenía retraso mental y la cuidaba su mamá. Entonces yo pensé cuando la vi ¡qué tan descuidada tienes

---

<sup>52</sup> La miasis es una enfermedad parasitaria ocasionada por larvas de mosca que afecta los tejidos y órganos de vertebrados (incluyendo a los humanos).

a tu hija para que no sepas que le están saliendo gusanos! A mí en ese aspecto sí me llama mucho la atención, eso, la desidia de la gente que viene a este Hospital. (...) Pues, porque no tienen buena limpieza.

Este ejemplo de Karen es interesante en la medida en la que muestra la falta de higiene y de cuidados, como características socio-culturales de las usuarias que acuden a este hospital y a esta área, no solo como características personales de algún paciente en particular, sino como rasgos atribuidos a colectivos. Además, se asume previamente que la falta de higiene es la causa de este padecimiento, omitiendo cualquier otra posible etiología clínica en este caso.

Al parecer, este imaginario de la falta de higiene es común en muchos hospitales públicos que atienden a usuarias no derecho-habientes, ya que me recuerda de un trabajo de campo que realicé en un hospital que atendía a población indígena en San Juan Chamula, Chiapas, donde los estudiantes aprendían a quitar la ropa de las mujeres Chamulas antes de cualquier revisión, porque el personal de salud aseguraba que la usuaria entre su vestimenta hecha de lana tenía pulgas y garrapatas. Estos ejemplos muestran cómo la falta del cuidado del cuerpo y la falta de higiene de las mujeres usuarias se conforman como marcadores en el proceso de enseñanza de los MIP, y en especial de las MIP mujeres. Al parecer son ellas quienes, como mujeres, reconocen particularmente a la higiene y al propio cuidado del cuerpo femenino “como un sinónimo de buena conducta, esgrimido como un valor definitivo de la clase media”(López, 2014: 164), donde 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). Estas ideas pueden rastrearse “como parte de las medidas salubristas del México porfiriano” desde el siglo XIX.

La representación social hegemónica de las mujeres usuarias se nutre también entre varios de los MIP de la idea de que éstas tampoco tienen conocimientos sobre su propio cuerpo (lo cual es difícil constatar en un proceso de atención que dura máximo 24 horas), además no saben 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). La MIP Meli comenta, por ejemplo:

Meli: Tú te das cuenta de que las mujeres son de bajo nivel sociocultural por la forma de expresarse o porque si...porque si tu pregunta datos que para ti sí son importantes y que ellas deberían saberlo (así como de su persona) y no lo saben.

Coral: ¿Por ejemplo?

Meli; Por ejemplo '¿a cuántas consultas acudió?' Y te responden: 'no, pues no fui a ninguna', o '¿Cuál fue su fecha última de menstruación?' Y dicen: 'no, pues, no me acuerdo!'. O '¿cómo han atendido sus partos pasados?' 'No, pues en la casa!'

Coral ¿Por qué te imaginas que no saben eso?

Meli: No le toman importancia y no les interesa.

Josué por su lado, añade: “ellas no se ponen vacunas, no saben bien su tipo de sangre también”. Todas estas características, que aquí se describen por parte de los MIP como exclusivas de este tipo de población, nos damos cuenta de que más bien abonan a una representación social hegemónica que, finalmente, no sólo es estereotipada, sino profundamente estigmatizante.

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

MIP Yaneth: “son nobles, son nobles al momento de que nos permitan aprender de ellas”.

MIP Daniel: “la gente que viene acá es agradecida, es buena, y te agradece por lo que haces”.

MIP Alan: “Generalmente las pacientes son tranquilas”.

Después de registrar respuestas de historias clínicas que los mismos MIP hacían a las mujeres (donde muchas reportaban su grado de escolaridad como estudios de licenciatura, preparatoria o secundaria, aclaraban que son habitantes de colonias o poblados cercanos a la ciudad, tienen un trabajo fijo y perciben un salario estable, viven en casas de material, se asean diariamente y realizan sus tres comidas diarias) y tener pláticas informales con las usuarias -al tomar el papel de acompañante- me fue fácil darme cuenta de la gran diversidad de mujeres usuarias en el hospital. Mi mirada inicial se fue desvaneciendo poco a poco frente a la presencia de mujeres que “no encajaban” en mi idea inicial preconcebida.

Sin embargo, pude percibir que para varios de los MIP que entrevisté, su proceso fue distinto al mío, ya que incluso estando ya al final de su rotación, mantenían inmutable su representación social de las usuarias; representación centrada fundamentalmente en su pertenecer a un grupo de "estatus sociocultural bajo". La prueba de ello son las respuestas que varios de los MIP me proporcionaron en la última semana de la rotación. Los MIP respondieron a estas preguntas ¿Cuál es tu idea sobre la población obstétrica que atiende el Hospital? y ¿cómo describes sus actitudes frente a la atención que reciben? Algunas de las respuestas, contenidas en la Tabla 18 abajo, me ayudaron a dar cuenta de que efectivamente, en estos MIP se mantenía la misma percepción de cuando entraron al hospital.

**Tabla 18. Representación social de las mujeres usuarias por parte de los MIP**

Nombre del MIP	¿Cuál es tu idea sobre la población obstétrica que atiende el Hospital?	¿Cómo describes sus actitudes frente a la atención que reciben?
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	Población de clase baja	Cooperadoras
Alan	Clase baja y media	Humildes y cooperadoras
Karen	Pues la mayoría son adolescentes 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
Daniela	Población indígena	Sumisas
Fany	Población pobre	Agradecidas

Fuente: Tabla de elaboración propia con datos extraídos de trabajo de campo.

Las preguntas obligadas son entonces: ¿De dónde proviene esta representación social sobre las usuarias? ¿Qué sentido tiene mantenerla incluso después de entrevistarlas y notar la diversidad? ¿Por qué tiene tanto arraigo en el personal de salud, incluyendo los MIP en el Hospital Civil? Una de las claves para poder entender este hecho, es nuevamente, la noción hegemónica que aprenden los MIP durante su rotación sobre el "estatus sociocultural bajo" de las usuarias; noción que retomaremos en el siguiente apartado.

Dentro de su proceso de formación como médicos, los MIP aprenden a desvincularse tanto de las usuarias, como del personal de salud que ellos asumen tienen un rango menor al de ellos/as en términos de diferenciación social, donde el ser profesionista y además médico refleja su alto "estatus moral" (2004:327) en la sociedad. A mi pregunta "¿Cierto que aquí todos mandan y regañan a los MIP?", César vuelve la mirada, y con un gesto de extrañeza, dice en voz alta frente a la enfermera que nos mira: "Claro que no, aquí nadie que no sea de un rango mayor al nuestro, puede regañarnos o decirnos algo- Mucho menos los camilleros, ellos ni estudiaron, no tienen derecho a decirnos nada".

En segunda instancia, el doble uso y poder de la diferenciación del médico interno de pregrado y de la usuaria, funciona no solo para dividir y separar, sino como una llave que legitima la discriminación hacia esta población, haciendo permisibles la práctica sobre sus cuerpos y el provocar dolor y sufrimiento, sin esperar algún tipo de reclamo o resistencia. Aunque este hecho puede ser interpretado desde el análisis del hábitus desvinculante, la relación que guarda con los debates antropológicos sobre la otredad es aún más profunda.



## LA CONSTRUCCIÓN DE LA OTREDAD COMO PUNTO DE LLEGADA. UNA MIRADA DESDE LOS ESPEJOS

Advertencia.

Los reflejos en este espejo pueden estar distorsionados por nuestra mirada, nuestras ideas, nuestra vida.

Anónimo

Durante mi trabajo de campo, esta representación social de las mujeres usuarias me recordó de los textos y cartas de los viajeros y colonizadores del viejo mundo (Todorov, 1987) al llegar al continente americano, ya que la forma en la que de manera hegemónica algunos de los MIP y de sus mentores describen a las usuarias, como mujeres sumisas, agradecidas, analfabetas y con ciertas características fenotípicas y ornamentarias, me remitía a las formas de describir que expresaban los colonizadores del siglo XV, para referirse a sus primeros encuentros con las mujeres y hombres del continente americano.

En la historia del encuentro con América, se configura el dualismo del salvaje (como el sujeto indígena) y el civilizado (el sujeto occidental), donde la idea occidental de la otredad adquiere un cuerpo, una posición moral y un simbolismo específico, cargados por jerarquías diferenciadas en el escalafón de las sociedades. Para Bartra, la idea del hombre salvaje contrapuesto al hombre civilizado se establece en la cultura occidental, mucho antes de conocer América y de la gran expansión colonial (Bartra, 2011:15). Sin embargo, es imposible imaginar la creación de todo el exotismo sobre los indígenas en la época de la colonia sin la imaginaria del Otro cual ser salvaje, bárbaro y pagano-contrapuesto al hombre occidental civilizado y cristiano- como un reflejo -con profundas distorsiones- de las poblaciones no occidentales (Bartra, 2011:15).

Esta identidad del hombre civilizado, que se reconoce así mismo como tal, “no ha dado un solo paso sin ir acompañada de su sombra, el salvaje” (Bartra, 2011: 15) ya que sin ella--representada por el indígena en la Conquista de América, la idea y el conocimiento sobre sí mismo no sería posible. El otro ha fungido y funge como un espejo desde el cual la construcción del imaginario revela más sobre quien lo construye, que sobre quien es construido. Este "encuentro cultural" (Krotz, 2002) está atravesado por la alteridad, una idea antropológica fundamental en el proceso de interacción social y conocimiento dialéctico, relacional y multidireccional entre el "nosotros" y los "otros", de la cual me interesa discutir en este contexto cuatro aspectos.

Primero, siguiendo a Krotz (2002), no puede entenderse la otredad sin la existencia de la pregunta antropológica, en la cual se fundamenta la relación de la similitud-diferencia, y diferencia- similitud, a partir de la cual comprendemos que los individuos al estar en encuentro con el otro (refiriéndonos específicamente a sociedades humanas) construyen una serie de ideas que les definen como símiles, al percibir características universales que nos acomunan como seres humanos, al mismo tiempo que se

establece lo que nos hace diferentes, al ver, imaginar y/o interpretar otras características específicas del otro como diversas, no familiares, exóticas, y hasta contrapuestas.

La segunda idea advierte que aunque la construcción del otro se realiza a partir de la percepción de particularidades centradas en un individuo o grupo específico de personas, el "otro" es siempre más que un individuo, es más bien un individuo integrante de una comunidad más amplia a la que pertenece, de manera real y/o imaginaria en los ojos del que ve: "portador de una cultura, heredero de una tradición, y representante de una colectividad (...) participante de una forma de vida distinta a otras, como resultado y creador de un proceso histórico específico, único e irrepetible. Pero no se trata de la simple suma de un individuo y su cultura o de una cultura y sus individuos" (Krotz, 2002:58), por esta razón "cada elemento individual será visto desde esta totalidad cultural, a la vez que se concibe como parte de ella" (Ibíd: 59).

La tercera idea sobre la otredad que deviene del encuentro, es que la construcción del imaginario sobre el otro - tal como en la historia de los viajeros de América- depende del filtro personal de quien le describa, y del momento histórico en el que esto pase. Tal como argumenta Krotz, al decir que "llamar a los viajes una forma de contacto entre sociedades y civilizaciones implica siempre que viajeros concretos sean los medios a través de los cuales se da ese contacto, por lo que estos y todos los encuentros entre culturas y sus testimonios son prácticamente inseparables de las particularidades personales y de las circunstancias vitales aleatorias de los viajeros individuales" (Ibíd:54).

El cuarto y último punto es que, aunque este encuentro comparativo entre sociedades podría imaginarse como un proceso horizontal, la historia de América ha demostrado que "la alteridad tiene un precio elevado: no es posible sin el etnocentrismo" (Krotz, 2002:60), o lo que es lo mismo, sin una relación asimétrica de poder donde los individuos portadores de la cultura occidental se consideran superiores y a los otros se les asume como inferiores, no civilizados y hasta salvajes. Esta superioridad "es la forma y condición para poder concebir al otro como otro, en el sentido descrito" (Krotz, 2002:61).

Estas cuatro ideas son fundamentales para entender que la representación social hegemónica que construyen muchos de los MIP sobre las mujeres usuarias, durante su proceso de formación en el área de ginecología y obstetricia, es el reflejo de un proceso de encuentro, confrontación y construcción de la otredad, en donde el dualismo del salvaje y el civilizado, es representado por la mujer usuaria y el MIP; en este caso, filtrado además por la idea de la modernidad y la urbanidad como progreso y el mundo rural como el espacio territorial y simbólico del atavismo, la tradición y la falta de "cultura".

No obstante, esta representación social de la otredad se adquiere de manera preponderante durante las rotaciones de los MIP en el área de ginecología y obstetricia del Hospital; de sus mentores y de los adscritos con los que conviven durante la atención a la usuaria. En este sentido, se trata de una

representación social que se adquiere o por lo menos se fortalece, como parte del proceso de formación del mismo MIP, en donde el MIP se vuelve parte del personal médico, pero en el peldaño más bajo del escalafón social en donde se coloca el personal.

El Dr. Fernando, mentor de los MIP, asume y enseña a sus MIP que:

Las usuarias que atiende el área, de estatus sociocultural bajo no pueden reconocerse por el fenotipo o el lugar de residencia, porque no todas viven de lugares lejanos a nosotros (...) se caracterizan más bien por ser multigestas, ya que tienen más de cinco hijos, la forma en que se expresan hacia ti, el que sepan hablar alguna lengua madre, que el plural y singular lo revuelvan un poco o no sepan, o que les cueste un poco conjugar algunos verbos, o porque a veces no te entienden y te dicen "es que no entiendo"(...)

Podemos ver aquí como la primera idea, la de la similitud-diferencia y diferencia-similitud, es representada en el momento en el que los MIP aprenden y reconocen que las mujeres usuarias sí son parte de su sociedad porque comparten fenotipos o provienen de colonias aledañas a la ciudad (de donde ellos/as mismas provienen), pero que sus características culturales y sociales expresadas en la vestimenta, la lengua, las actitudes y formas de relacionarse, la clase social y sus ingresos, la residencia, las trayectorias escolares y las prácticas de higiene, les hacen diferentes.

Aunque estas características culturales y sociales de la usuaria reconocida por los MIP, como distintivo del estatus sociocultural bajo, corresponden o pueden corresponder a una mujer individual, ella es vista como parte y representante de una colectividad más grande al momento en el que de manera hegemónica se generaliza que son "amables, pero no muy exigentes (...) Gente muy humilde de bajos recursos y muy nobles al dejarte hacer todos los procedimientos (...)sumisas, agradecidas (...) de clase baja" (véase ejemplos en Tablas 17 y 18).

Un ejemplo del tercer punto (la construcción del imaginario revela más sobre el momento y quien le construye, que sobre de quien es construido), lo podemos encontrar en la variedad de formas en que distintos MIP ven a las mujeres usuarias. Aunque la representación social hegemónica de las mujeres usuarias en la rotación de ginecología define ciertas características esenciales que éstas supuestamente encarnan, no todos los MIP las asumen o reconocen de igual manera, ya que cada MIP las filtra a través de su propia identidad y persona, en una suerte de espejo sobre sí mismo.

Durante el trabajo de campo, estas situaciones estuvieron presentes todo el tiempo. Mientras algunos MIP percibían y catalogaban a las mujeres usuarias como "otras" por su poco conocimiento sobre sus cuerpos, otros lo hacían por una supuesta falta de higiene. En general, sin embargo, sí se compartía una representación social hegemónica de que las mujeres se caracterizan por un "nivel sociocultural bajo", pero los atributos asignados para definir este nivel civilizatorio inferior (con respecto a los mismos MIP) cambiaban según las distintas interpretaciones: para algunos se puede rastrear a partir del fenotipo -específicamente del tono de piel- mientras otros decían que el fenotipo no es importante,

sino lo es la lengua (indígena) o la forma de hablar el español, o lo es la trayectoria escolar, tal como lo explicamos en un apartado anterior. La representación social de las mujeres usuarias sigue siendo hegemónica, pero filtrada y especificada a través de las trayectorias biográficas y experiencias identitarias de los propios MIP, formando una construcción social porosa que toma razón y sentido en el momento en el que para los MIP “existe como una categoría social de gran importancia y poder, porque, aunque es un imaginario, permanece como un elemento bajo el cual actúan las personas” (Wade, 2000:21).

Es indudable que la representación hegemónica de las mujeres usuarias como parte de un grupo social de “estatus cultural bajo” establece relaciones concretas de jerarquía, en donde se reafirma la superioridad del médico, aun cuando todavía se encuentre en el peldaño más bajo de la jerarquía médica-como MIP-pero de todas maneras ya siendo integrante de una sociedad moderna, objetiva, civilizada, racional y bien educada.

### **La moral de la ciencia médica, el cuerpo de las mujeres y su papel dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP**

A lo largo del tiempo, “la ciencia médica ha sido una suerte de guardián del orden social” (López, 2001:45) que, moralizando condiciones biológicas, construyó y reforzó ideas e imaginarios sobre las sociedades occidentales y las no occidentales. De acuerdo a esta autora, en México durante la primera mitad del siglo XIX, la ciencia médica edificada por intelectuales criollos, fue partícipe de un proyecto político e ideológico en el que se pretendía hacer modificaciones biológicas a la población, con la intención de eliminar paulatinamente rasgos y características heredadas de la población indígena, ya que se asumía que esta población representaba uno de los mayores obstáculos para la edificación de la nación y su instalación en el camino del progreso (2001:45). Esta idea, extraída del evolucionismo biológico, que posteriormente sentó las bases del evolucionismo social, es determinante para comprender por qué, durante esta época, hubo un despunte importante de la antropometría y de la frenología, entendidas como aquellas ciencias que estudian las proporciones y las medidas del cuerpo y del cráneo, a partir de las cuales se determinaban en ese entonces ciertas condiciones no sólo biológicas sino también morales a partir de ciertas características fenotípicas de las poblaciones objeto.

López Sánchez argumenta que la antropometría jugó un papel importante en el proyecto de blanqueamiento de la nación mexicana, al establecer por ejemplo “las medidas corporales de los indígenas para determinar el grado de evolución de ciertos grupos étnicos, teniendo al hombre de raza blanca como modelo” (2001:45). Uno de los estudios antropométricos que fue parte distintiva e integral de las investigaciones, determinó “la inferioridad de la mujer debido a sus características biológicas” (López, 2001:45), pero no solo de la mujer como tal, sino de aquella que se sitúa en un peldaño aún más bajo del escalafón, la mujer indígena. Los estudios más famosos, realizados por médicos notables de la época,

hacían medición de la masa encefálica de la mujer, relacionándole con la cantidad de inteligencia, en donde por supuesto, la de la mujer era indudablemente inferior a la del hombre.

De acuerdo con esta autora, otros estudios medían la insensibilidad física de las mujeres, tal como lo narra el médico italiano César Lombroso que, a través de experimentos que iban desde la degustación de ciertas sustancias, hasta la práctica de cirugías sin la aplicación de alguna anestesia (2001:47) demostró la insensibilidad física y la resistencia de las mujeres. Por otra parte:

Los estudios antropométricos realizados en mujeres durante esta época fueron de diversa índole (...) se pretendía establecer las tallas particulares de las mujeres de cada una de las razas (...) La pelvimetría jugó un papel importante (...) varios médicos mexicanos se dedicaron a medir pelvis (...) y concluyeron que las pelvis de mujeres europeas eran el tipo ideal, mientras que las pelvis de las mujeres mexicanas – herederas de rasgos indígenas– presentaban una reducción general en todas sus dimensiones (...) lo cual dificultaba los partos (...) se aseguró que debido a ese acorazamiento en el piso pélvico se presentaban las altas tasas de partos distócicos entre mujeres atendidos en hospitales de beneficencia. La construcción de un imaginario alrededor de las complicaciones del parto por la constitución de la pelvis mexicana posibilitó en gran medida el inicio de la práctica gineco-obstétrica de la operación cesárea (López, 2001:48).

Como podemos ver, estos argumentos--que en su momento fungieron como “verdades científicas” --contribuyeron a conformar y a heredar algunas de las ideas de la ciencia médica, sobre sus pacientes, en especial sobre las mujeres usuarias. Es desde aquí que se generaron y reprodujeron dichos imaginarios sobre la inferioridad y superioridad de ciertas características físicas, identificando acciones, actitudes y prácticas médicas que posibilitan la legitimación de estas categorizaciones y su carácter finalmente moral, que sin duda hacen eco en la enseñanza y práctica de la medicina y la gineco-obstetricia moderna que aquí nos compete.

De acuerdo a la historia recopilada por López:

En 1884 se reportó en la Gaceta de México la primera cesárea practicada en una mujer viva. Según las descripciones del médico que reportó el caso se trató de una mujer indígena de aproximadamente 18 años, sorda, contrahecha y de rasgos fisionómicos que evidenciaban su retraso mental “Procuraré hacer su retrato: una cara proporcionalmente grande y un cráneo relativamente pequeño componía una cabeza monstruosa, desmensurada para su talla. Cabello hirsuto y desaliñado: piel bronceada picada de viruela: frente ruin echada atrás, ángulo facial muy agudo, facciones irregulares, antipática, ojos pequeños, hundidos, convergentes como los del japonés, vaga, inexpresiva, estúpida mirada, nariz chata, ancha, con amplias ventanas, enorme boca, labios gruesos salientes, hombros angulosos, senos voluminosos y deformes, pezones grandes, negros, erguidos. Miembros superiores, proporcionalmente cortos, delgados, desviados y garras más bien que manos (2001:48).

Este y los ejemplos antes mencionados, dan cuenta de cómo la mujer ha protagonizado un papel de cuerpo donde experimentar con permisividad en la historia de la ciencia médica. En la tradición del aprendizaje médico y la formación clínica gineco-obstétrica, se han sentado así las bases de la práctica

sobre el cuerpo-mujer donde la experimentación sobre la base del ensayo y error es central. Pero no se trata de cualquier mujer, sino de una mujer con ciertas características sociales e históricas biologizadas--la mujer indígena--que la convirtieron en “la población cautiva de los médicos para experimentar técnicas con las que intentarían hacerle frente a los obstáculos de la naturaleza” (López, 2001:47). Ya que como lo explica esta autora, “la poca credibilidad que el sector más acaudalado de la sociedad manifestó hacia hospitales generales en la ciudad de México, la elevada inmigración indígena a la capital, y aunado a ello las condiciones económicas tan limitadas, condujeron a que los grupos indígenas y los sectores populares asistieran con mayor frecuencia a los hospitales de beneficencia” (López, 2001:48).

La mujer ideal para el aprendizaje y la práctica médica fue, desde el siglo XIX, se mantuvo a lo largo del siglo XX y sigue siendo en la realidad actual, la mujer que desde el imaginario del personal médico y la institución hospitalaria, pertenece a un sector económico de bajos recursos o pobre, es analfabeta o de escolaridad baja, proviene del medio rural o de sectores urbanos marginados y es preferentemente indígena. En este imaginario, ella representa la herencia de una etnia cultural y socialmente opuesta a la modernidad, la civilización, la urbanidad, la ciencia y la educación.

Esta representación social construida históricamente, nos lleva a entender el imaginario que sigue persistiendo en el hospital Valdivieso sobre las mujeres que ahí se atienden, como mujeres caracterizadas desde una doble inferioridad--por ser mujeres y por ser indígenas/pobres/ineducadas--lo cual permite por el conjunto y la suma de sus características, el ejercicio de una práctica médica que enseña y aprende con sus cuerpos sin mayores cuestionamientos. Así como a los colonizadores la idea del indígena como un otro atrasado y pagano, les permitió ejercer e imponer la conquista, el despojo y la muerte en nombre de la civilización, a la ciencia médica, la idea de la mujer como un cuerpo doblemente inferior, le permite su intervención práctica y experimentación continua sin mayores remordimientos.

Lo anterior no representa todavía la ecuación completa que nos sirve para comprender el hecho. En la actualidad estas condiciones se han transformado y hay otros discursos y prácticas que también intervienen a veces con estrategias distintas, aunque siguen funcionando con el mismo fin. Una idea adicional muy presente en el imaginario del personal hospitalario es que el hospital es de carácter público y general, en donde se atiende a población abierta, sin ningún tipo de seguridad social y que además se trata de un hospital-escuela. Lo anterior convierte los procesos de atención en acciones de merced, beneficencia y caridad, que se ven reflejados en los discursos y acciones de favor y ayuda que generan los propios profesionales y los estudiantes--como los MIP y los residentes--en un contexto de relaciones sociales profundamente desiguales.

El discurso y la práctica del favor caracterizado en este contexto como acciones de merced y beneficencia por parte de los MIP, sus mentores y la institución, toma un papel importante en la atención

de las mujeres usuarias y este tiene que entenderse como parte de un fenómeno mayor dentro de lo que se ha denominado "clientelismo". Este se define como:

Aquellas relaciones informales de intercambio recíproco y mutuamente benéfico de favores entre dos sujetos, basadas en una amistad instrumental, desigualdad, diferencia de poder y control de recursos, en las que existe un patrón y un cliente: el patrón proporciona bienes materiales, protección y acceso a recursos diversos y el cliente ofrece a cambio servicios personales, lealtad, apoyo político o votos (Audelo, 2004:127).

Este autor argumenta que el clientelismo es característico de países democráticos y en vías de desarrollo, con características económicas y sociales específicas—como la corrupción—las cuales permiten su funcionamiento y promueven su reproducción. En el caso del hospital y el área de ginecología, estas relaciones informales asimétricas y de intercambio recíproco están presentes en el proceso de atención de la usuaria, en la que se hace ver que el brindarle la atención es un favor, donde la mujer, por el hecho de ser atendida de manera gratuita, tiene que corresponder el favor con permisividad y aceptación sobre la atención que se le brinda y sobre quien se la brinda.

La negociación y el intercambio—construidos en cimientos de desigualdad y diferencias de poder—permiten que las mujeres al entrar a la institución se vean despojadas—de alguna manera, por mutuo acuerdo—de agencia social, sin oportunidad de negociación, reclamo o resistencia (aunque no en todos los casos sucede así) porque justamente la idea del favor en la atención, funciona para promover la permisividad y el abuso clínicos y la aceptación de estos manejos y tratos por parte de la usuaria.

Este discurso y prácticas clínicas se entrelazan y se ven favorecidos por las condiciones estructurales de sobresaturación, carencia y escasez—material y humana—del hospital, la cual generan a su vez formas sistemáticas y rutinarias de permisividad y abuso en la atención. En el área de ginecología, la atención del parto por MIP, al ejercer la práctica antes que la teoría, las técnicas comunes de aceleración del trabajo de parto y la atención despersonalizada, son acciones que se realizan de manera rutinaria, aunque se conoce a ciencia cierta que no son benéficas para la salud integral de la usuaria. Se llevan a cabo en nombre de la operatividad y eficacia con la que el área ha estado atendiendo desde hace ya varias generaciones.

## **SOBRE EL TIPO DE ATENCIÓN QUE APRENDEN A BRINDAR LOS MIP Y LAS TÉCNICAS DE ACELERACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, COMO ELEMENTOS PARA EL ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE FORMACIÓN**

Comparto este relato de diario de campo, como una herramienta analítica que me ayuda a dibujar y clarificar el tipo de proceso de enseñanza-aprendizaje en el que se inserta un MIP durante la atención del parto en este contexto hospitalario.

En la sala de expulsión están atendiendo el parto de una usuaria. Él que atiende en un R1, el doctor Oscar, al cual lo apoya un MIP, mientras la adscrita ginecóloga, la Dra. Sara, los vigila. A la mujer la han subido de valoración con un diagnóstico de parto en expulsión, entonces el residente la pasa a la sala sin revisarla. Acomodan a la mujer y mientras están en el momento de la expulsión del recién nacido, todo está preparado para recibirlo, pero el bebé no sale, entonces el R1 está nervioso porque la mujer puja y el bebé no avanza. La Dra. Sara, le grita al R1 que no sabe cómo maniobrar la situación y le dice gritando y regañando “llevas cuatro meses aquí, y parece que son los primeros días, no porque allá abajo (valoración ginecológica) te digan que viene un parto en expulsión, la tienes que meter así, tienes que revisarla antes”. También le pregunta al R1 en tono de regaño “¿en qué plano está?” El R1 responde y la Dra. Sara le dice “¡yo veo otro, eh!”. Todos rodean el escenario, están algunos MIP, el personal que dará la atención y otros residentes y frente a ellos sucede el regaño. Entonces después de unos minutos, la señora tiene contracciones de nuevo y la Dra. Sara, que rodea el escenario, le dice a la mujer “¡puje señora, pero no grite, porque si no así se va a cansar y le va a hacer daño a su bebé, ¡puje, señora!”.

Mientras esto pasa dentro de la sala de expulsión, salgo a la Toco, a donde están las camillas, y veo cómo van llegando las señoras para ser ingresadas. Las mujeres son llevadas en silla de ruedas, sin embargo las siete camas de la Toco están ocupadas, hay unas mujeres en camillas afuera en los pasillos y ya no hay camas dentro ni fuera donde ponerlas. Es difícil pasar entre ellas, ya que el pasillo es muy angosto. El personal de enfermería tiene que canalizarlas afuera y otras mujeres que van llegando para ser ingresadas, tienen que permanecer sentadas en sillas mientras avanzan con su trabajo de parto. Cada interno y residente se hace cargo de cada una, las que van llegando son interrogadas por un interno mientras son canalizadas por el personal de enfermería. Un interno o un residente es encargado de hacer que la mujer firme una hoja oficial en donde acepta estar sentada durante su trabajo de parto, por falta de camas y camillas en la Toco.

La mujer a la que he visto firmar el papel, solo firma, no pregunta, no dice nada. Cuando los estudiantes se acercan a pedir la firma de la usuaria, lo hacen explicando que no hay camas; sin embargo, la firma del papel no la plantean como una pregunta, sino como algo que la mujer tiene que hacer. El interno se acerca a la mujer y le dice: “Disculpe señora, pero tiene que firmar este papel en donde usted



acepta que estará sentada hasta que se desocupe una cama, porque ahorita no hay”, este pequeño interrogatorio se da sin preguntar antes el nombre de la mujer, o cualquier otra cosa, como si habla o no español o si la mujer está entendiendo lo que se le está explicando.

Mientras esto pasa, una enfermera canaliza a la mujer y ella permanece sentada después de haber firmado. El mismo interno le hace el interrogatorio de la historia clínica, se posa frente a ella con un banco y sobre sus piernas una máquina de escribir, con la cual rellena una hoja molde donde se le hace el interrogatorio. Después de realizarlo o mientras lo realiza, otro interno abre su partograma y comienza a tomarle los focos fetales. Cuando es su turno, pasa a que un residente o un adscrito le realice ultrasonido, el cual se imprime y se va pegando en su expediente, al igual que el registro de los focos fetales y los estudios de laboratorio donde se indica el resultado de las muestras de sangre que fueron tomadas en valoración por otro interno. Cuando terminan de realizar este papeleo y revisión, la mujer solo espera a ser valorada, “tactada” para saber cuánto tiene de dilatación.

Muchas otras mujeres son valoradas o “tactadas” mientras están siendo interrogadas por el interno, el primer tacto siempre está a cargo de un residente y el interno es él que va haciendo los tactos después. Cuando la mujer ya tiene una dilatación y borramiento mayor a 7, la vuelve a revisar un residente o un adscrito, de esta forma ellos van valorando quién pasa primero, quién después y así consecutivamente.

Veo a una mujer que ha llegado y está en una cama, gritando por el dolor, quejándose, frente a ella está la sala de expulsión donde otra mujer está teniendo su parto. Se acerca una residente para revisarla y realizarle el tacto, la mujer había tenido cinco centímetros de dilatación hasta ese momento, cuando la residente se acerca a ella se pone un guante, la voltea hacia ella y le habla por su nombre diciendo que la revisará. Dicho esto, abre las piernas de la mujer, y ya con las piernas abiertas frente a ella, le dice “vas a poner tu pierna derecha empujando a la mía mientras te reviso, me avisas cuando venga el dolor...” (La residente está sentada en la camilla), la mujer responde que sí, quejándose del dolor. Entonces la residente de mayor rango me mira y me dice: “De plano con estos (refiriéndose a los residentes de primer año) si yo no vengo a dilatarlas, ellos no hacen nada”. Mientras dice esto, con una actitud de poder y altanería, introduce la mano en la mujer, mientras ésta tiene contracciones y comienza a dilatarla, estirando el cuello de la matriz, introduciendo casi la totalidad de su mano y lo hace consecutivamente varias veces. La mujer exclama de dolor y se queja sin palabras, mientras la residente sigue haciendo la maniobra. En la solución de la usuaria la residente ha indicado gotear más rápido la oxitocina, lo que aumenta consecutivamente las contracciones de la mujer. Cuando la residente ha logrado dilatar hasta ocho centímetros a la paciente, la hace pujar y le pide hacerlo en cada contracción mientras sigue con su mano dentro, dilatándola. La oxitocina en el área de tococirugía, es llamada por los MIP hombres y algunos residentes, como “la morena” ya que bajo su definición simbólica, falocéntrica y masculina hace referencia al pene, e indica un

incentivo de castigo que acelera el parto de la mujer, que asegura su desenlace, aunque con sufrimiento y dolor. En la Toco pude escuchar decir “esta mujer ya está lista, déjenle caer la morena y la metemos a expulsión”.

Cuando la residente se va, la mujer ha aprendido a pujar de la forma en la que la residente le dice “hágase popó, no importa, quiero que se haga popó, porque es su bebé”. Después de unos minutos me quedo con ella, la residente regresa de nuevo, la revisa y ve que “está completa” entonces grita “¡señor camillero!” y pasan a la mujer a expulsión.

Observo el parto, en donde la mujer es pasada por el camillero a la cama de expulsión, junto a ella hay otra mujer pariendo, entonces una interna que fue encargada de atender ese parto se cambia rápido y arregla todo con velocidad, pone los campos en las piernas de la mujer que ya está arriba de la camilla de expulsión, limpia con jabón, lava, le abre la piernas y le explica cómo debe pujar. La mujer dice que ya no puede más, que no va a poder, entonces la residente la regaña y le dice “claro que sí, cómo no va a poder”. La mujer se mueve en la camilla y los residentes y las enfermeras le vuelven a decir en tono de regaño, que no se mueva y que mientras estén ahí, no debe de tocar nada porque contamina.

Un residente la observa y vigila mientras la interna atiende. Cuando el bebé está por salir, la interna carece de fuerza y técnica para sacar los hombros del bebé, entonces el residente pide unos guantes y le pide a la interna hacerse un lado. Ella permanece sentada y el residente saca con fuerza los hombros de bebé, el interno va explicando cómo es la técnica a la interna y hace preguntas sobre el procedimiento, las cuales la interna contesta al mismo tiempo que atiende. Las manos de la interna tiemblan, por fin el bebé sale, lo ponen en el pecho de la señora, la mujer se tranquiliza y una enfermera le dice “Ve, y dijo usted que no podía”.

Después del parto él y la residente se van y mandan a la interna hacerse cargo de sacar la placenta, y revisarla, para después hacer la revisión manual de cavidad (RMCU)<sup>53, 54</sup> indicando a la mujer, que es necesario porque si no la revisan se puede provocar una hemorragia. El bebé es pasado al pediatra el cual rápidamente con sus internos, lo revisa y mide y pesa... después de unos minutos, la interna y el residente que ha llegado a vigilar de nuevo, notan que la señora después del alumbramiento (cuando sale la placenta) sigue sangrando. Intentan detener el sangrado suturando una parte, pero el R1 nota que no es de ahí de donde proviene el sangrado.

---

<sup>53</sup> Cabe aclarar que esta maniobra no es recomendada por la MBE (OMS, 2018).

<sup>54</sup> “En el estudio realizado por Sachse y cols en 2012 sobre la calidad de la atención durante la maternidad en centros de salud de primer nivel rural, se encontró que la RMCU se realiza en un alto porcentaje de mujeres (84% en los hospitales públicos y 85% en los CS). Cuando se les preguntó a las mujeres que si se les realizó la RMCU, la mayoría refirió que “les dolió más que la salida del bebé”, mostrando que se trata de una práctica que atenta contra la integridad física y emocional de las mujeres, ya que se les está practicando una intervención de rutina muy dolorosa y en ocasiones innecesaria en la clínica obstétrica” (Sachse et al, 2012; Sachse y Calvo, 2013:33)

Cuando ven que la paciente no deja de sangrar, llaman al R2, quien indica que tiene que pinzar a la paciente, porque se trata de una hemorragia, entonces la mujer es pinzada. Sus expresiones de dolor son frecuentes, la residente explica a la paciente que es un procedimiento muy doloroso, pero que tiene que hacerse para que el útero deje de sangrar, la mujer sufre el procedimiento, grita y se queja de dolor (ya que se realiza este procedimiento sin anestesia). Quien realiza la maniobra es el R1 vigilado por la R2, y tiene de ayudante a la interna. Mientras observo el hecho, recuerdo mis pláticas de pasillo con una R2 que me cuenta que cuando se fuerza la dilatación de la paciente hay riesgo de hemorragia, pero cuando hay mucha gente esperando, forzar la dilatación acelera su trabajo y libera el espacio de pacientes.

Al momento de pinzarla, siento dolor al verla sufrir por el procedimiento y sin aguantar, salgo al pasillo, en donde me encuentro al R1, el doctor Oscar, el cual había sido horas atrás reprendido por la adscrita, la Ginecóloga Sara, durante un parto. Lo saludo, mientras él realiza unas notas en la máquina de escribir, y le comento el hecho del regaño y le digo en una expresión "Aquí regañan muy feo, doc" y él me responde "sí, aquí regañan, y muchas veces ni te enseñan, la enseñanza no es igualitaria, no todos los adscritos se detienen a enseñarnos cosas, hay unos que ni les importa" y yo le pregunto "¿y ustedes como residentes enseñan a los internos?" Y él me responde "sí, nadie nos obliga, pero como este es un hospital escuela, dicen que es nuestra responsabilidad con el hospital, entonces tenemos que enseñarles, ellos aprenden de lo que uno hace, y luego uno los deja hacer las cosas, la ventaja de aquí es que te dejan hacer las cosas, los internos también están encargados de hacer los ingresos, las notas, las indicaciones, nota posparto, y otras".

Después de platicar con él, me retiro porque lo llama otro residente para que el Dr. Oscar atienda un pendiente, me meto de nuevo a la Toco y veo cómo a la llegada de un adscrito, los residentes y algunos MIP le rodean. Un residente le presenta el caso de las pacientes, el ginecólogo adscrito revisa el expediente y entonces pregunta a los residentes sobre un medicamento que deben poner a la paciente. Algunos de los residentes con miedo intentan contestar sobre lo que el adscrito pregunta y ante las respuestas erróneas de los residentes, el adscrito vuelve a plantear la pregunta pero ahora en tono de regaño. Después dice "A ver, respondan solo sí o no" y pregunta a cada uno que lo rodea, y ante la respuesta incorrecta dice, "para mañana quiero estudiado este tema"...y se va.

Este relato hace referencia al tipo de formación que reciben los MIP en el área de Toco, siendo testigos de la atención rutinaria, sistemática y generalizada que se da a las mujeres usuarias, además del aprendizaje práctico y uso de técnicas de aceleración de trabajo de parto, (como la dilatación manual que han nombrado técnica de "tacteo"), sus consecuencias directas en la salud de la usuaria (hemorragia), la

hipermedicalización y la operatividad<sup>55</sup> del proceso de atención que responde a las mismas condiciones estructurales bajo las que funciona el hospital.

Este fragmento es un ejemplo cotidiano de lo que pude observar todos los días, del proceso de enseñanza de los MIP en esta área, ya que este tipo de imágenes y escenarios, se repiten una y otra vez, durante su rotación. La enseñanza por repetición y costumbre termina siendo obvia y hasta necesaria en el contexto, lo cual, al ser premiado y demandado por los mentores, nubla la posibilidad de pensar que “otras” formas de atención y aprendizaje son posibles. Es por eso que las técnicas de aceleración del trabajo de parto, al igual que la operatividad del proceso de atención, son el distintivo característico del Hospital Civil, de donde los MIP son auténticos alumnos.

Existen otras formas en las que en el área de ginecología los MIP aprenden estrategias y dar operatividad a la atención, como en el área de consultorio de valoración en donde se puede “batear” a una usuaria, indicándole que su dilatación aún no es la indicada para poder subirla al área de tococirugía, y pidiéndole regrese horas después. Lo anterior, hace que la mayoría de ellas vivan su trabajo de parto en las afueras del hospital, al tener el temor de que, si regresan a sus casas, algo imprevisto pase, mientras que en el interior del hospital esta estrategia tiene la finalidad de mantener camas vacías para quien necesite la atención con más urgencia (como son los partos expulsivos) o simplemente ya por rutina y costumbre. Otras estrategias ya dentro del área de tococirugía, son el uso rutinario y muchas veces desmedido de la oxitocina, como una oportunidad medicalizada de acelerar el trabajo de parto y con esto la expulsión del producto o la ruptura de membranas de forma manual y otras similares.

La técnica extrema que sin embargo se ha vuelto rutinaria es lo que se enseña a los MIP como el “tacteo” o “parteo”, el cual relatamos en el fragmento de arriba. Esta técnica consiste en que un residente o un adscrito simule la realización del tacto a la mujer, y en el momento de la contracción, introduzca la mayor parte de la mano para asegurar una pronta -aunque dolorosísima y riesgosa- dilatación manual del cuello de la matriz de la mujer, combinando la maniobra con la infiltración de oxitocina u otros medicamentos, que sin duda hacen que la mujer dilate en muy pocos minutos, anteponiendo la disponibilidad de una cama desocupada en menores tiempos, a la salud y seguridad de la usuaria.

Todas estas estrategias pueden vincularse con el concepto de burocracia de nacimiento que expone Smith-Oka (2013) cuando aborda el análisis del uso de la técnica de “los tres reyes” en un hospital público de Puebla. Dicho concepto da cuenta del énfasis profundo en la eficiencia y la tecnología de los hospitales y de los prestadores de servicios de salud que empujan a concebir a la usuaria como un sujeto pasivizado que debe moverse rápidamente por el sistema, valorando positivamente la velocidad del trabajo, aunque esto tenga un efecto negativo sobre las experiencias de atención de las mujeres en el parto

---

<sup>55</sup> Capacidad para realizar una función eficaz y rápida.

hospitalario (Smith-Oka, 2013: 597). Esta autora introduce el concepto de burocracia del nacimiento, porque la lógica de atención de las mujeres en el hospital está marcada – como la burocracia- por estricta jerarquía, una estructura de cadena de mando, papeleo, estabilidad de reglas (Idem) y en donde además se ejerce a la violencia obstétrica como inherente en el modelo biomédico de nacimiento (Davis-Floyd, 2004).

A partir de estos hallazgos y de la literatura revisada, es interesante poder establecer un paralelo bajo la luz del concepto de burocracia del nacimiento (Smith-Oka, 2013) ya que la forma y las formas en la que aprenden los MIP en el área de Toco, al igual que a las mujeres usuarias -durante la atención-, les orilla a moverse rápidamente en el sistema, adaptándose a los engranes, y generando aprendizajes de momentos fugaces de los que son testigos, haciendo énfasis en la velocidad, sin importar los maltratos, humillaciones y violencias, ya que (en este ejercicio de paralelos) si bien el fin último para las mujeres usuarias es salir del hospital con su bebé, para los MIP es salir del hospital llevándose como recompensa el aprendizaje, aunque esto (de igual manera que en la atención de las mujeres), tenga un efecto negativo en la forma en la que se apropian del conocimiento médico, y en sus experiencias de aprendizaje.

### **Los conocimientos distintivos de la Toco y sus justificaciones en el proceso de aprendizaje de los MIP**

Estas técnicas de aceleración de trabajo de parto pertenecen al mosaico de los conocimientos más representativos que los MIP adquieren en el área de ginecología y obstetricia porque en comparación con internos de otros hospitales como el IMSS o el ISSSTE, para los internos del Hospital Civil, estas técnicas se vuelven si no necesarias, por lo menos altamente justificadas y justificables por el entorno de un hospital escuela y una institución sobresaturada.

En mi búsqueda por encontrar la justificación de los procesos comunes de enseñanza-aprendizaje hacia los MIP, pude registrar mediante entrevistas y observaciones, las formas en las que sus mentores y los mismos MIP conciben y asimilan la técnica del “tacteo”. Una R2, la Dra. Mayra, ante la pregunta sobre qué tipo de conocimientos transmitían ellos a los MIP en el área de ginecología y obstetricia, contestó:

Un conocimiento tal vez inútil que transmitimos a los MIP es por ejemplo: tienes una paciente con cuatro centímetros de dilatación y yo creo que no es lo adecuado tal vez, pero agarras y dilatas hasta quince centímetros y sabes que se va a desgarrar pero lo haces con tal de que nazca la paciente por parto porque tienes cinco ahí. Sabes que se puede desgarrar y puede sangrar y lo haces, o ponerle oxi al mismo tiempo, que sabes que hay más actividad, más contracción y que puede tener mucho mayor riesgo pero es inútil porque realmente existe un riesgo muy aumentado pues y que no debería de ser pero tú sabes que si lo haces va a salir más rápido la paciente.

En este ejemplo, es posible notar que si bien la Dra. Mayra conoce las consecuencias y secuelas de esta práctica en la usuaria, reconoce su utilidad en la lógica operativa del Hospital y por tanto expresa

su interés o justificación del porqué los MIP las aprendan, ya que su papel de trabajadores finalmente prevalece en la lógica del funcionamiento del hospital, sobre su papel de estudiantes.

Los MIP generan distintas reacciones ante estos aprendizajes. Algunos de ellos (en su mayoría hombres) justifican los procedimientos y el trato a las usuarias, asegurando que se trata de un hospital-escuela, de un hospital de práctica donde la usuaria ya sabe como va a ser tratada; por lo tanto, si acude ahí, es porque implícitamente acepta ser objeto de esa atención y de esa forma de practicar con sus cuerpos. En otras palabras, la paciente contribuye a crear esa representación social hegemónica a través del consenso (Gramsci, 1975), consenso que efectivamente vi reflejado en las actitudes de la mayoría de las mujeres (pero no todas) que de alguna manera "aceptan" ser tratadas de esa manera en la atención obstétrica que se proporciona en el hospital, por lo menos porque no se quejan abiertamente.

Al respecto, el MIP Josué me comenta que el hospital, al tener un alto volumen de atención, les favorece como MIP porque así tienen muchas pacientes con quienes practicar, sin temor a que no se dejen. Josué lo expresa de la siguiente manera: "Como yo les digo (refiriéndose a las usuarias), no se pueden poner reínas, no se pueden poner chocantes porque saben a lo que vienen. Saben que aquí va a meter mano, todo el mundo va a meterte mano, todo el mundo te va a ver, todo el mundo va a hacer cosas".

El MIP César, por su lado, nos hace ver que no todas las mujeres "se dejan", añadiendo sin embargo que esta actitud de parte de algunas no tiene sentido y es finalmente reprobable, precisamente desde la lógica del hospital-escuela:

"Hay pacientes que también simplemente como que no se prestan para que uno las atienda. Saben que les van a ayudar, pero se niegan (...) mucho de lo que dicen acá es que este es un hospital-escuela y cualquier paciente que venga acá sabe que se tiene que dejar hacer lo que se le tenga que dejar hacer, ¿Por qué? Porque es para su bien y porque también es enseñanza. Al momento de entrar acá prácticamente pasas por la puerta y estás autorizando que se te haga lo que se tenga que hacer y que te revise quienes te tengan que revisar. Y pues en ese caso no sé qué pasa con ellas, por qué se niegan".

Otros mentores reconocen que dentro del área de ginecobstetricia, existen otras prácticas de aceleración del trabajo que, aunque nombran como "malas mañas" aprendidas solo en este hospital, les ayudan a acelerar el trabajo, y son parte esencial de la enseñanza de los MIP. Así lo narra el Dr. Sandro, R3:

Yo digo que bueno, no son malas mañas, desde otros puntos de vista puede verse así, pero en general es hacer un procedimiento, por ejemplo una paciente que abortó, necesita que le aspire lo que quedó adentro, normalmente el protocolo dice que la tienes que pasar a quirófano, que le tienes que poner anestesia, le tienes que poner medicamentos, la tienes que dejar veinticuatro horas y después la das de alta. Pero aquí por la cantidad de gente no te puedes dar ese lujo de pasarlas al quirófano porque si la pasas a quirófano cierras un quirófano para una cesárea que es una urgencia, entonces desgraciadamente

nosotros agarramos y hacemos la mala maña, pasamos a la paciente al “AMEU” y se va de alta, esa es una mala maña pues, porque normalmente dice “se tiene que quedar aquí la paciente, se tiene que estar aquí 24 horas”. Esas para mí son malas mañas, lo mismo pasa con las cesáreas (...) porque aquí para empezar es un hospital de guerra, es una guerra pues, tú tienes que sacar pacientes como puedas, pero haciendo las cosas lo mejor que se pueda. Entonces tratas de operar lo más rápido que puedes, para que no se te estén juntando los pacientes y te estén regañando al otro día tus superiores. (...) Lo que más se hace aquí, es por ejemplo le rompes membranas para aumentar el trabajo de parto, las “parteras” -así les decimos nosotros-, ayudarles un poco con la dilatación digitalmente, las ayudas a dilatarlas más, las pones a pujar. Cuando son multigestas o ya tienen partos previos nacen mucho más rápido. Esas serían como las mañas.

Finalmente, en el hospital hay notables voces disidentes. Otro mentor de MIP, el Dr. Fernando R1, comparte que, aunque la práctica de dilatación manual es útil en el hospital y aunque como residente conoce la parte teórica, pocas veces la hace y tampoco la enseña porque sabe el dolor y los riesgos que le implican para la mujer usuaria:

Dr. Fernando, R1: Bueno, normativamente nosotros tendríamos que hacer un tacto cada hora, para ver en qué variedad de posición está el bebé, que tanto ha avanzado, como está el cérvix y un proceso que se llama dilatación, o una maniobra que se llama maniobra de Hamilton ¿En qué consiste? Haces el tacto mientras metes el dedo, hay una separación de las membranas, o sea tomas el cérvix y lo mueves hacia arriba y hacia abajo, despegando las membranas y esto se ha estudiado que acelera el trabajo de parto porque hay mayor secreción de algunas hormonas que hacen que haya cambios cervicales y aumente, es un proceso doloroso y depende mucho de quien lo haga y en qué momento lo haga. Por ejemplo a mí en lo personal, no soy, casi no lo pongo en práctica o si lo pongo es tratando de que la paciente sienta las menos molestias posibles.

Coral: ¿Por qué?

Dr. Fernando, R1: Porque es una paciente que está en trabajo de parto, porque está estresada, porque el solo hecho de estar en el hospital con pacientes, con personas que no conocen, que un extraño llegue, te descubra, te esponga, e todo caso es un proceso difícil. Sobre todo con las paciente primigestas. Las multigestas pues están familiarizadas pero nosotros vemos a las mujeres en uno de sus mayores puntos de vulnerabilidad, o sea, en un lugar extraño con todas las agravantes que haya.

Entre los MIP sucede algo similar, pero mayoritariamente entre las MIP mujeres. Algunas de ellas, aunque están muy conscientes de que se encuentran en un proceso de aprendizaje y están obligadas a aprender y aprehender los conocimientos que los residentes vierten, negocian y establecen límites ante este tipo de prácticas:

Karla (MIP): No, hay cosas que la verdad yo diría que no las quiero hacer.

Coral: ¿Por ejemplo?

Karla (MIP): Eso de dilatar a mi paciente para que ya la saque yo, y no otro MIP, y entonces pueda practicar un parto más, y la técnica de “partear”, pues no, yo digo no. Yo soy niña y la neta no me gustaría que me hicieran eso. Yo siempre he creído en el “no hagas lo que no quieres que te hagan”. Entonces te digo, ahí sí, diría que no.

Meli (MIP) expresa algo similar diciendo:

Coral: ¿Puedes elegir qué aprender y qué no aprender en cuanto a la atención que le dan a una usuaria?

Meli: Sí, pues si no te gusta “partear”, por ejemplo, pues tú no lo haces.

Coral: ¿Y tú lo hacías?

No yo no, no me gustaba. Me ponía a hacer otra cosa.

Coral: ¿Por qué?

Meli: ¡Hay! Sentía que a mí me dolía, por eso.

Coral: Si no fueras doctora, pero supieras como es la atención aquí ¿atenderías aquí tu parto?

Meli: No.

Coral: ¿Por qué?

Meli: Porque aquí hay estudiantes (risas) hay mucha gente que te está viendo y qué oso. Es muy poco privado. Además, están practicando contigo.

Estas negociaciones pertenecen a un sistema particular de respuestas que se centra fundamentalmente en la evasión, como mecanismo de resistencia de estas MIP ante el maltrato que atestiguan hacia las usuarias. Ya que si bien en su papel de estudiantes no pueden negarse a ello, tampoco pueden reclamar por dicho maltrato, utilizan su papel de subordinadas de manera estratégica y lo reivindicán al momento de ignorar la orden o hacerse “ingenuas” o “incompetentes” aunque ello signifique un regaño o el menosprecio por parte de su mentor.

Las negociaciones funcionan como estrategias de sobrevivencia al sistema de atención y enseñanza por parte de estas MIP, y como una muestra del uso de su agencia para que, mínimamente, ellas no se vuelvan co-partícipes de esa atención; esto, aun si no se logra que se desmorone la atención hegemónica que se brinda a las usuarias, o que se transforme la formación hegemónica que reciben las MIP en el área. Es interesante remarcar cómo estos ejemplos de resistencia a realizar un procedimiento que daña o genera sufrimiento a la usuaria, es mayoritariamente expresado por MIP que son mujeres, las cuales expresan empatía hacia las usuarias que las hace desistir de ver al procedimiento como necesario dentro de su proceso de enseñanza-aprendizaje en el área de ginecología-obstetricia. De igual manera el ejemplo de la MIP Meli da cuenta del reconocimiento por su parte, de un tipo de atención en donde el maltrato, el uso del cuerpo como instrumento de aprendizaje, y la poca privacidad son características inherentes al proceso de atención, el cual infieren como inadecuado e inoportuno, al no disponerse a aceptarlo si se tratara de sus propios cuerpos.



## CONCLUSIONES

La justificación mayor por la que los MIP deciden hacer el internado en el Hospital Civil “Dr. Aurelio Vadivieso” es por el margen de acción que no solo se les permite, sino se les exige en las áreas de atención, una acción que tiene que ver con la práctica, que adecuada o inadecuada, ayuda a generar conocimientos técnicos que los MIP reflejarán como enseñanzas muy valiosas en la etapa posterior de su aprendizaje, el servicio social.

La rotación de ginecología, conocida por ser –a parte de urgencias- la más práctica, es un ejemplo de esto, ya que los MIP aprenden dentro de otras cosas a atender partos, a detener hemorragias obstétricas, y a instrumentar en cesáreas. De acuerdo con sus discursos, estas prácticas les proveen de herramientas no solo de conocimiento para su formación, sino de un puente de conocimientos pragmáticos que les va a apoyar en el camino futuro hacia la especialidad, o por lo menos de una herramienta valiosa de trabajo al terminar la carrera.

La permisividad en la práctica clínica está legitimada en este hospital por una representación social hegemónica sobre las mujeres usuarias y sobre sus cuerpos, que proviene mayoritariamente de su contexto de aprendizaje y se reproduce y se afianza por las acciones y órdenes de sus mentores y jefes de área. Esta representación está atravesada por estigmas, estereotipos, prejuicios y pre-valoraciones de etnia-raza, de clase y de género, los cuales permiten seguir reproduciendo en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP, la práctica de una atención inadecuada. Sin embargo, la reproducción social de esta representación social, aunque sea hegemónica, no se da de manera homogénea entre todo el personal de salud y entre todos los MIP, ya que se construye en la cotidianeidad de manera relacional pasando por un filtro personal e intersubjetivo, en donde el MIP analiza a forma de espejo sus propias características y situaciones (como integrante de una otredad cultural diferente y de un estatus social más alto) frente a las de las mujeres usuarias (como integrantes de una otredad opuesta a la civilizada, y con un estatus social más bajo, en relación a los mismos MIP).

En el Hospital Civil, los MIP se adentran en una lógica de atención en donde, sus mentores, justificándolo por el alto volumen de atención y las necesidades operativas en el área, les enseñan a realizar técnicas de aceleración del trabajo de parto, que no son recomendadas porque generan complicaciones y producen sufrimiento a las usuarias.

No obstante, es justamente aquí donde vimos que surgen algunas voces disidentes y se asoma la agencia de algunas MIP, que se niegan primero a reconocer este tipo de aprendizajes como útiles y necesarios y, segundo, a ponerlos en práctica. En el caso de algunas mujeres MIP, el uso de la agencia está articulado a ser tachadas de “incompetentes” por sus mentores; hecho que utilizan estratégicamente

como un escudo desde donde se niegan a realizar este tipo de prácticas, aun si esto les acarrea consecuencias en cuanto a su propia imagen ante sus mentores. Sin embargo, en estos casos, se prefiere asumir las consecuencias negativas que ejecutar intervenciones con las que estas MIP están en profundo desacuerdo porque infringen de alguna manera, sus planteamientos éticos y su solidaridad de género. Lo anterior, nos hace reflexionar cómo no todos los MIP consienten a la práctica ilimitada sobre el cuerpo de las mujeres usuarias con la idea de que el fin (el aprendizaje) justifica los medios. En estos casos, el género compartido sirve justamente para que prevalezcan límites éticos.

## CONCLUSIONES FINALES

Desde el inicio de mi formación y trabajo como antropóloga en hospitales públicos, los temas relacionados con la salud de las mujeres durante la atención del parto me hacían reflexionar constantemente acerca del porqué había situaciones de violencia obstétrica e institucional y pasivación de la mujer e intervencionismo médico excesivo que se repetían, o parecían muy similares, si bien me encontraba en ese momento analizando contextos distintos. Durante mi trabajo en investigaciones previas (durante mi licenciatura) con personal de salud, el cuestionamiento siguió presente, así que indagando superficialmente pude conocer situaciones y discursos del mismo personal de salud que llamaron mi atención y me invitaron a preguntar la génesis de ese trato hacia las mujeres usuarias, situando mi interés investigativo en el campo de la formación médica. Este interés y la oportunidad de formarme en la orientación teórico-metodológica de la Antropología Médica Crítica (AMC) me llevaron a plantear el proyecto del cual ahora presento los resultados con el nombre de "Aquí aprendes al calor de la práctica": un estudio antropológico sobre la formación de Médicos Internos de Pregrado en un hospital público de Oaxaca".

Como el título denota, el tema de esta investigación fue la formación médica de los MIP de la rotación de ginecología del Hospital civil Dr. Aurelio Valdivieso de Oaxaca. A la luz de los objetivos planteados y las preguntas que guiaron esta investigación, haré una serie de reflexiones para dar cuenta de los resultados obtenidos y de los principales hallazgos de cada capítulo. En la parte final del apartado, reflexiono sobre lo que este estudio no pudo aportar e incluyo algunas consideraciones finales para futuras investigaciones.

La pregunta que se planteó en la investigación giró en torno a cuáles eran las características particulares que presenta el proceso de enseñanza-aprendizaje de las/los médicos internos en el Hospital "Dr. Aurelio Valdivieso" en la rotación de ginecología y a qué factores subjetivos, inter-subjetivos e institucionales intervienen para que ellos/as aprendan, negocien, transformen, adapten, resistan y/o rechacen prácticas y/o actitudes que se han vuelto rutinarias, naturalizadas y hegemónicas en la formación y la atención obstétrica que se provee en este hospital; tomando en cuenta como supuesto inicial que lo que se enseña mayoritariamente en este contexto es a atender los partos de forma rápida, hiper-medicalizada y sin seguir la MBE.

Para poder responder a la primera premisa de la pregunta, en el primer capítulo "Un hospital de práctica" expongo los antecedentes históricos del Hospital que datan del siglo XIX y de la labor como hospital-escuela que ya desde esas fechas venía prestando, para enseñar los orígenes históricos e ideológicos de este contexto los cuales ayudan a comprender que, aunque muchas de sus características estructurales y de atención se han modificado, el hospital Valdivieso mantiene una cierta continuidad en

cuanto a la atención mayoritaria a ciertos sectores sociales que, en el campo de la obstetricia, son mujeres usuarias de clase baja y media-baja en su gran mayoría. Además, esta génesis histórica nos hace ver cómo la ideología de la prestación de los servicios como "auxilio" y "caridad" y de las poblaciones objeto como "desamparadas" tiene una larga trayectoria que todavía permea las formas en que la atención médica es concebida y practicada hoy día en este hospital. De igual manera me centro en el área de ginecología, como el espacio principal donde se desarrolla el estudio para exponer que, si bien este hospital cuenta con más de cinco servicios de atención, del 100% de los usuarios que acuden, el 70% son usuarias para la atención obstétrica, lo que lo convierte en un espacio de atención a usuarias mujeres, y a ginecobstetricia como el área más demandada y, por ende, un espacio importantísimo en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP.

Analizo y describo etnográficamente este espacio de estudio a la luz del concepto de "campo médico" (Castro, 2015). Los hallazgos principales en el contexto fueron las formas peculiares en las que en cada espacio de la rotación es apropiado por los MIP dentro de su proceso de enseñanza-aprendizaje. En estas áreas pude observar de qué manera los MIP aprenden a integrarse en la lógica de rituales sociales del gremio, ritos de paso, códigos, mensajes, tipo de lenguaje y vestimenta para casa sujeto, además de aprender a reconocer cómo se establecen las relaciones jerárquicas y de poder en su contexto.

En el segundo capítulo "El esclavo, el saca pendientes, la mano de obra barata", encontré que efectivamente el área de ginecobstetricia y su contexto de alta demanda de atención posibilitan y exigen una estructura organizativa y una carga de trabajo que logra ser extenuante y excesiva para el personal de salud, pero no de manera equitativa sino en especial para los MIP y los residentes de primer año. La organización del trabajo establecida en el Hospital Valdivieso depende también de una estructura jerárquica interna, donde es el MIP quien se encuentra en el eslabón más bajo del personal médico y por ende es él o ella que debe "idealmente" realizar mucho más trabajo que el que oficialmente se le asigna. En otras palabras, la sobrecarga de trabajo a la que están sujetos los MIP responde a la expectativa del personal directivo y los mentores y son parte integral de la norma establecida, aun si de manera informal, no escrita.

Estos dos elementos (el contexto de sobredemanda y la estructura jerárquica) permiten que el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP se vuelva una experiencia común de maltrato, hostigamiento y acoso, donde además la enseñanza y los métodos utilizados para ella, no son homogéneos, y más bien se presentan de forma desorganizada, desordenada y sujeta a la discreción y la voluntad de los mentores; esta última, inmersa en una visión moral del deber ser y de la reciprocidad en la que están a su vez inmersos los docentes. Este fenómeno genera en los MIP la necesidad de movilizar su reducida capacidad de agencia en el contexto e idear con ello estrategias para afrontar la cotidianidad,

jugar el papel de MIP, hacerle frente a los castigos y represalias disciplinarias y en el inter, aprender haciendo.

Otro hallazgo fundamental de la investigación fue encontrar una marcada diferenciación de género en la enseñanza, por lo menos entre ciertos mentores. Esta diferenciación promueve aún más experiencias de menosprecio, discriminación, hostigamiento y acoso hacia MIP que son mujeres. No obstante, algunas de estas MIP haciendo uso de su agencia, logran resistir e incluso hacerles frente a prácticas de maltrato a la usuaria, como una muestra de empatía a su género, y de repudio a las prácticas machistas del propio sistema de atención y enseñanza del área. Este hecho nos hace ver que, primero, el aprendizaje de las y los MIP pasa por un filtro intersubjetivo de quiénes son cada uno/a de ellos/as y, segundo, que hasta en los contextos más disciplinarios y hostigantes “las relaciones de poder son, también, relaciones de resistencia” (Scott, 2000:71).

Una idea y conclusión paralela a este apartado son los órdenes de género, en donde a partir de los ejemplos, es notable percibir una estructura asumida de jerarquías que legitima las desigualdades de género y los procesos de subordinación que en la práctica experimentamos las mujeres y también reproducimos.

Por último, se encontró que en el área de ginecobstetricia del hospital hay dos tradiciones de organización del trabajo y de la enseñanza-aprendizaje que se confrontan entre sí y en las cuales están insertos los MIP: la vieja escuela y la nueva escuela, donde la pertenencia a cada una depende más que todo de un corte generacional. Los MIP se ubican en la generación de “la nueva escuela” y esto tiene implicaciones directas no solo en el rigor disciplinario de los métodos de enseñanza a los que ellos están sujetos, sino de cómo ellos mismos se ubican ante estos procesos.

El tercer capítulo “Muchas veces nosotros atendíamos a la usuaria [sin saber] lo que estábamos haciendo. Los métodos de enseñanza-aprendizajes utilizados con los MIP” halló que el proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos internos se desarrolla tanto dentro del ámbito de la enseñanza formal, como al mismo tiempo, en el ámbito no formal. La enseñanza informal, explicada de alguna manera por el concepto de “currículum oculto”, resulta ser la más importante, prevaleciente, útil y resolutive para los MIP, en el contexto de este hospital. Es ésta la enseñanza que permite que se filtren e incorporen las predisposiciones del habitus médico en la cotidianeidad de la práctica y de las relaciones sociales en las que están insertos los MIP.

Las jerarquías juegan un papel importantísimo por la manera en la que se reproducen las relaciones de poder, de subordinación y de las formas disciplinarias de aprendizaje en el proceso de enseñanza de los MIP. No obstante, aunque la reproducción de las jeraquías refiere a un proceso hegemónico en este hospital, la enseñanza de los MIP no siempre funciona así, ni sucede bajo estos

preceptos, ya que tanto los MIP como sus mentores inmediatos (R1) movilizan a veces su capacidad de agencia para transformar y rechazar estas condiciones de enseñanza.

Esta investigación encontró que el castigo en sus distintas formas, es usado de manera común en los procesos de enseñanza de los MIP como “un vehículo para la trasmisión de conocimientos” (Castro, 2014: 178); a su vez, se vuelve un recurso no sólo para disciplinar, sino para afianzar una jerarquía y enseñarla como el estado natural de las cosas a los MIP (Idem). Sin embargo, no se trata de condiciones ineludibles o aplastantes, porque los MIP encuentran, aun si de manera constreñida, formas colectivas e individuales de evadirlas y evitarlas, lo cual es posible ya que ellos y ellas permanecen poco tiempo en la rotación, y no se forman como ginecólogos. Otro hallazgo importante refiere a que los castigos se implementan de forma relacional y su la severidad es proporcional al rango de quien lo ponga y quien lo reciba.

Finalmente, en el cuarto capítulo “Al calor de la práctica: las características de la atención obstétrica que aprenden los MIP en un hospital-escuela que atiende a mujeres de escasos recursos económicos" se reitera que la justificación mayor por la que los MIP deciden hacer el internado en el Hospital civil “Dr. Aurelio Vadivieso” es por el margen de acción que tienen de ejercer la medicina obstétrica en las áreas de atención, una acción que tiene que ver con la práctica, que adecuada o inadecuada, ayuda a generar conocimientos técnicos que los MIP se llevarán consigo en la etapa posterior, el Servicio social.

La investigación muestra que la permisividad en la práctica está legitimada por una representación social hegemónica sobre las mujeres usuarias y sobre sus cuerpos, que los MIP comparten y que proviene mayoritariamente de su contexto de aprendizaje y de sus mentores. Es una representación que está atravesada por estigmas, estereotipos, prejuicios y pre-valoraciones de etnia-raza, de clase y de género, la cual permite seguir reproduciendo la práctica de una atención inadecuada y sin seguir la MBE en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP. Sin embargo, la reproducción social de este estereotipo aunque sea hegemónica, no se da de manera homogénea, ya que es relacional, y pasa por un filtro personal e intersubjetivo, en donde cada MIP analiza a forma de espejo sus propias características (como representante de una otredad cultural diferente y de un estatus social más alto) con las de las mujeres usuarias (como representantes de una otredad opuesta a la civilizada, y perteneciente a un estatus social bajo).

Como último dato muestro cómo los MIP, dentro de su proceso de enseñanza-aprendizaje, se insertan en una lógica de atención en donde sus mentores, justificados por el alto volumen de atención y a la necesidad operativa en el área, les enseñan a realizar técnicas de aceleración del trabajo de parto, que generan maltrato y producen sufrimiento y daño a las usuarias. Sin embargo, es justamente aquí en donde surgen algunas voces disidentes y aparecen resquicios de agencia entre las MIP mujeres, algunas de las

cuales se niegan primero a reconocer este tipo de aprendizajes como útiles y necesarios y, segundo, no los ponen en práctica.

En síntesis y a modo de conclusión, el proceso de enseñanza-aprendizaje de los MIP puede desagregarse heurísticamente y para fines analíticos en cuatro niveles, asumiendo que esta desagregación es un esquema explicativo que ordena, organiza y permite entender un proceso complejo y multifacético; aun a sabiendas que en la práctica la realidad es más fluida y los cuatro niveles están seguidamente entremezclados en la cotidianeidad del hospital.

El primer nivel refiere a los aprendizajes técnicos y clínicos, donde el MIP aprende a poner en práctica la teoría acumulada durante su formación escolarizada, aprende a hacer diagnósticos, genera práctica y técnicas, e implementa maniobras; un segundo nivel se refiere a los aprendizajes disciplinarios y jerárquicos del contexto hospitalario y del área de ginecología, donde el MIP aprende a “formarse” en medio de un contexto organizado por relaciones de poder, a reconocer la jerarquía de sus mentores y demás personas, ubicarse y moverse dentro de ella y asumir las implicaciones de subordinación que su posición conlleva, por ejemplo no oponerse a una orden, acatar un castigo, realizar trabajo extenuante entre otros. Un tercer nivel es el aprendizaje del “ser médico”, como un proceso de ruptura y transición que les enseña a adoptar actitudes distantes ante la usuaria, por ejemplo, a no reaccionar con empatía, a despersonalizarse y desvincularse emocionalmente de la paciente, de su dolor y/o de su padecimiento, y a verla como un cuerpo, en lugar que como una persona. El cuarto nivel de aprendizaje refiere a cómo los MIP aprenden a reconocer el lugar que ocupan las usuarias dentro de este contexto hospitalario, lo que es permisible en la atención, en el trato, en sus cuerpos, como mujeres usuarias de un hospital-escuela; considerando la gratuidad de la atención, la idea del volumen alto de usuarias recibidas cada día, y la representación social hegemónica que las asume como inferiores y subordinadas.

La experiencia con los 18 MIP con los que trabajé, me permite generar un análisis crítico de estos cuatro niveles, atendiendo a la premisa de que no se viven de manera homogénea, ni totalizante durante el proceso de enseñanza.

El primer nivel, que refiere a los aprendizajes técnicos y clínicos, se da de manera generalizada y aparece como la razón inicial, principal y sostenida del MIP para elegir al Hospital Valdivieso como lugar para realizar el internado. Paralelamente esta elección se vincula directamente con la rotación de ginecología, donde los MIP reconocen – en comparación con otras rotaciones- que aprenderán muchas de las herramientas técnicas para enfrentarse al servicio social y para el campo laboral, al terminar su formación. Esta apuesta por el aprendizaje técnico y clínico funciona como una razón legítima para aceptar el contexto y/ o negociar en él.

El segundo nivel que comprende los aprendizajes disciplinarios y jerárquicos, me ayuda a analizar que si bien en este contexto es él que prevalece de manera hegemónica, no se da de manera uniforme, sino de forma relacional, donde cada MIP a partir de sus objetivos en el internado, de sus características interpersonales e ideas sobre sí mismos y sobre los procesos de enseñanza, aprenden a legitimar o a no asumir como válidos o útiles los conocimientos devenidos de la disciplina y la jerarquía dentro de su formación. Una clara premisa de este nivel es el aceptar que son el eslabón más bajo en la jerarquía del área, y que esto implica ser sujetos de regaño, hostigamiento y castigo, entre otros. No obstante, aunque esto se acepte, no siempre sucede así, ya que como lo planteamos en el capítulo tres, los MIP generan estrategias individuales y/o colectivas para negociar y/o confrontarse al castigo, al regaño, al hostigamiento y el maltrato de sus superiores, y en el inter, aprender.

El tercer nivel refiere al aprendizaje hegemónico del “ser médico”, aparece también de forma porosa, ya que el proceso de ruptura y transición que implica en las biografías e identidades personales de cada MIP, no es adaptado por igual. Un ejemplo de ello, está presente en las MIP mujeres, que se niegan a despersonalizar por completo la atención que brindan a las usuarias y prefieren jugar en su papel de subordinadas y ser humilladas, antes de ejecutar lo que se les trata de imponer. En estos casos, hay un intento por vincularse empáticamente con la paciente, tal como lo demuestran anteriormente los ejemplos de la MIP Karen y Meli.

El cuarto nivel de aprendizaje refiere a cómo los MIP aprenden a reconocer el lugar que ocupan las mujeres usuarias de la atención obstétrica dentro de este contexto hospitalario. Ellos/as aprenden a construir el lugar que asignan a las usuarias que, si bien no siempre responde a las mismas características, ya que éstas se definen desde la mirada los MIP sobre sí mismos, se da de manera generalizada. Esto último posibilita que durante la atención se dé un uso utilitario al cuerpo de las mujeres usuarias, ya que su condición como usuarias de esta área en el Hospital, les “permite aprender de ellas” (Entrevista a la MIP Meli).

Un elemento que hace de este trabajo una investigación novedosa es que si bien existen un sin número de trabajos sobre parto y sobre violencia obstétrica, el foco de atención ha estado centrado en las mujeres, y no en el personal de salud en formación. En el caso de este trabajo, enfocarse hacia el personal en formación ayuda a comprender de manera más detallada el fenómeno desde una perspectiva relacional.

De igual manera, este trabajo hace aportes etnográficos útiles para comprender la burocracia hospitalaria y el funcionamiento de las instituciones de salud en el país y en el Estado de Oaxaca, asumiendo a este último como un espacio geográfico desde donde las particularidades culturales, sociales e históricas, revelan -en el caso del capítulo cuatro-, las miradas hacia las mujeres usuarias durante la atención del parto, las tensiones, el como opera en concreto el clasismo y el racismo en la sociedad



oaxaqueña; y para el caso de los MIP, cuáles son los procesos de blanqueamiento, y quiénes son contruidos como la alteridad.

Un hallazgo no profundizado en esta investigación es el de la percepción de los MIP y los mentores sobre la medicina basada en evidencia, donde se recopiló información valiosa la cual, sin embargo, al final no se incorporó a la tesis. Durante el desarrollo del trabajo de campo pude notar que cada rotación por la que los MIP pasan en su internado en el hospital, tenía características particulares y que el poder explorarlas todas ayudaría a ver de manera holística cada una de las formas de enseñanza-aprendizaje que experimentan durante el año de internado, compararles y analizar con qué conocimientos y actitudes ingresan, y con cuáles salen. De igual forma me di cuenta de que, sería interesante y además complementario para este estudio, poder hacer un seguimiento de los MIP que experimentan el internado y las formación médica en otros hospitales como el IMSS o el ISSSTE, ya que esto daría la oportunidad de hacer comparaciones e identificar de manera más profunda las particularidades de la formación médica de distintos internados en el estado de Oaxaca. Por esta razón, nombro estas posibilidades como ventanas de oportunidad para futuras investigaciones en el tema. Pero, por lo pronto, mi camino finaliza con la formación de los MIP en el hospital-escuela Aurelio Valdivieso de Oaxaca.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, M., Velasco M., Radillo B. E., López T. M., & Osorio L. (2016). Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica, en *Revista Investigación en Educación Médica*, edición de Internet, 6 (23), 169–179. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.012>, consultado 1 de julio de 2017.
- Adorno, T.W. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper.
- Aguilar Médina, J. I. (1980). *El hombre y la urbe*. México: INAH.
- Albornoz, O. (2002) *Estado, Ideología y Educación*. Venezuela: Universidad de Zula.
- Álvarez, J. L. & Gayou J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Buenos Aires, Argentina: Paidós Educador.
- Amezcu, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante, *Revista Index de Enfermería*, 30, 30-35.
- Araya A. (2006). El castigo físico: el cuerpo como representación de la persona, un capítulo en la historia de la occidentalización de América, siglos XVI-XVIII. *Historia*, edición de Internet, 39 (2), 349–367. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/historia/v39n2/art01.pdf>, , consultado el 14 de enero 2017.
- Apple, M. *Política cultural y educación* (1996). Madrid: Morata.
- Audelo, J. (2004) ¿Qué es clientelismo? Algunas claves para comprender la política en los países en vías de consolidación democrática. *Estudios Sociales*, 12 (24), 124-142. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/417/41751459004.pdf>
- Bartra, R. (2011). *El mito del salvaje*, México: FCE.
- Bautista, E. (2008). La Asamblea Popular de Pueblos de Oaxaca, crisis de dominación y resistencia. *Bajo el Volcán*, edición de Internet, 7 (12), 115-134. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/286/28671207.pdf>, consultado 10 de marzo 2018.
- Bernard, H. R., (1995). *Métodos de investigación en Antropología. Abordajes cualitativos y cuantitativos*. Walnut Creek, CA, EU: AltaMira Press.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism. Perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ, EU: Prentice-Hall,
- Bohren M.A., Vogel J.P., Hunter E.C., et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, edición de Internet, 12(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26126110>, consultado el 10 de junio 2019.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid, España: Taurus.
- Bourdieu, P. & Eagleton, T. (1997). “Doxa y vida ordinaria”, en *New Left Review*, edición en castellano núm. 0, 219-231.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. Harvard School of Public Health University Research Co. Disponible en: [https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful\\_Care\\_at\\_Birth\\_9-20-101\\_Final1.pdf](https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf), consultado el 14 de diciembre 2018

Bradley, S., McCourt, C., Rayment, J., & Parmar, D. (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*, edición de Internet, 169, 157–170. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.039>, consultado el 2 de febrero 2017.

Camacho Ávila, A., Juárez García A., y Arias Galicia F., (2010). Síndrome de Burnout y Factores Asociados en Médicos. *Ciencia & Trabajo*, 35, 251–256.

Carlos, F. (2017). Racismo y marcadores de diferencia entre estudiantes no indígenas e indígenas en México. *Desacatos*, 51, 18-31. Disponible en: [http://www.catedrainterculturalidad.cucsh.udg.mx/sites/default/files/2racismo\\_y\\_marcadores\\_de\\_diferencia.pdf](http://www.catedrainterculturalidad.cucsh.udg.mx/sites/default/files/2racismo_y_marcadores_de_diferencia.pdf). Consultado el 16 de octubre 2018.

Cano J. I. (1993). Los estereotipos sociales: el proceso de perpetuación a través de la memoria selectiva. Tesis de Doctorado, Facultad de Sociología, España: Universidad Complutense de Madrid.

Cardona, L. (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, edición de Internet, 27 (2), 21-65. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/48837>, consultado el 16 de octubre 2018.

Castillejo, L., Colom, J., Pérez, P., Neira, T., Sarramona, J., Touriñan, M., & Vázquez, G., (2009) Premios, Castigos y Educación. 1-15. Disponible en: [http://webspersoais.usc.es/export9/sites/persoais/persoais/josemanuel.tourinan/descargas/PREMIOS\\_Y\\_CASTIGOS.pdf](http://webspersoais.usc.es/export9/sites/persoais/persoais/josemanuel.tourinan/descargas/PREMIOS_Y_CASTIGOS.pdf).

Castro, A. Savage, V. (2018). Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic, *Medical Anthropology*, edición de Internet, 38 (2), 123-136. Disponible en DOI: 10.1080/01459740.2018.1512984, consultado el 17 de septiembre 2017.

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, edición de Internet, 76 (2), 167-197. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32130485002>, consultado el 14 de junio 2019.

Castro, R. (2014). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica, *Salud Colectiva*, 10(3), 339-351. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=731/73138581005>, consultada el 31 de octubre de 2019.

Castro, R. (2013). Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva. En Agoff, C., Casique, I. & Castro, R. (coords.) *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos* (pp. 145–165), México: Miguel Ángel Porrúa y CRIM-UNAM.

Castro, R. (2013). Violencia contra mujeres en México. El caso de la violencia obstétrica y la violación de derechos humanos durante la atención del parto. Presentado en Seminario Internacional Perspectiva de Igualdad de Género en Salud en el Marco de los Derechos Humanos CNEGSR - SSA. Disponible en:

<http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/EquidadGenero/RobertoCastro.pdf>, consultado el 2 de enero 2018.

Castro, R. & Erviti, J. (2015). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Revista CONAMED, edición de Internet, 19 (1). Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/24>, consultado el 25 de septiembre de 2017.

Castro, R. & Erviti, J. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Cuernavaca: CRIM-UNAM.

Castro, R & Erviti, J. (2009). Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México, Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos, Río de Janeiro, Brasil. Disponible en: [https://www.academia.edu/18618485/Habitus\\_profesional\\_y\\_ciudadan%C3%ADa\\_un\\_estudio\\_sociol%C3%B3gico\\_sobre\\_los\\_conflictos\\_entre\\_el\\_campo\\_m%C3%A9dico\\_y\\_los\\_derechos\\_en\\_salud\\_reproductiva\\_en\\_M%C3%A9xico](https://www.academia.edu/18618485/Habitus_profesional_y_ciudadan%C3%ADa_un_estudio_sociol%C3%B3gico_sobre_los_conflictos_entre_el_campo_m%C3%A9dico_y_los_derechos_en_salud_reproductiva_en_M%C3%A9xico), consultado el 25 de septiembre de 2017.

Castro, R. & Erviti, J. (2003). La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”, en López, P. ,Rico B., Langer, A. y Espinoza, G. (Eds.), Género y Política en Salud (pp. 255-273), México: SSA/UNIFEM.

Castro, R. & López Gómez A., (2010). Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional. México: UNAM.

Cedeña, M. (2005). Relaciones sociales y prácticas de apropiación espacial en los parques públicos urbanos. El caso del Parc de Les Planes de L' Hospitalet de Llobregat-Barcelona. Tesis de Doctorado en Antropología Social, España: Universidad de Barcelona.

Consejo, C. & Viesca-Treviño, C. (2008) Relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu, 11(1), 16-20. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/1bd1/fb817a76c72ff7af2dfdb42f8c51bd5ce8c6.pdf>

De la Cadena, M. (2000). Indigenous mestizos: The politics of race and culture in Cuzco, Peru, 1919-1991. Durham, NC, EU: Duke University Press.

De Pablo, R. & Suberviola, J. (1998). Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria, Atención Primaria, edición de Internet, 22 (9). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-del-sindrome-burnout-o-14973>, consultada 3 de febrero de 2017.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016), consultado el 29 de octubre de 2019.

Diniz S.G., de Oliveira Salgado H., de Aguiar Andrezzo, H., 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, edición de Internet, 25(3), 377-384. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>, consultado el 3 de enero 2014.

Echeverría, Bolívar (2007) "Imágenes de la blanquitud", en Diego Lizarazo Arias (coord.), *Sociedades cónicas: historia, ideología y cultura de la imagen*, Siglo XXI, pp. 15-32.

Fajardo-Ortiz, G. (2005). Los tres primeros hospitales de la ciudad de Oaxaca. *Cirugía y cirujanos*, edición de Internet, 73 (5), 417-420. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2005/cc055o.pdf>, consultado el 10 de marzo de 2018.

Fernández, M. y Sara J. (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, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6 (12), 69-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54561202.pdf>

Fernández, I. y Shershneva, J. (2017). Convivencia en espacios de racismo institucionalizado y/o político, *Empiria*, *Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, edición de internet, 37. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Empiria-2017-37-5025/Fernandez\\_Aragon.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Empiria-2017-37-5025/Fernandez_Aragon.pdf), consultada el 5 de agosto de 2019. Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI Editores.

Giddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad: Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Giddens, A. (1976). *New rules of sociological method: a positive critique of interpretative sociologies*. Nueva York, EU: Basic Books.

Giroux, H. (2004). *Teoría y resistencia en educación. Una pedagogía para la oposición*. México: Siglo XXI.

Goffman, E. (1992). *Internados*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Goffman, E. (1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

Gómez, C. (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. Disponible en: <file:///C:/Users/IISUA/Downloads/Dialnet-PorUnaAntropologiaMedicaCriticaHoyReflexionesAPart-4996320.pdf>

González, F. Itinerario de alteridad. Una reconstrucción para nuevas aproximaciones. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 19 (56), 616-641. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/705/70517761011.pdf>. Consultado el 4 de Enero de 2018.

Gramsci, A. (1975). *Quaderni del carcere*, vol. III. Torino, Italia: Einaudi Edizioni.

Graue Wichers, Enrique (2005). Facultad de medicina. México: UNAM. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/ultimos/10\\_ponencia.htm](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/ultimos/10_ponencia.htm)

Gutiérrez A, Cardiel Marmolejo, C., Lino, E., Camacho Aguilera J., Mucientes Avellaneda, V., et al. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Investigación en Educación Médica*, edición de Internet, 5(18), 102–107. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.01.020>, consultado el 5 de junio 2019.

Guzman, G. (2005) Recorrido histórico del Hospital General de Oaxaca. México:Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.

Haro, A. (2000). Cuidados profanos. Una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero & J. Comelles (coords.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, España: Ediciones Bellaterra.

Herrera Vacaflor, C. (2016). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina, *Reproductive Health Matters*, edición de Internet, 24 (47), 65-73. Disponible en: DOI: 10.1016/j.rhm.2016.05.001, consultado el 12 de noviembre 2018

Higgins, M. (1974). *Somos gente humilde: etnografía de una colonia urbana pobre de Oaxaca*. México: INI.

Higgins, M. & Coen, T. (2000). *Calles, cuartos y patios. Lo cotidiano de la diversidad en el Oaxaca urbano*. México: UABJO.

Jewkes, R. & Penn-Kekana, L. (2015) *Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women*, *PLoS Medicine*, edición de Internet, 12(6) doi:10.1371/journal.pmed.1001849, consultado el 12 de febrero 2018.

Jordan, B. (1992). *Technology and Social Interaction: Notes on the Achievement of Authoritative Knowledge in Complex Settings*. IRL Technical Report No. IRL92-0027. Palo Alto, CA, EU: Institute for Research on Learning. Disponible en: <http://anthropology.msu.edu/anp270-us15/files/2015/05/Authoritative-Knowledge-Jordan-1992.pdf>, consultado el 3 de enero 2016.

Jordan, B. (1997). *Authoritative Knowledge and Its Construction*, en Davis-Floyd, R. & Sargent, C. (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley, CA, EU: University of California Press.

Kershenobich, D. (2006) *Facultad de medicina*. México: UNAM. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/jun01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/jun01_ponencia.html) , consultado el 12 de febrero 2019.

Krotz, E., (2002). *La otredad cultural entre utopía y ciencia*. México: FCE.

Kruk, M. E., Kujawski, S., Mbaruku, G., Ramsey, K., Moyo, W., & Freedman, L. P. (2014). *Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey*”, *Health Policy and Planning*, edición de Internet, 33(1), 26–33. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu079>, consultado el 8 de abril 2018.

Lazarus, S. (1994) *What Do Women Want?: Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth*, *Medical Anthropology Quarterly*, 8(1),25-46. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/648990?seq=1>

Laverde, O., Elejalde, P. & Ramírez T. (1983). *La letra con Sangre entra, Analisis de las prácticas de premios y castigos*. Tesis de Maestría en Investigación Socio-pedagógica, Colombia: Universidad de Antioquia.

Lippman, W. (1922). *Public opinion*. New York, EU: Harcourt Brace.

Lizama, J. (2006) Guelaguetza en Oaxaca: fiesta, relaciones interétnicas y procesos de construcción simbólica en el contexto urbano. México: CIESAS.

Long, N. (2007). Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor. México: CIESAS.

López Sánchez, O. (2001). La mirada médica y la mujer indígena en el siglo XIX. *Ciencias*, 60-61, 44-49.

López Sánchez, O. (2014). La higiene popular dirigida a las mujeres madres: estrategias de la cruzada médico higienista en la sociedad mexicana del porfiriato. En Pedraza Z. & Cardona H. (comps.), *Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina* (pp. 163-184). Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.

Mamani-Poma, A. (2018). Medicina basada en la evidencia (MBE): pasado, presente y futuro, *Journal of the Selva Andina Research Society*, edición de Internet, 9(2), 127-131. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/jsars/v9n2/v9n2\\_a09.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/jsars/v9n2/v9n2_a09.pdf), consultada el 23 de octubre 2018.

Mead, G.H. (1982 [1934]). *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Méndez-López, J.F., Mendoza-Espinosa, H., Torruco-García, U., Sánchez-Mendiola, M. (2013). El médico residente como educador. *Revista Investigación en Educación Médica*, edición de Internet, 2 (7), 154-161. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/44>, consultado el 28 de octubre de 2019.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, edición de Internet, 4 (7). Disponible en: <http://biblioteca.ucs.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf>, consultado el 24 enero 2018.

Menéndez, E. (2010). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En Citarella, L. & Zangari, A. (eds.), *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp.87-122.). La Paz, Bolivia: PROHISABA/ Cooperación Italiana/Editorial Gente Común.

Menéndez, Eduardo (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinando, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Campos, R. (comp.), *La antropología médica en México*, pp. 97–113. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.

Meneses Benítez, G. (2007). NTIC, interacción y aprendizaje en la Universidad. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, edición de Internet, 29, 49-58. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/368/36802904.pdf>, consultado el 1 de enero 2019.

Molina Sigüero, A. & García Pérez, M.A. et al. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid, *Atención Primaria*, edición de Internet, 31 (9), 564-571. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalence-worker-burnout-psychiatric-illness-13048130>, consultado el 8 de mayo 2018.

Montes, O. (2005). La fiesta de la Guelaguetza: reconstrucción sociocultural del racismo en Oaxaca, *Revista de Ciencias Sociales*, edición de Internet, 11 (1), 9-28. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4254235>, consultada el 28 septiembre 2018.

Montes, O. & Montes, N. (2014). La mayordomía en un barrio de la ciudad de Oaxaca, *Frontera Norte*, edición de Internet, 26 (52), 85-108. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/fn/v26n52/v26n52a4.pdf>, consultada el 20 febrero 2019.

Moreno A. (2003). Introducción elemental a la obra de Pierre Bourdieu. Bogotá, Colombia: Panamericana.

Moreno -Tetlacuilo [Luz], Quezada, H., Ruiseñor, E., Araujo, N., Gatica, L., & Moreno, R., et al. (2016) Gaceta médica de México, 152 (8), 812-818. Disponible en: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n6/GMM\\_152\\_2016\\_6\\_812-818.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n6/GMM_152_2016_6_812-818.pdf)

Moreno, S. (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, edición de Internet, 6 (12). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2699>, consultado el 3 de marzo 2016.

Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires, Argentina: Huemul.

Munayco-Guillén, F., Cámara-Reyes A. et al. (2016). Características del maltrato hacia estudiantes de medicina de una universidad pública del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, edición de Internet, 33, 58–66. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.2008>, consultado el 5 de marzo 2019.

Noguera-Sánchez, M., Arenas-Gómez, S., Rabadán-Martínez, C. & Antonio Sánchez, P. (2013). Mortalidad materna en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso. Estudio de 10 años e identificación de acciones de mejora. Cirugía y Cirujanos, edición de Internet, 81 (3), 202-206. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42236>, consultado el 7 de abril 2016.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C., EU. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>, consultado el 1 de mayo 2019.

Orozco, G y Rocha T. (--) Violencia obstétrica. una revisión crítica y feminista en torno al tema. (Tesis de licenciatura). UNAM, México, D.F. Disponible en: [https://www.uaeh.edu.mx/xiii\\_congreso\\_empoderamiento\\_fem/documentos/pdf/C004.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/xiii_congreso_empoderamiento_fem/documentos/pdf/C004.pdf)

Ortner, S. (2005). Geertz, subjetividad y conciencia posmoderna. Etnografías Contemporáneas. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de San Martín.

Otero, P. (2016). La responsabilidad moral. Una lectura crítica de R. Dworkin. Universidad de Santiago de Compostela, 4 (32), 451-474. Disponible en: [file:///C:/Users/IISUA/Downloads/Dialnet-LaResponsabilidadMoral-5712526%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/IISUA/Downloads/Dialnet-LaResponsabilidadMoral-5712526%20(1).pdf)

Peniche, Paola (documento manuscrito). Medicina, salud pública y modelos de desarrollo en México: del liberalismo al neoliberalismo, 1876-1990.

Pérez, E. (2006). Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes, Medicina Interna de México, edición de Internet, 22 (4). Disponible en: [https://www.cmim.org/revista/julago\\_2006.pdf](https://www.cmim.org/revista/julago_2006.pdf), consultada 20 de enero de 2019.

Pétonnet, C. (1982) L'observation flottante: l'exemple d'un cimetière Parisien, L'Homme, edición de internet, 22 (4), 37-47. Disponible en: <https://dpearea.files.wordpress.com/2012/12/1982-petonnet-observation-flottante.pdf>, consultada abril de 2019.



Ponce-De León, M. E. (2004). Tendencias actuales en la enseñanza de la Medicina. Estrategias del aprendizaje. *Gaceta Médica de México*, edición de internet, 140 (3), 305-306. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v140n3/v140n3a7.pdf>, consultado 12 de septiembre 2019

Portelli, J. P.(1998),Desenmascarar el currículum oculto. *REC : revista de estudios del currículum*, 1(4), 124-145. Disponible en: <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/25003>

Pozzio, M. (2014). El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecología en México". *Salud Colectiva* 10(3), 325-337. Disponible en: [evistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/396/415](http://evistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/396/415), consultado 28 de octubre de 2019.

Ramírez de la Roche, O. & Baillet Esquivel, L. (2008). Conflictos en la formación de un grupo de residentes mexicanos de medicina familiar: Una aproximación cualitativa. *Archivos en Medicina Familiar*, 10 (2), 51–54. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf082f.pdf>, consultado 28 de octubre de 2019.

Ramírez de la Roche, O., Hamui Sutton, A., Reynaga Obregón, J. et al. (2012) Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles Educativos*, 34 (138), 92–107. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v34n138/v34n138a7.pdf>, consultado 29 de octubre de 2019.

Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Bogotá, Colombia: Envión.

Rincón Cruz, M., García Hernández, R., García González, M.A. & Muñoz García, G. (2010). Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos en el IMSS de Hidalgo. *Revista CONAMED*, edición de Internet, 21 (4), 171–178. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79391>, consultado el 23 de mayo de 2018.

Romaní, O. (2013). *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona, España: Publicaciones URV. Disponible en: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/view/61/49/123-1>, consultado el 4 de abril 2019.

Sachse, M., Sesia, P. & García, M. (2013). Calidad de la atención durante el parto normal en establecimientos públicos de Oaxaca. *Avances en Ciencia, Salud y Medicina*, 1(1),17-36. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=95236&id\\_seccion=5366&id\\_ejemplar=9307&id\\_revista=344](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=95236&id_seccion=5366&id_ejemplar=9307&id_revista=344), consultado el 29 de octubre de 2019.

Sachse, M., Sesia P., Pintado A., & Lastra, Z. (2012). Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Revista CONAMED*, edición de Internet, 17(4). Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/325>, consultado el 18 de enero de 2016.

Sadler, M., Santos M., Ruiz-Berdún, D., Leiva Rojas, G., et al. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence”, *Reproductive Health Matters*, edición de Internet, 24 (47), 47-55. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.04.002>, consultado el 18 de febrero 2017.

Scott, J. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia*. México: Ediciones Era.

- Sesia, P. (2009). Muerte materna y desigualdad social. En Freyermuth, G. y Sesia, P. (2009). La muerte materna Acciones y estrategias hacia una maternidad segura (pp. 201-217). México: CIESAS/CPMS-México/INMujeres. Disponible en: [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/muerte\\_materna\\_ciesas.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/muerte_materna_ciesas.pdf), consultado el 28 de octubre de 2019.
- Sesia, P. (2017). Maternidades violentadas, ¿Maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en México. En Saldaña, A. Davids, T. & Venegas, L. (coords.) ¡A Toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México (pp. 71-111). México: Ed. Itaca/INAH.
- Sesia, P. (en prensa). Violencia Obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En: Quattrocchi, P. y Magnone, N. (comps.), Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Buenos Aires, Argentina: Cuadernos del ISCO.
- Sesia, P., Sachse, M. & Van Dijk, M. (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 Page Pliego, J. (coord.), Enfermedades del rezago y emergentes desde la ciencias sociales y la salud pública (pp. 241-265). México: PROIMMSE-IIA-UNAM.
- Silva, M., Campos P., Vanda E., Felli A. et. al. (2013). Intervention strategies for the health of university hospital nursing staff in Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, edición de Internet, 21 (1), 300–308. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100003>, consultada el 3 de octubre 2019 .
- Smith-Oka, V. (2013). Managing Labor and Deliberation among Impoverished Populations in México: Cervical Examinations as Bureaucratic Practice. *American Anthropologist*, 115(4),595-607.
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Madrid, España: Paidós.
- Todorov, T. (1987). La conquista de América. La cuestión del otro. México: Siglo XXI.
- Valdez Santiago, R., Salazar Altamirano, Y., Rojas Carmona A., & Arenas Monreal, L. (2016). El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México, *CONAMED*, 21, 42–47. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161e.pdf>, consultada el 29 de octubre de 2019.
- Valle, M.A., Vega-López, M.G., Flores-Villavicencio, M.H, Muñoz de la Torre, A. (2013). Los castigos escolares utilizados como técnica para mantener la disciplina en las escuelas mexicanas a partir del siglo XIX. *Revista de Educación y Desarrollo*, 28, 61-68.
- Wade, P. Raza y etnicidad en Latinoamérica (2000) Quito, Ecuador: Ediciones, Abya-Yala.
- Weber, M. [1921] (1988). Economía y sociedad. Esbozo de la sociología comprensiva. España. Fondo de cultura económica, pp. 541–581.
- Willis, P. (1977). Aprendiendo a trabajar. Madrid, España: Ediciones AKAL.
- Zamorano, R. (200) Poder y resistencia en el curriculum oculto. Un acercamiento a las políticas educativas. Tesis de doctorado. México, D.F:UPN Disponible en: <http://200.23.113.51/pdf/24088.pdf>

Zolla, C. (2016). Sistema real de atención a la salud en México. En Campos, R. (comp.), *Antropología Médica e Interculturalidad* (pp. 186-200). México: McGraw-Hill.