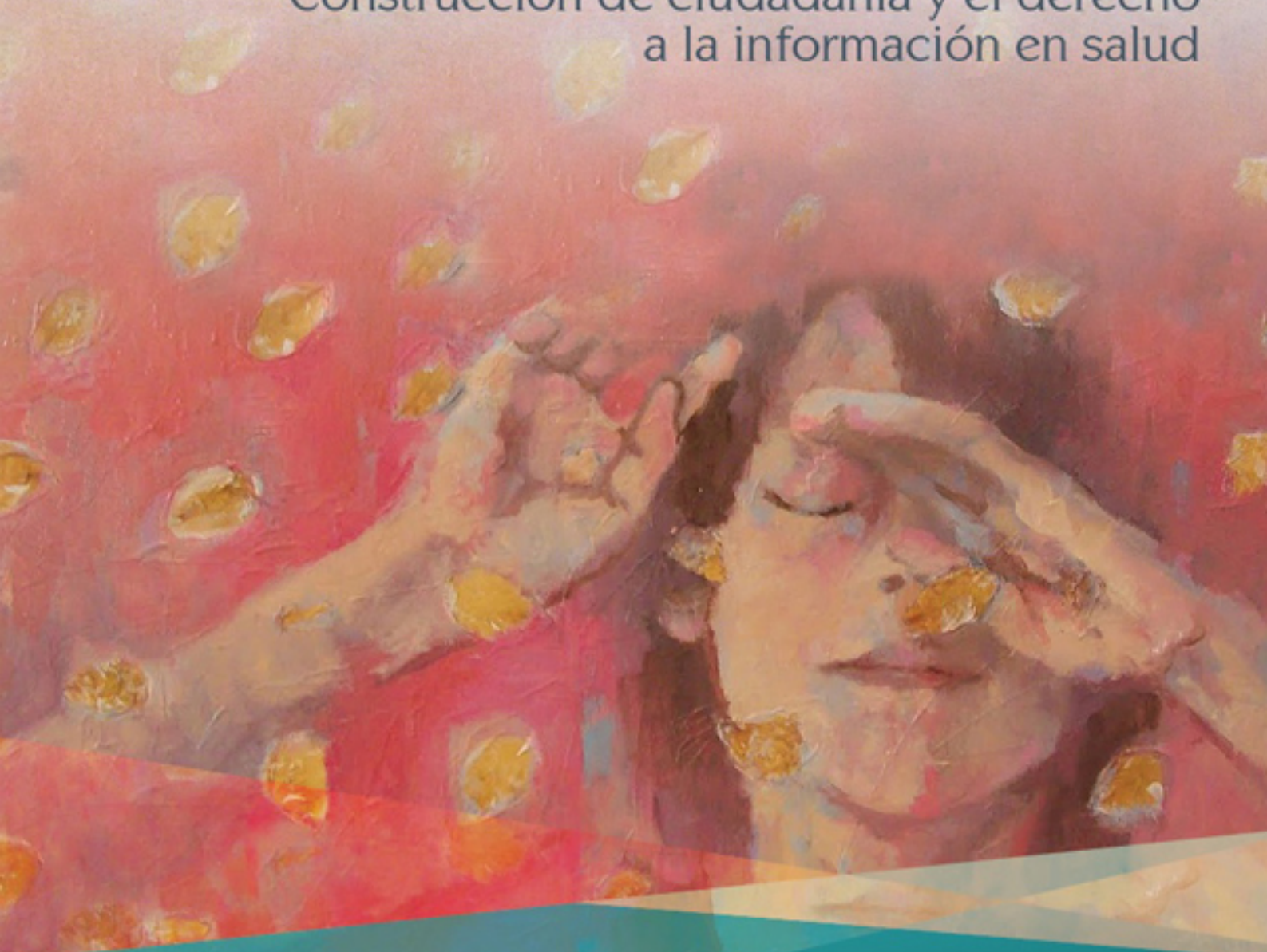




EL COLEGIO
DE SONORA

En letras chiquitas

Construcción de ciudadanía y el derecho
a la información en salud



María del Carmen Castro Vásquez



En letras chiquitas

Construcción de ciudadanía y el derecho
a la información en salud

María del Carmen Castro Vásquez

Catalogación en la fuente (CIP) DDB/COLSON

Castro Vásquez, María del Carmen

En letras chiquitas : construcción de ciudadanía y el derecho a la información en salud / María del Carmen

Castro Vásquez. – Hermosillo, Sonora, México : El Colegio de Sonora, 2016

229 páginas ; 22 cm.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN: 978-607-8480-28-9

1. Servicios de salud para la mujer Aspectos sociales – México 2. Mujeres – Pacientes – Derechos civiles – México 3. Mujeres – Atención médica – Aspectos sociales – México 4. Derechos de la mujer – Atención médica – México 5. Mamas – Cáncer – Tratamiento – Aspectos sociales – México 6. Mujeres – Salud e higiene – México 7. Asistencia médica – México 8. Médico y paciente – México 9. Servicios de salud para la comunidad – México 10. Salud pública – México

LC: RA564.85 .C37

ISBN: 978-607-8480-34-0 (PDF)



El Colegio de Sonora

Doctora Gabriela Grijalva Monteverde

Rectora

Doctor Nicolás Pineda Pablos

Director de Publicaciones no Periódicas

Licenciada Inés Martínez de Castro N.

Jefa del Departamento de Difusión Cultural

Primera edición, D.R. © 2016

El Colegio de Sonora

Obregón 54, Centro

Hermosillo, Sonora, México

C. P. 83000

<http://www.colson.edu.mx>

publicaciones@colson.edu.mx

ISBN: 978-607-8480-28-9

La conclusión de esta obra fue realizada durante una estancia sabática con apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Hecho en México / *Made in Mexico*

A JRSO, por el esfuerzo compartido.

*A Eleazar, Violeta y Claudio,
por ser compañía y futuro.*

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
I. CIUDADANÍA Y HABITUS: ABORDAJES TEÓRICOS.....	11
CIUDADANÍA Y DERECHOS	11
DERECHOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD	18
NOTA BREVE SOBRE EL CAMPO MÉDICO	22
DESDE LA TEORÍA DE LAS PRÁCTICAS: CIUDADANÍA Y DERECHOS EN SALUD.....	23
II. FUNDAMENTOS Y HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS.....	28
LAS TÉCNICAS	29
LOS GRUPOS FOCALES: DISCURSO ANCLADO EN EL IMAGINARIO SOCIAL.....	30
LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD: SUBJETIVIDAD Y CONTEXTO	38
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	39
III. EL DERECHO A LA SALUD EN EL DISCURSO DE LAS MUJERES	42
EL DERECHO A LA SALUD: NOCIONES, DEFINICIONES Y SIGNIFICADOS.....	42
EL DERECHO SE PAGA	47
EJERCICIO DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN	50
IV. LA EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN EN EL EJERCICIO DE DERECHOS EN SALUD.....	61
LOS DERECHOS DESDE LA EXPERIENCIA DE LA PARTICIPACIÓN	61
PARTICIPAR SIN PARTICIPAR: MUJERES BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES.....	75
V. APROPIACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD: HABITUS Y PERCEPCIÓN DE SÍ.....	80
EL HABITUS Y LA PERCEPCIÓN DE SÍ.....	80
Percepción de sí: en desventaja.....	80

Percepción de sí: de resignación.....	85
Percepción de sí: en resistencia y apropiación de derechos	89
VI. EL HABITUS LINGÜÍSTICO COMO MECANISMO DE SUBORDINACIÓN EN SALUD	96
HABITUS Y MERCADO LINGÜÍSTICO EN EL CAMPO MÉDICO	96
VII. REFLEXIONES FINALES	108
BIBLIOGRAFÍA	111

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a todas las mujeres, voces anónimas, que aportaron su tiempo y su disposición para reelaborar sus pensamientos y ofrecer sus historias.

A Ma. del Carmen Arellano, novel investigadora, quien con disciplina, dedicación e inteligencia apoyó la organización del trabajo en todas las etapas. A Carolina Gil, quien colaboró en el trabajo de campo y en la organización de los materiales.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, que financió la investigación en un primer momento, y también patrocinó la estancia sabática donde se volvió a trabajar el informe, para presentarlo como libro. A El Colegio de Sonora, por el apoyo para la publicación de la obra.

INTRODUCCIÓN

Ciudadanía y derechos son términos que están en boca de mujeres y hombres; se usan en todos los espacios sociales, y tienen un sinfín de contenidos. La salud, por su parte, es una dimensión cercana y sensible a la vida de las personas y, al igual que su definición como concepto, varía mucho. En la academia, desde numerosas disciplinas se discuten los alcances y limitaciones de ambos temas, y los debates siempre tienen que ver con la política, la economía, la justicia, la libertad y la moral en las sociedades. Este trabajo es un esfuerzo modesto y acotado en la conjunción e intersección de estos temas y su afán último, además de aportar al conocimiento, es compartir con quien se interese en conocer la percepción, las experiencias y las prácticas de las mujeres, a través de su voz, a la hora de hablar y ejercer derechos en la atención de su salud.

En este trabajo se analizan los derechos en la atención y detección oportuna del cáncer cervicouterino y el de mama, dos problemas de salud de primera importancia en la morbilidad y mortalidad de las mujeres mexicanas. Sin embargo, al recopilar información cualitativa, en las narrativas las participantes se refirieron a los derechos en general; hablaron de sus experiencias personales y familiares. Los tipos de cáncer mencionados presentan algunas particularidades, que les imprimen rasgos y condiciones específicas a su detección oportuna, como su relación cercana con la feminidad, la intimidad y la sexualidad.

La atención del cáncer cervicouterino y su detección oportuna han sido motivo de política pública en salud desde hace tres décadas. En esos años era la primera causa de muerte de mujeres mayores de 25 años, y una patología que se podía detectar en etapas incipientes y con tecnología relativamente de bajo costo. En la actualidad, su tasa de morbilidad y mortalidad ha disminuido de manera importante, con un programa nacional de atención que amplió significativamente la cobertura de tamizaje y promovió una mayor difusión de la información en la población, ante la demanda del movimiento amplio de mujeres. Sin embargo, en México es la segunda causa de muerte de mujeres de 25 años y mayores. Cabe enfatizar que este tipo de cáncer se considera una enfermedad de la pobreza,¹ y que se señala a la infección de transmisión sexual del virus del papiloma humano (VPH) entre sus principales causas de riesgo. Su detección oportuna, sin embargo, dista de ser completa, eficiente y de calidad.² La cobertura del uso de la prueba de Papanicolaou (PAP) fue de 45.5 por ciento, en 2012, y la del VPH de 11.9, en los últimos cuatro años (Torres et al. 2013). Según el mismo estudio, la cobertura de mamografías en los últimos dos años fue de 29.4 por ciento y de 17.2 en grupos de mujeres de 50 a 69 años y de 40 a 49, respectivamente, que fueron los más afectados.

La situación epidemiológica del cáncer de mama es diferente a la del cervicouterino, ya que representa la primera causa de muerte por cáncer de mujeres de la misma edad, tanto en México como en América Latina y el Caribe, incluso supera las tasas del cervicouterino (Lozano et al. 2009). A diferencia del cervical, la

¹ El trabajo de Palacio et al. (2009) muestra cómo se distribuye la mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama en el país, por grado de marginación, y una de sus conclusiones es que persisten tasas elevadas de mortalidad por cáncer cervicouterino en áreas marginadas.

² En un análisis de la información de las encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública (2012; 2006; 2000), que son representativas de la población del país, se planteó estimar los patrones de utilización de los programas preventivos de cáncer en la mujer durante el periodo 2000-2012, y se concluyó que se debe impulsar la calidad de los servicios y la cobertura universal, pues a pesar del incremento de ésta en los programas de detección, aún presentaba deficiencias serias.

detección oportuna del cáncer de mama es más compleja y costosa.³ Diversos análisis de tendencias coinciden en señalar, como causas de este aumento sostenido de casos, a la transición demográfica y epidemiológica del país y de la región, al envejecimiento de la población y a una mayor exposición a los factores de riesgo (Martínez et al. 2009; Lozano et al. 2009; De la Vara et al. 2011; Uscanga-Sánchez et al. 2014).

En esta investigación se abordan los procesos de construcción de ciudadanía en cuanto a la atención de la salud de las mujeres desde una mirada amplia, y también en lo relativo a la detección oportuna de estos tipos de cáncer femenino, que representan una carga epidemiológica importante y, a pesar de que la política pública está dirigida a su atención, la ciudadanía y los derechos, considerados desde las particularidades del género, todavía aparecen en el ámbito discursivo.

Aquí se rebasa la idea de que la ciudadanía es sólo un estatus, una condición legal de pertenencia a un país, o de contar con el permiso de votar en las elecciones. La “construcción” de ciudadanía es un proceso dinámico, dialéctico y complejo, que se ejerce tanto en el ámbito colectivo como en el individual, y está anclado en un momento sociohistórico. La definición de ciudadanía, la de derechos y la de otros conceptos relativos a este proceso se aborda desde una perspectiva sociohistórica, que se asume como la que reconoce la importancia de las condiciones de posibilidad. Entre las críticas de la teoría feminista se señala que las definiciones generales de ciudadanía, que se plantean como universales, invisibilizan las diferencias entre hombres y mujeres, en contextos distintos, y la experiencia, la percepción y la apropiación de los derechos de las mujeres.

Los problemas de la ciudadanía y los derechos en salud son objeto de estudio de la construcción sociológica, ya que están implicadas las dimensiones estructurales, la cultura, las inequidades y el ejercicio del poder en grados distintos; es un asunto colectivo, pero también individual, pues alude a la construcción de los agentes en los campos sociales, y a su subjetividad al apropiarse y ejercer los derechos. La ciudadanía se construye a través de los derechos, en cada espacio social donde se les hace valer, en cada situación en que se ejercen y en cada situación de violación que se enfrenta. En salud, los derechos están normados, regulados y legislados, sin embargo, no son una realidad en el acceso y en la atención en las instituciones de salud, como se muestra en los testimonios incluidos en este trabajo.

Desde hace más de tres décadas, en las ciencias sociales se discute sobre la construcción de la ciudadanía, los procesos de negociación y la apropiación de derechos de las mujeres, y los avances son importantes en los marcos teórico-metodológicos para su estudio; la perspectiva de género ha sido uno de estos abordajes, basada en los cuestionamientos de la lucha feminista. En esta investigación se reconoce este eje de la desigualdad e inequidad social,⁴ y se planteó indagar sobre las formas de apropiación y ejercicio, así como la percepción, las experiencias y las prácticas de derechos en salud de las mujeres, en particular al de la información en la atención y en los servicios de detección oportuna del cáncer cervical y el de mama. Por apropiación de derechos se entiende el proceso subjetivo por el que a las mujeres se autorizan a ejercer, exigir y gestionar los derechos en salud, enmarcado en el contexto sociocultural y normativo en el que viven, y que les ha enseñado que eso es o no es posible.

Aquí una de las premisas fue suponer que la experiencia de participación en grupos organizados les daba a las mujeres una base para ejercer y exigir derechos en salud, a diferencia de las que no contaban con ella, así que se trabajó con grupos de índole distinta: social, comunitaria o política, de hechas también diferentes: verticales o democráticas, pero privilegiando la experiencia de las mujeres de participar realizando actividades, tomando decisiones y compartiendo responsabilidades y aprendizajes de vida, en particular sus

³ En un análisis de tendencia de la mortalidad por esta causa, de 1980 a 2009 aumentó, ya que de 11.7 fallecidas (por cada 100 mil) pasó a 17.0 (De la Vara et al. 2011). En otro estudio se analizaron los indicadores del proceso de tamizaje del cáncer de mama en México, y se concluyó que la capacidad instalada es insuficiente (37 por ciento), existe baja cobertura en tamizaje (15), de evaluación diagnóstica (16), biopsia (44) y tratamiento (57) y muy baja efectividad en la detección de casos confirmados por número de mastografías realizadas (0.04 por ciento) (Uscanga-Sánchez et al. 2014).

⁴ Cabe aclarar que aquí no se abordaron otros ejes de desigualdad referidos a la clase social y etnia, de manera específica ni profunda, aunque en algunos apartados se resalta la condición de pobreza de varias participantes.

problemas en la atención de la salud. Es decir, se trabajó con la diversidad de grupos organizados en la ciudad y en el área rural. Más adelante se mostrará que esta experiencia se expresa discretamente en su proceder en la atención médica y en los servicios de salud.

El interés de indagar sobre el tema surgió a partir de resultados de investigaciones previas (Castro V. 2008; Cartwright et al. 2004; Castro V. y Salazar 2001, 2000), en las que se escuchó de las mujeres el maltrato que sufrían en la atención médica, y existía un malestar y desconfianza permanentes sobre los servicios de salud. A excepción del de Castro V. (2008), los demás trabajos no se abordaron desde una perspectiva de ciudadanía y derechos. En esta investigación se planteó profundizar en el tema desde este enfoque, con el objetivo general de identificar los procesos que permiten u obstaculizan la apropiación y ejercicio de los derechos de las mujeres en la atención médica, en particular a la información en la detección oportuna del cáncer cervical y el de mama.

Las preguntas de indagación fueron: ¿cuáles son las nociones de derechos en salud de las mujeres?; ¿cómo se traducen los conceptos de ciudadanía, derechos, apropiación, ejercicio y autonomía en las percepciones y prácticas de las mujeres en la atención a su salud?; ¿cuáles son las acciones que emprenden las mujeres cuando no se reconocen o se quebrantan sus derechos en la atención?, y ¿cuáles son los mecanismos de reproducción, de las relaciones de subordinación de las mujeres en la atención de su salud, que se identifican en la atención?

Respecto a la experiencia de la participación social, las preguntas fueron: ¿de qué manera influye ésta en las mujeres en la apropiación y el ejercicio de derechos en salud?; ¿hay diferencias respecto a las mujeres que no participan en grupos? Y entre ambos grupos: ¿cuáles son las acciones particulares en sus trayectorias de atención, que expresan sus derechos cuando acuden a la detección oportuna del cáncer cervical y el de mama?

El marco teórico desde el que se trabajó se compone de dos abordajes complementarios: a) la perspectiva de la ciudadanía, derechos y género en los procesos de salud (atención médica, vivencias, percepción y significados) y b) la teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu, un enfoque conceptual integrador que permite identificar y profundizar en la comprensión de los procesos sociales de la construcción de ciudadanía de las mujeres y sus implicaciones en salud. Como conceptos particulares se pueden mencionar los siguientes: ciudadanía, derechos, autonomía, empoderamiento, agencia, participación social, apropiación de derechos y grupo social; desde la teoría de las prácticas, los conceptos de *habitus*, campo, violencia simbólica, poder y dominación, así como *habitus* y mercado lingüístico. Se estudiaron las percepciones y las prácticas de las participantes, y se trató de identificar, desde su subjetividad, las disposiciones, posiciones y apreciaciones en el cuidado de su salud individual y familiar. Se trabajó, necesariamente, a un nivel microsocioal, sin dejar de reconocer el peso de las condiciones de posibilidad más amplias y estructurales,⁵ como el acceso a los servicios de salud, los programas de atención, el contexto sociopolítico, las desigualdades de género y las políticas sociales, en el marco de un Estado benefactor cada vez menos presente.

El diseño metodológico se basó en el enfoque cualitativo; se conformaron 14 grupos focales y se realizaron 12 entrevistas en profundidad.

Respecto a la relevancia de la investigación, la construcción de ciudadanía y el ejercicio de derechos de las mujeres en la atención de su salud representan problemas de primera importancia. Se partió de la convicción de que a medida que se conozca la forma en que las mujeres se apropian o no de sus derechos, cómo los perciben y los ejercen en la atención de su salud y cuáles son sus disposiciones de poder y resistencias, se conseguirá visibilizar el problema que puede aportar a la lucha política por los derechos de las mujeres, como el de acceso a la información, que se cobija con algunos más amplios y otros particulares, y todos dependen de las condiciones de posibilidad para que se concreten. Aunque en esta investigación no se

⁵ Aunque el abordaje de la teoría de las prácticas no hace esta división en términos de niveles de agregación societal, aquí se señala para enfatizar el nivel que se desarrolla en este trabajo. Bourdieu (2007) sostiene que el agente, el grupo y los campos sociales de pertenencia tienen implícita la estructura y todo lo que conlleva, y que la influencia mutua se expresa permanentemente.

indagó sobre las condiciones macrosociales, se partió de la premisa de que éstas representan la posibilidad de que los derechos se concreten en la atención.

Parte de la relevancia de este trabajo se sustenta en la magnitud del problema; en México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) primero es una instancia de conciliación y aclaraciones, luego de arbitraje y laudos sobre quejas y demandas de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados.

En la CONAMED se reciben quejas y demandas sobre el quehacer médico en las instituciones del país, por lo que es un organismo de arbitraje entre los/las quejosos y el prestador médico o la institución. Los procedimientos para la atención de las quejas buscan, en primer lugar, lograr arreglos inmediatos mediante el arbitraje. De esta manera, en el Informe anual de 2014 de la CONAMED se reportó que de los 22 953 motivos de acuerdo, casi 29 por ciento fue sobre quejas en la relación médico-paciente. En cuanto a las gestiones inmediatas,⁶ por quejas en este mismo rubro, 38 por ciento se debió a falta de información, 37 a que ésta era errónea y 25 a mal trato. En las quejas aceptadas para una averiguación más avanzada, de 7 081 motivos para éstas, 33 por ciento se refirió también a problemas en la relación médico-paciente y 47 a dificultades con el diagnóstico; 59 por ciento de las quejas fueron presentadas por mujeres.

Las estadísticas muestran el problema complejo que representa esta relación fundamental en el sistema de salud. Hay que enfatizar que a pesar de las limitaciones en las fuentes de información, 71 por ciento de estas quejas son promovidas por personas con estudios de licenciatura, un alto grado conforme a la población en general, y apenas 5 por ciento de ellas fueron interpuestas por personas con primaria;⁷ destaca la relación entre pobreza y ciudadanía.⁸

Hay que reconocer que los derechos implican también responsabilidades, y que se debe matizar el dominio de las estructuras y del campo médico, pues éstos no se imponen unilateralmente a los agentes quienes poseen un margen importante de acción, aún limitado, que contribuye a que dichas estructuras y campos se mantengan. Si bien es cierto que la diferencia de poder y capitales en ellos no se distribuye de forma igual, los que poseen las mujeres pueden llegar a generar cambios en el *statu quo* actual.

El libro está organizado en siete capítulos, en cuatro se presentan los ejes de análisis principales: nociones, definiciones y significados, la experiencia de participación, habitus y percepción de sí en el sistema de salud y habitus y mercado lingüístico en la atención médica. Los dos primeros se refieren a las pautas teórica y metodológica, y se concluye con una serie de reflexiones.

⁶ Las gestiones inmediatas se refieren a: “Los escenarios en donde una situación amerita una pronta solución por así exigirlo la condición de salud del paciente y cuando se relacione exclusivamente a requerimientos de atención médica o de los derechos que le otorga la ley al paciente desde el punto de vista médico, pueden ser resueltos de manera inmediata, para ello, se coordinan y gestionan compromisos de atención médica con el prestador del servicio médico o con los enlaces de instituciones públicas para resolver la necesidad de atención médica del paciente. Como parte del procedimiento y para formalizar la atención, se gestionan compromisos de atención médica con los prestadores de servicio médico o con los enlaces de coordinación institucional y se da seguimiento al cumplimiento de los compromisos” (CONAMED 2014, 28).

⁷ Una nota sobre esta información señala: “Los porcentajes que se muestran en la gráfica corresponden a la distribución porcentual de la información disponible (es decir, expedientes que consignaron esa información), por lo que las cifras deben tomarse con cautela dado el alto nivel de omisión en esta variable (62.5%)” (CONAMED 2014).

⁸ A 20 años de la fundación de la CONAMED, su director declaró que uno de los motivos principales de quejas es la “mala relación médico-paciente”; que hay una pérdida de confianza en el médico, y los pacientes y familiares refieren que “les dicen mentiras o incluso que hubo algún tipo de maltrato verbal” (Gómez Mena 2016).

I. CIUDADANÍA Y HABITUS: ABORDAJES TEÓRICOS

CIUDADANÍA Y DERECHOS⁹

El punto de partida en este trabajo fue la definición general del concepto de ciudadanía, como la capacidad de autodeterminación de los individuos (libertad y autonomía), en alusión a su sentido de actividad y de participación como actor social, sujeto de derechos,¹⁰ y con capacidad para ejercerlos. El estudio de la ciudadanía es complejo, multidimensional y se aborda desde muchas tradiciones políticas y filosóficas; desde las que privilegian lo colectivo y su bienestar, y las que aluden al individuo y su capacidad de agencia y autonomía en la sociedad y frente a los otros, por lo que aquí se exponen algunos abordajes para su estudio y definición, y se acota la posición. Ante tal variedad, incluso, se puede encontrar que el concepto se utiliza vacío del contenido principal, como lo señala Lister, “la noción de ciudadanía se estira demasiado lejos y pierde su(s) significado(s) distintivo o cuando se usa de manera indiscriminada simplemente para añadir sabor conceptual” (2007, 12).

Sin embargo, como concepto y como derecho, la ciudadanía no es un término neutro. La mayoría de las tradiciones teóricas confluye en enfatizar la justicia social, la equidad y el reconocimiento y respeto de la dignidad humana como pilares para la convivencia y desarrollo de la sociedad. Desde la filosofía política se alude a la moral y, en especial, desde el feminismo, con la perspectiva de género. En este trabajo no se profundizará más allá de reconocer lo central de la definición, de valorar dichas aportaciones y, sobre todo, de reflexionar sobre su vínculo con el campo de la salud de las mujeres.

La ciudadanía denota una construcción netamente social y colectiva, y su ejercicio se realiza a través de derechos y obligaciones que se establecen en las normatividades que regulan el funcionamiento de la sociedad en su conjunto. Ser ciudadano implica una condición social y jurídica de construcción histórica; su ejercicio se observa en el ámbito colectivo, pero también en el individual. El ejercicio de la ciudadanía es el encuentro entre lo colectivo-social con lo individual-subjetivo, determinado por las condiciones de posibilidad para ello. Rawls (1971) señala cuatro condiciones constitutivas de la ciudadanía: a) membresía, que representa la pertenencia a un Estado o nación; b) libertad; c) igualdad y d) participación. La ciudadanía contiene, además de principios filosóficos y valores, tipos de prácticas en las que se expresa para definirla en un momento dado; de ahí su sentido de construcción histórica (Bobes 2000; Mouffe 2001).

Por su parte, Fraser y Honneth (2006), desde la filosofía política, debaten sobre el nexo entre justicia y reconocimiento; identifican como necesarias las condiciones de reconocimiento a la diferencia (en este caso

⁹ En todos los capítulos se incorporaron notas de la revisión bibliográfica publicadas en Castro V. et al. (2011).

¹⁰ El concepto de “sujeto de derecho” (SD), según la ciencia jurídica es “ser sujeto de derechos y obligaciones, lo cual equivale según la propia dogmática a ser persona... considera SD a aquel que es sujeto de un deber jurídico o sujeto de un derecho subjetivo... Un análisis del concepto de SD nos permite observar que éste (como persona) son conceptos dogmáticos usados para describir, de forma simple o abreviada, situaciones jurídicas complejas.” Se debe tener presente que el SD (la persona) no es el ser humano; “es el concepto que designa la conducta o conductas jurídicamente prescritas de ciertos individuos. Así, el SD como persona es una expresión que unifica una pluralidad de acciones u omisiones reguladas por las normas jurídicas; constituye un punto de referencia que permite considerar unitariamente un conjunto de derechos subjetivos, obligaciones y responsabilidades jurídicas” (Instituto de Investigaciones Jurídicas 2002, 590; Kelsen 1982).

de las mujeres), así como una redistribución de los recursos. Estos autores afirman que la falta de reconocimiento lesiona la subjetividad de las personas, por lo que se requiere abordarla como un tema de justicia social implicado en la autorrealización de los ciudadanos y el ejercicio pleno de derechos.

Desde otra perspectiva, Puyol (2004) sostiene que la ciudadanía se basa en las cualidades morales y políticas que permiten la constitución de un buen ciudadano, para lo cual son indispensables las condiciones de justicia social e igualdad que permitan el ejercicio autónomo de derechos. Puyol critica la postura de Rawls, pues considera que se interesa en un bienestar global, y deja de lado el estudio del bienestar de cada individuo que compone ese grupo. Por ello, sostiene que el utilitarismo atenta contra los derechos individuales convirtiendo al bienestar individual en un “rehén anónimo” del bienestar colectivo. Asimismo, señala que Rawls no considera la fraternidad como un elemento de la justicia y la equidad, y que sin ella no se puede llamar justicia, pues aquélla permite responder a la vulnerabilidad de las personas. Así, de forma complementaria, “el reconocimiento moral de la vulnerabilidad ayuda a crear lazos sociales y compromisos individuales más sólidos con la justicia social” (Puyol 2004, 129).

De ambos abordajes, en su momento se retomará la dimensión del *reconocimiento* de las personas como titulares de derechos, pero también el autorreconocimiento, que caracteriza sus prácticas, estrategias y luchas para su exigencia y respeto que, cruzado transversalmente por el género, ayuda a esclarecer la reproducción de los mecanismos de dominación y subordinación en el espacio de la salud.

Otras posturas identificadas sobre las acepciones de ciudadanía se relacionan con la globalización y los procesos migratorios actuales (Borrero 2011; Nash 2009). Nash critica la distinción entre tipos de ciudadanos en función de su pertenencia territorial, acceso a recursos y ejercicio de derechos, que van desde los superciudadanos, los marginales, los cuasiciudadanos, los subciudadanos y los no ciudadanos quienes, al vivir fuera de su tierra de origen, no cuentan con recursos ni ejercen sus derechos. Este abordaje es relevante para remarcar que así como las personas se mueven entre países y, por ende, cambian de estatus ciudadano, también la migración entre regiones influye en su percepción y vivencia de los derechos. En ambas situaciones, las condiciones de posibilidad cambian según el contexto nuevo, es decir, las territoriales, económicas, políticas y sociales facilitan o dificultan el ejercicio de derechos, aun de las personas que viven en su país de origen.

Mucho se ha debatido sobre los alcances y las limitaciones de partir de la definición universal convenida, para referirse a la ciudadanía; desde la filosofía liberal no se acotan las características sociales y espacio-temporales y las de género, todas básicas para entender las diferencias (Amorós 2001; Syed 2010; Vélez 2006). No reconocer la importancia de estas condiciones restringe seriamente la identificación de las opciones a las que se enfrentan las mujeres en la cotidianidad de su vida. En el debate, la perspectiva crítica del feminismo ha evidenciado, desde el género, que la conceptualización de una ciudadanía universal que generaliza la reduce a un estatus formal, y se omite cualquier particularidad o diferencia, así como las desigualdades reales y las exclusiones múltiples, “que hacen de la ciudadanía un privilegio, más que un derecho” (Valdivieso 2012, 23).

El concepto de ciudadanía se adjetiva de muchas formas dependiendo del espacio donde se problematiza o del tipo de derechos a los que se ancla, como ciudadanía social, política o económica (O'Donnell 2004; Espinoza 2004; Aragón 2012; Rodríguez 2013); hay otras, como la restringida, la de baja intensidad, la vulnerada, la asistida, la precaria, la intermitente o la inclusiva o cultural (Lister (2007); Svampa (2005); Espinoza (2004); Astelarra (2007); Comes y Stolkiner (2004); Bustelo (1999)). Con base en una revisión de estudios sobre ciudadanía, Lister (2007) afirma que ya se observaba más producción de trabajos empíricos sobre el término, pues era tradicional que se abordara desde lo teórico. Para elaborar este trabajo se revisó la bibliografía sobre estudios empíricos, de la cual se retomaron las formas de adjetivar el concepto, que muestran su multidimensionalidad.

A pesar de que los derechos humanos se catalogan como imprescriptibles, inalienables, irrenunciables, inviolables, universales, efectivos e interdependientes en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas, ONU 1948), representan una lucha permanente en las sociedades. Los conceptos de ciudadanía y de derechos se han discutido mucho en la filosofía. Aquí, la posición es que, al igual que sucede con el de ciudadanía, su o sus connotaciones son una articulación entre la filosofía y la política y, en lo particular, tal vínculo se expresa en la hechura de la política pública de salud.

Para Amartya Sen (1995), el derecho humano es una condición ética y moral, no sólo legal. Él sostiene que las personas son más capaces de abordar y sostener su bienestar cuando pueden participar en las decisiones sobre su vida. Esta afirmación es de largo alcance, cuando se aplica a las condiciones específicas de las ciudadanas en relación con el cuidado de su salud, es decir, de su posibilidad para acceder y recibir una atención de calidad y exigir derechos.

El concepto de derecho “representa la cristalización de un proceso con temporalidad y espacialidad específicas, de vínculos continuos y discontinuos de relaciones conflictivas o no entre el Estado y la sociedad civil” (Cervantes 2000, 384). Es decir, se alude a las condiciones de posibilidad que permiten que los derechos se concreten en la vida individual y colectiva.

Para Alda Facio (citada en Zurutuza 1998), la conceptualización de “igualdad de derechos” permite conocer otra dimensión de los derechos humanos partiendo de que hombres y mujeres son “igualmente diferentes”, por ello es necesario que el derecho formal se transforme en estrategias y medios por los cuales las mujeres ejerzan de manera efectiva sus derechos, que en esta población los del cuidado de la salud se traducen y se caracterizan por la posición de género, de etnia, de sexo y de clase, y todo ello se construye dentro de un marco sociohistórico, sin embargo, comparten características fundamentales como lo propio del género, vivir en condiciones de pobreza y enfrentar la verticalidad de los sistemas de salud; considerar esto permite comprender mejor la complejidad de las diferencias y de las experiencias en el cuidado de la salud.

Al definir y debatir sobre los conceptos de ciudadanía y derechos, necesariamente se alude a otros términos igual de importantes como autonomía, toma de decisiones, agencia, empoderamiento, derecho a la información, apropiación de derechos y consentimiento informado, entre otros, todos bajo la perspectiva de género, que guiaron el análisis de la información empírica.

En el debate se identifican como ejes centrales, en la mayoría de las definiciones, a la autodeterminación (autonomía), el reconocimiento y la solidaridad y la participación social; también se señalan dos condiciones constitutivas como limitantes de la ciudadanía, sobre todo en América Latina: la poca participación de los ciudadanos y la precaria autonomía en los procesos sociales y en el ejercicio de derechos.

En uno de sus ejes, la participación se refiere a la construcción social y colectiva de la ciudadanía y los derechos. Adúriz menciona que hay tipos diferentes de ésta, así como intensidades pero, sobre todo, que es como una forma de apropiación del espacio público, y señala que “participar es ser parte, tener parte, tomar parte” (2006, 19).¹¹

Para influir en los procesos de toma de decisiones se participa, de forma colectiva, tanto en los espacios de la sociedad civil, como en los de las políticas públicas (Fassler 2007). Aquí se trabajó con grupos organizados cuyo origen y objetivos eran variados; en dos de los ocho grupos focales con mujeres organizadas se identificó una participación pasiva, con dinámicas verticales y objetivos impuestos desde el exterior, que distan de intervenir en la toma de decisiones. En campo se constató que la ciudadanía se promueve dependiendo del objetivo del grupo, así como de la forma de organización.

Straw y Mattioli (2013) señalan que la ciudadanía se compone de dimensiones objetivas y subjetivas, inherentes al individuo, y por su construcción social (objetiva y subjetiva). En esta última parten del supuesto de que la participación de las mujeres en grupos organizados de la sociedad civil les da una experiencia

¹¹ Para ampliar el tema, se recomienda el trabajo de Zúñiga (2009), sobre teorización política feminista.

mínima, que aporta a su percepción de las contradicciones entre lo público y lo privado, así como al proceso de construcción del derecho; las autoras así lo observaron entre las participantes.

Scott (1996), Butler (2001) y Lamas (1996) han discutido la categoría de género, y han dilucidado la aportación importante del concepto al análisis de la condición femenina. En el estudio del campo de la salud es claro cómo las diferencias en la construcción genérica determinan de manera distinta la salud de hombres y mujeres, y abordar su análisis, desde la ciudadanía y derechos en el cuidado de la salud, permite identificar los mecanismos de reproducción de las desigualdades, la subordinación y la dominación. Por ello, reconocer el contexto de los derechos y sus condiciones de posibilidad se vuelve indispensable para comprender cómo se respetan o no, se viven, se exigen o se omiten en los espacios de la salud de las mujeres.

Correa y Petchesky recuerdan que sin la lucha feminista sobre derechos y construcción de la ciudadanía de las mujeres, no se podrá deconstruir el lenguaje que sostiene la “universalidad abstracta, el formalismo, el individualismo y el antagonismo” (2001, 106), para evidenciar las omisiones de las particularidades de la desigualdad. Las autoras proponen hacer esta conceptualización considerando lo siguiente: a) la naturaleza social y no sólo la individual de los derechos y, por lo tanto, transferir el mayor peso de las obligaciones correlativas a las instancias públicas; b) reconocer los contextos comunitarios; c) poner en primer plano las bases sustantivas de los derechos en las necesidades humanas y en la redistribución de los recursos y d) reconocer a los titulares de derechos en sus múltiples identidades (2001, 106).

Por ello, la mirada de género, asumida en este trabajo, reconoce la existencia de las desigualdades en poder y recursos entre hombres y mujeres, que significan también capacidades y constreñimientos sociales diferentes para exigir derechos dependiendo del contexto en el que sucede. Sobre la ciudadanía, el ejercicio y respeto de derechos en la atención de la salud de las mujeres se discute que *no es lo que debería ser, sino lo que es*, según se mostrará en los apartados siguientes, cuando ellas se atienden en los servicios de salud, y también se reconocerán las limitaciones y las condiciones de posibilidad, dados los contextos en los que se expresan y se viven los derechos y la ciudadanía en la cotidianidad de sus experiencias.

Correa y Petchesky (2001) abogan, desde el feminismo, por la construcción sociohistórica de los derechos, como una forma necesaria de deconstruir las inequidades entre hombres y mujeres en conjunción con las condiciones de posibilidad objetivas y subjetivas en el ejercicio de los derechos, pues éstos siempre están condicionados por elementos socioculturales del entorno. Las autoras critican cuatro dimensiones en la posición universalista de los derechos, y que deben tomarse en cuenta en su estudio y traducción empírica. Ellas analizan los derechos sexuales y reproductivos, pero reconocen que es necesaria la acotación para todos los demás: que su discurso es indeterminado, que expresa un sesgo individualista, los plantean como universales y dicotomizan los espacios de su ejercicio en público y privado. Coinciden con otras feministas en señalar que mantener este abordaje invisibiliza las diferencias económicas, de etnia o de género, entre otras.

Según esta mirada, Petchesky y Judd (2006) vinculan directamente los derechos del cuerpo y la persona con los sociales, económicos y políticos. En dicha investigación, llevada a cabo en siete países muy distintos, incluido México, trabajaron sobre la forma en la que las mujeres negocian sus derechos reproductivos y sexuales, y aportaron un cúmulo valioso de datos empíricos que, tanto en términos teóricos, como de propuestas de intervención, reconocen las capacidades de las mujeres en contextos de constreñimiento sociocultural y económico, para avanzar en la apropiación de derechos, luchar por ellos, echar a andar estrategias de resistencia y de adaptación y lograr su reconocimiento. La construcción sociohistórica de los derechos plantea la necesidad de identificar y acotar las condiciones de posibilidad que construyen la ciudadanía, e identifica las dimensiones socioculturales y políticas y la relación entre éstas y la subjetividad de las ciudadanas. La mayoría de los trabajos incluidos en esa revisión bibliográfica coincide con dicho abordaje, y es la también adoptada aquí.

En la investigación de Matamala et al. (1995), pionera en América Latina en estudiar la salud en el marco de la ciudadanía, se relacionan las dimensiones de ciudadanía, género y calidad de la atención; las autoras identifican cómo las mujeres, en la gestión de la atención a la salud expresan o no su ciudadanía, y cómo ésta es fomentada, potenciada u obstaculizada por los prestadores de salud. Aquí se considera el planteamiento conclusivo de dicho estudio respecto a que el reconocimiento, la promoción y el respeto a los derechos humanos de las usuarias, así como el impulso a su empoderamiento, son asuntos nodales en la construcción de la ciudadanía en los servicios de salud y el ejercicio de derechos para lograr una mejor calidad de la atención.

En México, Amuchástegui y Rivas (1999) estudiaron cómo un grupo de mujeres se apropió de derechos sexuales y reproductivos, y los analizaron en los ámbitos siguientes: la ley oficial conocida y percibida; las costumbres y las tradiciones expresadas; las prácticas y la visión y la valoración de lo que las mujeres consideran que deben tener. Estas autoras definen como apropiación de derechos el “proceso subjetivo mediante el cual las personas reconocen sus posibilidades de disponer de sus cuerpos, de su sexualidad y reproducción y se otorgan a sí mismas la autorización para hacerlo, de ahí que exijan condiciones sociales, económicas e institucionales favorables para el ejercicio de los derechos” (2004, 544). Aunque ellas acotan respecto a los derechos sexuales y reproductivos, esta definición aporta a la comprensión sobre los procesos de apropiación de derechos en general.

Entre los estudios sobre ciudadanía, derechos y participación de las mujeres en esferas públicas y privadas, los referidos a los procesos de empoderamiento, como una condición y expresión de la apropiación de los derechos ocupan un lugar importante. Hay un debate sobre los alcances y limitaciones del concepto de empoderamiento,¹² así como de las formas en que se genera, promueve, alcanza y se expresa en los ámbitos individual y colectivo de la vida de las mujeres. En esta investigación, las preguntas fueron si las participantes con experiencia en grupos organizados expresaban cierto empoderamiento en cuanto a sus acciones en el cuidado de su salud y frente a los prestadores médicos, y si había diferencia respecto a las mujeres sin dicha experiencia. Se indagó cómo tomaban decisiones, se enfrentaban a situaciones distintas, y se percibían en otros espacios como la familia, redes sociales y contextos más amplios. Algunas de ellas, independientemente de su experiencia de participación, se reconocieron con el derecho y la capacidad para la gestión, dimensiones que aluden a una condición de empoderamiento, lo que tiene que ver con su posición como agentes y ciudadanas, aunado a sus biografías. Para otras, influía el tipo de grupo organizado en el que participaban.

El concepto de empoderamiento¹³ es, teórica y metodológicamente, difícil de traducir a la hora de evaluar en términos cualitativos y de medir dicha condición o proceso. En la literatura se pueden encontrar conceptualizaciones en un espectro amplio, que señalan la capacidad individual o colectiva de hacer y lograr cambios. La mirada más frecuente en los estudios sobre el tema refiere una definición extensa, que incluye las dimensiones individuales y colectivas (Rappaport, 1987; Rowlands, 1995; Rifkin, 2003; García 2003; Syed 2010). Entre éstos está el de Rowlands (1995), quien al examinar cómo se ha usado el concepto de empoderamiento, alude a sus raíces de tipos distintos, ancladas en el poder, y menciona la clasificación de Foucault: poder de suma cero o poder sobre, como el que se ejerce en forma vertical y conlleva dominación y subordinación; y poder que suma, es decir, el poder con, para y de, ejercido de manera horizontal, que es dialógico y productivo.

¹² Según el *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*, el mayor desarrollo teórico del concepto de empoderamiento se ha dado en relación con las mujeres, aunque también para referirse a grupos vulnerables. DAWN, una red de grupos de mujeres e investigadoras del Sur y del Norte, usó por primera vez el término en 1985. La filosofía del empoderamiento tiene su origen en el enfoque de la educación popular, desarrollada en la década de 1960 por Paulo Freire en el campo del desarrollo (<http://www.dicc.hegoa.chu.es/listar/entradas/E>).

¹³ En la literatura sobre el tema, se reconoce que el término empoderamiento alude a una connotación muy similar al concepto de *concientización*, de Paulo Freire, quien planteó la educación popular para promover que los individuos se convirtieran en “sujetos” de sus propias vidas y desarrollaran una “conciencia crítica” (Rowlands 1995, 103).

Rowlands enfatiza en que el empoderamiento sucede en el ámbito personal, que supone desarrollar el sentido del yo y de la confianza y la capacidad individual, y deshacer los efectos de la opresión interiorizada; en las relaciones próximas, que supone el desarrollo de la capacidad de negociar e influir en la naturaleza de la relación y de las decisiones, que se toman dentro de ella, y el colectivo cuando los individuos trabajan conjuntamente para lograr un impacto más amplio del que podrían haber alcanzado por separado (1995, 3).

Rifkin señala que la definición de empoderamiento depende de su contexto sociohistórico, sin embargo subraya que en el estudio de la relación entre equidad y empoderamiento de la comunidad, el abordaje debe ser amplio e inclusivo en el terreno de la salud, y considerar las premisas siguientes: a) se refiere tanto a los individuos como a las colectividades; b) dirige el conflicto del poder y control sobre los recursos y la vida de las personas; c) canaliza los problemas de capacidad y seguridad tanto individuales como comunitarios y d) considera que la participación activa es necesaria, pero no suficiente (2003, 170).

En las narrativas de la mayoría de las participantes, a excepción de un grupo, se aprecia de manera discreta la expresión de sus capacidades y estrategias de gestión, para lograr la mejor atención posible de su salud y la de su familia. Sin embargo, son evidentes las violaciones de derechos en los servicios de salud, como el de la información. Todas las mujeres, de grupos organizados o no, expresaron alguna experiencia negativa, sentimiento de frustración o de injusticia, pero no emprendieron alguna acción en contra del *statu quo* en los servicios de salud y del sistema en su conjunto.

Así como con Rowlands y Rifkin, aquí se coincide con la propuesta de Toomey (2008), cuando muestra la complejidad del concepto de empoderamiento, y cómo refleja niveles y dimensiones distintos. La autora señala que el empoderamiento puede observarse en los ámbitos individual y colectivo, interno y externo; refiere en todos los casos a la capacidad y habilidad de tomar decisiones y tener el control sobre recursos para lograr cambios (véase [figura 1](#)).

Figura 1. Dimensiones que componen el concepto de empoderamiento

Dimensión/nivel	Externo	Interno
Individual	Participación cívica Conocimiento y habilidades Desarrollo Tiempo y energía Recursos Estatus	Esperanza Autoestima Conciencia crítica Motivación intrínseca Determinación Compromiso para la acción
Colectivo	Mobilización comunitaria Recursos para hacer cambios Acceso a espacios políticos	Identidad cultural-social Fuerte sentido de comunidad Valor (creencia en el poder de la comunidad) Solidaridad

Fuente: Toomey (2008, 25).

Aunque todas las dimensiones y los niveles se potencian y se complementan, no siempre aparecen juntos; ni se requiere que exista uno para que se desarrolle el otro. Lo importante es resaltar la convergencia que se necesita para la concreción de los derechos, pues si la capacidad individual para exigirlos no encuentra las condiciones, no pasarán de ser una posibilidad lejana, como se verá más adelante. Si el Estado reconoce la

existencia de derechos, los legisla y los regula, pero no los potencia ni promueve con otras acciones, como la designación presupuestal, la educación y los mecanismos para exigirlos, tampoco promueve su ejercicio.

Aquí la indagación partió de la premisa de que la experiencia de participación comunitaria de las mujeres, por más modesta que fuera, les daría una perspectiva distinta y más herramientas para el reconocimiento de los derechos en salud, y posibilitaría la exigencia de ellos, y que se sumaría a otros elementos individuales. En estos casos podría darse una relación dialógica de empoderamiento, independientemente del objetivo principal del grupo, y favorecer el ejercicio de derechos en el cuidado de la salud, tanto en términos generales como particulares.

El debate conceptual sobre los alcances y las limitaciones del grupo y la participación social ha sido amplio (Rifkin 2003; Carosio 2012).¹⁴ Para lograr el objetivo de este trabajo, el interés fue resumir las características generales de la categoría grupo social enfatizando su núcleo definitorio: se refiere a un número indeterminado de personas que interactúan para conseguir una meta común; se considera una parte determinante y nodal de la estructura social (organización). Los propósitos de estas agrupaciones son económicos, políticos, culturales, religiosos o deportivos, que se pueden coordinar para la gestión, la defensa, la protección, la consolidación o el mantenimiento de servicios.

Los grupos reflejan su pertenencia y diferencias en la estratificación social (clase, ideología, valores), y estas características se anclan en la propiedad, el prestigio y el poder. La definición de la mayoría de los grupos sociales, aunque haya matices según su acotación teórica y empírica refiere, como características principales, a la cohesión interna, las reglas más o menos rígidas por las que se coordinan y, como una propiedad de mayor significado, el sentido y percepción de pertenencia que impulse a sus miembros a la participación, al respeto de reglas y a asumir las tareas y actividades en corresponsabilidad. Además, al participar en un grupo se promueve la convivencia de sus participantes, se comparte la organización y se realizan tareas con objetivos comunes.

Por cohesión social se entiende “el grado de consenso de los miembros de un grupo social sobre la percepción de pertenencia a un proyecto o situación común” (ONU y Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL 2007, 14). En dicha definición se reconoce, como componentes imprescindibles, al capital,¹⁵ a la integración y a la ética sociales; esta última alude a valores y “el consenso en torno a mínimos normativos y mínimos sociales, la solidaridad como valor ético y valor práctico y un principio asumido de reciprocidad en el trato” (ONU-CEPAL 2007, 16).

En un grupo cohesionado se dan relaciones de confianza, respeto y apoyo mutuo. “La cohesión social implica que existe un proyecto común. Se trata de valores y normas compartidas que hacen que los miembros de una sociedad tengan un sentido de pertenencia a un mismo cuerpo social” (ONU-CEPAL 2007, 41). Dicha pertenencia se materializa en la socialización entre sus participantes, en la posibilidad de compartir experiencias, y no sólo respecto al objetivo por el que trabajan. Un grupo actúa como tal cuando es un medio efectivo para realizar una actividad, sus integrantes expresan pertenencia y cohesión, y cuenta con una estructura básica como tener un líder formal o informal, capacidad y poder de convocatoria, claridad mínima en estrategias de gestión y la gestión misma. Hay estudios sobre empoderamiento de las mujeres, que concluyen que la participación en grupos comunitarios es importante para su empoderamiento y percepción de liderazgo, ya que lo relacionan con cohesión social y género (Kabeer 1999, 2011; Peterson y Hughey 2004). Es decir, la condición de participación social es un elemento central durante el proceso de ciudadanía.

¹⁴ El trabajo coordinado por Carosio (2012) es una compilación interesante de experiencias de participación social en América Latina, desde el feminismo.

¹⁵ Capital social definido como “patrimonio simbólico de la sociedad en términos de la capacidad de manejo de normas, redes y lazos sociales de confianza, que permiten reforzar la acción colectiva y sentar bases de reciprocidad en el trato, que se extienden progresivamente al conjunto de la sociedad. En este sentido, el capital social da cuenta, en buena medida, de un acervo de los agentes sociales que contribuye a una sociedad más cohesionada” (ONU-CEPAL 2007, 15)

Aunque los grupos de esta investigación se diferencian por la distancia de su quehacer con el perfil descrito arriba, tener la experiencia de participación puede aportar a la construcción de ciudadanía. En el mejor de los casos, como señalan Taffoya y Rojo:

El proceso de ciudadanía consiste en que las mujeres adquieran conciencia de que tienen derecho a tener derechos y en ejercerlos, en que adquieran conciencia de sí mismas, de sus condiciones de vida y de sus recursos. El nosotras permite a las mujeres adquirir conciencia de la pertenencia al género femenino y encontrar explicaciones sobre la condición de las mujeres como algo construido socialmente, no como algo individual, y que permea toda la vida (2004, 52).

Estos planteamientos se complican conforme avanza el análisis relacional en la investigación, pero hay que enfatizar que ciudadanía y derechos son conceptos que no se pueden explicar por separado. La separación fundamental es en términos explicativos y analíticos.

DERECHOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

En la amplia bibliografía revisada se reconoció que en la atención médica se objetivan muchos de los derechos en el cuidado de la salud, en concreto en la relación médico-paciente.¹⁶ Aunque las narrativas trabajadas aquí privilegian esta interacción, la rebasan, pues se reconocen sus vínculos con otros condicionantes sociales, como los contextos de pobreza e inequidad en el acceso a la educación, el empleo y la salud. Sin embargo, se debe enfatizar en la confluencia de dichos condicionantes, ya que en la relación médico-paciente se expresan las desigualdades y la violación de derechos.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, se sentaron las bases filosóficas para el desarrollo posterior de los derechos sociales, después de los atropellos de la segunda guerra mundial. Sin embargo, como Lázaro y Gracia (2006) y Gómez-Ullate (2014) hacen ver, el avance en el discurso y las normatividades en el mundo occidental sobre los derechos ciudadanos no corrió en paralelo a la legislación y regulación para que avanzaran los derechos en la atención de la salud. Éstos se formularon hasta 1973 por la Asociación Americana de Hospitales, que incluyó la opinión de asociaciones de consumidores y pugnaron por tener un mayor reconocimiento y participación frente a los profesionales médicos que los atendían. Se considera que esta fue la primera carta de los derechos de los pacientes, en la que se

supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es... (como) manifestación de la libertad en el ámbito biomédico mediante la fórmula del consentimiento informado. Esta exaltación de la libertad y autonomía del individuo tiene su razón de ser en una serie de factores en los que la bioética ejerció una decisiva relevancia (Gómez-Ullate 2014, 272).

La figura del médico paternal y el paciente sumiso estaba dando paso al discurso de derechos y ciudadanía en la atención.¹⁷ Lázaro y Gracia se refieren a esto como la “rebelión del sujeto”, que irrumpió en la relación médico-paciente como la “rebelión del paciente” (2006, 9) y califican el tránsito de paciente a

¹⁶ En la actualidad se ha estudiado mucho esta relación desde la sociología de la salud, ya que es social por excelencia y en ella se expresan las estructuras, la cultura, la formación de los agentes y la construcción de los mecanismos que mantienen y reproducen dichas estructuras (Heritage y Maynard 2011). Sin embargo, en México el tema se ha trabajado poco, aunque hay que reconocer que en la última década se ha ido ampliando, en confluencia con otras disciplinas como la antropología médica (Castro 2011).

¹⁷ Los trabajos de Lázaro y Gracia (2006) y de Gómez-Ullate (2014) documentan que en las décadas posteriores a la guerra sucedieron movimientos sociales y políticos importantes que reconocieron la figura del “sujeto” y su poder de cambio. En la década de 1970 apareció la bioética como corriente importante en la investigación científica en salud.

agente. En 1981, la Asociación Médica Americana planteó el consentimiento informado¹⁸ como imperativo y mínimo ético, y que se tomaría como el instrumento legal. La CONAMED en México lo definió como

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

En los trabajos de Sherwin (1998); Verkerk (2001); Christman (2004); Kukla (2005) y Delgado (2012) sobre la toma de decisiones en el espacio de la salud, se debaten los alcances de la autonomía de las personas, ya que desde las tradiciones filosóficas que sustentan la construcción de ciudadanía y derechos, representa la cristalización de las capacidades en términos individuales, pero también de las condiciones de posibilidades sociales que la permiten. En el campo de la salud, es en el espacio de la atención institucional donde se concreta claramente.

A partir de la teoría feminista se propone el concepto de autonomía relacional, que enfatiza la importancia del contexto en la conformación de los derechos humanos. Sherwin (1998) lo circunscribe al ejercicio de los derechos de las mujeres en el campo de la salud; por su parte, Christman (2004, 143) la define como una concepción alternativa que refiere a un agente libre, autogobernado, pero constituido socialmente “en términos de relaciones interpersonales y mutuas dependencias”. Desde una mirada jurídica, Rodríguez (2013, 81) enfatiza lo relacional en la construcción de las normas y ordenamientos jurídicos haciendo ver que el individuo nunca está aislado, y no debe verse como un “agente racional, libre, inmune a su entorno... Desde una perspectiva relacional, nuestras relaciones se aparecen, no como realidades externas, sino como constitutivas de nuestra personalidad, como configuradoras de nuestra capacidad auto-normativa”.

En la misma tónica, Kukla (2005) señala que para que la autonomía sea tal, el agente es el centro de sus propias decisiones y acciones, sin que le sean impuestas por otros; además, puede justificarlas. La autora discute que la autonomía deba tomarse como autodeterminación, ya que es un concepto que no es fácil de expresar en la toma de decisiones en salud. Ella propone lo que llama “conciencia”, para acuñar lo que nombró “autonomía consciente”, como parte de la autodeterminación, aunque ésta la rebasa. En el cuidado de la salud, las decisiones autónomas están influidas no sólo por la información médica, sino también por elementos culturales, como la autoridad de los prestadores, sobre todo médicos, y las trayectorias personales.

Hay que enfatizar que el concepto y condición de autonomía de los pacientes tiene un vínculo cercano con otros igual de importantes, como el principio de justicia, de libertad para decidir, el derecho a la información y el de consentimiento informado (Kukla 2005; Núñez 2006; O’Neill 2003). Respecto a la toma de decisiones informadas en casos de enfermedades graves, también se ha discutido la relatividad que puede presentar la autonomía y el consentimiento informado (McMullen 2012; O’Brien et al. 2011; Arora 2003; Marzano 2007).

A la bioética liberal se le ha criticado porque refiere un individualismo marcado, con el que se ha caracterizado la autonomía de los pacientes, aunque ésta es difícil de lograr por un individuo en forma aislada; Delgado señala que “el individualismo liberal, ha hecho demasiado hincapié centrado en un discurso abstracto de los derechos, ajeno al contexto social, sin raíces y sin necesidad de mediación con otros valores

¹⁸ Entre los antecedentes más remotos del consentimiento informado se puede mencionar la ética médica de Thomas Percival, que en 1803 señaló que “el médico debe asegurarse de que el paciente y sus allegados tengan la información suficiente sobre el estado del enfermo, a fin de proteger los mejores intereses del mismo” (Carrillo 2002, 107). También está claramente establecida en el Código de Nuremberg (1947), que aunque se refiere a la participación en experimentos, alude a que “el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial”, asimismo en la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU 1948) y en la Declaración de Helsinki (1964).

como la solidaridad o la confianza” (2012, 37). Así como McMullen y O’Brien y otros señalan los alcances y limitaciones en la práctica clínica, Delgado alude a la vulnerabilidad de los pacientes en las decisiones sobre su cuidado, condición presente en la vida como seres humanos; también señala que es necesario entender la autonomía en términos relacionales, es decir, que parta de la corresponsabilidad (médico y paciente), que este último cuente con información oportuna que es indispensable, así como que pueda reconocer su contexto personal, familiar y social (2012, 39). En esta investigación no hubo mujeres con diagnósticos de cáncer cervicouterino y de mama, pero las entrevistadas consideran que es muy limitada la información que se les ofrece de cualquiera de los resultados en sus pruebas de detección oportuna. Sin embargo, escuchar que sus resultados dieron negativo a cáncer las tranquiliza, ya que antes de recibir la información, aun en esta etapa, la espera les genera cierta dosis de angustia.

En México, el consentimiento informado en los servicios de salud se da por escrito, en el caso de las cirugías, y de forma verbal, en los procedimientos en consultorio; en ambas modalidades, es el instrumento que concreta la toma de decisiones. El derecho a la información lo incluye como una de sus partes centrales, pues junto al consentimiento debe hacerse el balance de las opciones terapéuticas explicando los resultados posibles y sus consecuencias. Y aunque parece redundante, consentir implica contar con el conocimiento de los resultados posibles de las opciones que se pueden elegir, cualquiera que sean: optar por tomar el procedimiento médico, o no hacer nada. Para que el consentimiento sea válido debe obtenerse sin presión ni coacción sobre la toma de decisiones, aunque los médicos consideren que sea la mejor opción.

El derecho a la información está explícito en los derechos de los pacientes. En México se retomaron los planteados en 1981.¹⁹

Figura 2. Carta de los derechos generales de los pacientes²⁰

1. Recibir atención médica adecuada
2. Recibir trato digno y respetuoso
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz
4. Decidir libremente sobre su atención
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
6. Ser tratado con confidencialidad
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
8. Recibir atención médica en caso de urgencia
9. Contar con expediente clínico
10. Ser atendido cuando se inconforma por la atención médica recibida

Fuente: Carta de los Derechos Generales de los Pacientes SSA (2002).

Los médicos tienen la obligación ética y legal de dar la información de manera accesible y oportuna sobre el problema y las opciones terapéuticas. Los prestadores operan el derecho a la información cuando explican el diagnóstico, describen las opciones y aclaran dudas sobre los problemas que atienden; asimismo,

¹⁹ En el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en 1986, se señalan elementos que constituyen el consentimiento y la información en los artículos 29, 30, 76, 80, 81, 82, y 83.

²⁰ Cada derecho contenido en esta carta tiene su sustento jurídico en leyes, códigos y reglamentos en México. Por ejemplo, el derecho a la información se sustenta en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (1986), artículos 29 y 30. También se establece en la norma oficial mexicana NOM-168SSA1-1998 del expediente clínico, numeral 5.5.

son quienes deben de explicar el contenido del consentimiento informado cuando se formaliza en un formato para la autorización de intervenciones quirúrgicas. Tal proceso implica el respeto de las decisiones de las pacientes. Sin embargo, esta práctica de la atención no siempre se cumple, pero tampoco las mujeres la exigen como tal, como se verá más adelante.

Las *condiciones de posibilidad* se han mencionado como el requisito *sine qua non* para el ejercicio de los derechos y de la ciudadanía. El concepto, por lo general definido por la filosofía del derecho, presenta varias aristas, como su construcción jurídica. Aquí se entiende como el conjunto de los condicionantes para que algo suceda o se concrete. Se llama posibilidad real²¹ a la vinculada indisolublemente con las condiciones concretas, gracias a lo cual dispone de todo lo necesario para su realización. Las condiciones de posibilidad para el ejercicio de derechos se entienden como los mecanismos institucionalizados o no, que constituyen las formas estructurales a través del tiempo y que están al alcance de las personas, como posibilidades e imposibilidades objetivas para el ejercicio pleno de derechos.

En términos acotados para esta investigación, dichas condiciones permiten que las mujeres ejerzan sus derechos en la atención a su salud, en forma colectiva e individual. Tal es el caso del respeto a su autonomía en la toma de decisiones, al ofrecer información oportuna y accesible. Las condiciones de posibilidad se componen con la participación del Estado, principalmente, como instancia reguladora y garante para respetarlos así como proveedor obligado de esas condiciones, que incluyen los mecanismos de exigibilidad, a través de la organización institucional para proveerlas. El Estado regula y ofrece las condiciones estructurales para que la población acceda a la educación, empleo, salud y otras, pero también a las formas de hacer que una ciudadanía plena sea posible en un espacio como el de la atención a la salud. Por supuesto que ambas dimensiones están vinculadas estrechamente, y es difícil aceptar que el ejercicio de derechos se cumpla, si las personas no tienen resueltas otras condiciones básicas. En esta investigación, por ejemplo, la mayoría de las participantes tenían acceso limitado a la educación, a la salud y al empleo, y una parte de ellas con mayor grado de precariedad.

En el campo de la atención a la salud, dichas condiciones, orquestadas por el Estado, son las que operan, de muchas maneras, en contra del ejercicio de derechos y de una ciudadanía plena, ya sea por omisión o negación. En la cotidianidad de los servicios de salud prevalecen varios tipos de restricciones, como la presupuestal, de infraestructura o el acceso precario a medicamentos.

En el ámbito individual, los hábitos, las dimensiones biográficas, la agencia y la percepción de sí intervienen para que dichas condiciones de posibilidad se objetiven en prácticas y se presenten como reales. Como señalan Gutiérrez (2003) y Fernández (2013), los capitales objetivados y las disposiciones interiorizadas constituyen los instrumentos de apropiación de las posibilidades objetivas; dichos capitales son oportunidades de vida de los agentes sociales.

En esta investigación se reconocen los planos macroestructurales en la generación de las condiciones de posibilidad, es decir, el contexto sociohistórico en el que viven las mujeres, sin embargo, aquí el énfasis se detiene en la vida de ellas, en la forma de experimentar, apropiarse o resistirse a dichas condiciones, que les permita hacer de su cuidado de la salud una posibilidad real. De esta manera se alude a lo que Ortiz Ortega (2004) señala como la construcción de una ciudadanía relativa, pues depende de la necesidad de hacer que los derechos valgan, sin que se requiera un fundamento jurídico.

²¹ Desde la filosofía se hace la distinción entre las posibilidades reales y las formales; estas últimas son las abstractas, son planteamientos que buscan concretarse en la realidad, un ideal, sin que existan las condiciones para su concreción; las reales cuentan con las condiciones que las harán posible con certeza. Una explicación del diccionario señala: "Las posibilidades formales tienen valor únicamente cuando contribuyen a que se manifiesten las posibilidades reales. Las posibilidades reales y formales se transforman unas en otras de acuerdo a la evolución de la realidad y con ello de las condiciones concretas para su realización" (http://www.ecured.cu/EcuRed:Enciclopedia_cubana; [http://www.ecured.cu/Posibilidad_y_realidad_\(Filosofia\)](http://www.ecured.cu/Posibilidad_y_realidad_(Filosofia))).

Desde la sociología de la salud y la antropología médica se ha documentado ampliamente la profesión médica, la relación médico-paciente y las instituciones de salud y su organización, así como los significados y experiencias de las enfermedades y su atención. En este trabajo, el interés especial fue abordar el campo médico, que es por demás complejo (definido aquí desde la teoría de las prácticas), a partir de la mirada de las mujeres, de sus percepciones y experiencias en la atención de su salud, desde los derechos y la ciudadanía.

Hay dos estudios clásicos sobre la profesión médica, el de Friedson (1978) y el de Parsons (1982). Este último se destaca por construir el “rol del enfermo”, caracterizado social y emocionalmente como una persona incompetente, dependiente del saber médico; en contraparte, al médico le asigna el poder de resolver los problemas de salud, cuenta con una formación técnica “identificada por su universalidad, que lo lleva a ser funcionalmente específico y afectivamente neutral, así como tener una orientación colectiva y no estar auto-orientado” (Parsons, citado en Castro V. 2008), y así justifica la relación médico-paciente, que es asimétrica. A más de tres décadas de estos trabajos y a miles de páginas escritas sobre el debate de estas ideas, se puede afirmar que estos planteamientos continúan vigentes, pues se considera que el médico no sólo es el que conoce la biología humana por su formación técnica, sino que tiene el poder suficiente para decidir sobre el rol del enfermo e influir en el tipo de atención que le ofrece, lo que tiene que ver con la autonomía en su ejercicio profesional.

Otro trabajo que marcó ruta sobre estos estudios es el de Elliot Friedson quien, desde la teoría de conflicto, sostiene que la relación médico-paciente es potencialmente conflictiva, pues en la interacción se da una lucha desigual de poder entre ambos, y el paciente es quien está en desventaja permanente. La medicina es una disciplina autoregulada y autónoma, y el saber médico es incuestionable, lo que deja poco margen de intervención al paciente (Friedson, citado en Castro V. 2008). Friedson cuestiona los planteamientos de Parsons, ya que éste no reconoce la diversidad sociocultural de las personas, ni distingue los tipos de enfermedades y su propuesta se constriñe a las agudas. El rol se relativiza ante las crónico-degenerativas y las fatales, en las que no es posible mantener los roles de ambos actores. Además, el autor sostiene que los médicos, de manera similar a lo que hacen los abogados y sacerdotes, aplican “categorías morales” a su objeto de estudio o de trabajo (Freidson 1978, 236; citado en Castro V. 2008).

Hay dos ideas básicas entre los autores, la de considerar el encuentro médico-paciente como un encuentro potencialmente conflictivo, así como la práctica del médico de clasificar en categorías morales a sus pacientes, son características aun vigentes en el campo médico. Pensamos también que este planteamiento no sólo se aplica a los médicos, sino que también se extiende al personal médico (enfermeras y otro personal de apoyo).²²

A través de varios siglos, el desarrollo de la profesión médica fue consolidando una legitimidad social, ahora indiscutible, y sus profesionales se posicionan en lo alto de la jerarquía social. Gozan de lo que Bourdieu (2007) señala como la distinción, característica naturalizada, y de todos los beneficios que este estatus les confiere. La distancia social entre el médico y la paciente se basa en esta legitimidad, que se expresa en percepciones y prácticas que fortalecen los mecanismos que reproducen la subordinación.

Pero el campo médico requiere de otros agentes, dotados también de un habitus acorde a su posición y capitales; así el campo contribuye a la formación de las pacientes, que lo comparten al ser su objeto de atención y como usuarias de sus servicios. Sin embargo, cuando ellas acuden a buscar la ayuda de un profesional de la salud, a solicitar la atención para un problema, al resolver la demanda dejan de participar activamente en él, no sin antes haber aprendido o reforzado y ejercido una serie de reglas del campo, que las colocan en desventaja. Esta investigación profundizó en la relación médico-paciente e identificó varios de los

²² Para ampliar esta discusión se puede consultar a L. Boltanski (1977), H. Waitzkin (1991) y B. Turner (1995).

mecanismos de reproducción de la dominación-subordinación, como el manejo de la información. Al respecto, Bourdieu señala que es a través de la institucionalización de la lógica de las prácticas del campo, que se reproducen los esquemas necesarios que asegurarán su mantenimiento, como exclusivo, al reforzar los *habitus* de sus participantes; éstos se expresarán a través de prácticas y percepciones individuales aludiendo a su contenido estructural.

Como parte de estas expresiones de poder, uno de los capitales en juego es la información. Enseguida se analizará cómo queda este capital entre los agentes y cómo se expresa su competencia, a través de dos conceptos pertinentes: *habitus* y mercado lingüístico.

DESDE LA TEORÍA DE LAS PRÁCTICAS: CIUDADANÍA Y DERECHOS EN SALUD

En este apartado se explican algunos conceptos de la teoría de las prácticas, de Pierre Bourdieu, usados en el análisis de la información empírica de la investigación, como ya se hizo sobre otros, porque es indispensable la construcción teórica y metodológica en términos relacionales. El autor considera que los problemas sociales deben abordarse en toda su complejidad, pues es necesario, debido a la multidimensionalidad que los caracteriza; hay que reconocer sus elementos constitutivos, la conformación, los agentes que intervienen en su reproducción, el mantenimiento y los cambios. También afirma que las relaciones ocultas dentro de los sistemas de relaciones, al ser naturalizadas, se dan por obvias, y hacen que las percepciones y las prácticas se vuelvan rígidas. Las formas de dominación y las relaciones de poder y violación de derechos en salud son parte de esas estructuras profundas, que se traslucen en grupos, agentes y sociedad en su conjunto, como las diferencias de género que se obvian en la atención de los problemas de salud. La consulta médica es el espacio delimitado por características específicas en el cual pueden identificarse los mecanismos que reproducen la dominación y subordinación de las mujeres, así como también identificar los márgenes limitados de libertad que permite la toma de decisiones y resistencias. Este marco teórico de mayor alcance se considera un complemento necesario en la conceptualización de ciudadanía y derechos, descritos en el apartado anterior. Para ofrecer estas explicaciones se retomaron los siguientes conceptos principales: *habitus*, campo, poder, dominación y subordinación, capital, violencia simbólica y *habitus* de género. En uno de los apartados usamos los conceptos de *habitus* y mercado lingüístico para teorizar sobre un mecanismo de subordinación en la relación médico-paciente.

Bourdieu define *habitus* como sistema de disposiciones duraderas y transferibles, “estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes” (2007, 86); una relación dialéctica en tanto el agente depende del contexto sociocultural y el momento histórico, al mismo tiempo que participa en ellos aportando sus prácticas y capitales al mantenimiento o cambio de la estructura social. Es decir, no se trata de una serie de disposiciones adquiridas en forma innata o “natural”, sino social, que predispone a actuar, sentir, pensar y percibir conforme al contexto y la posición social que ocupan los actores en el campo, que es central para entender las formas y mecanismos de dominación y subordinación. El autor define *campo* como

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

Bourdieu y Wacquant (2005) señalan que los campos, a través de mecanismos prácticos y simbólicos, aseguran agentes dotados del *habitus* necesario para su buen funcionamiento, de tal forma que la posesión de y la competencia por los capitales que están en juego define a dominantes y dominados que mantienen sus estructuras. Aquí se identificó y analizó cómo las mujeres forman parte del campo médico, pues es el espacio donde se objetiva el derecho a la información y se expresan otros sobre la atención; representa un ámbito social complejo, un entramado en el que participan agentes, competencias y capitales diferentes, y en él se identifican las posiciones de los agentes que compiten y, como se muestra en la información empírica de este trabajo, en él se lleva a cabo el encuentro de los *habitus* de los médicos y las mujeres pacientes. Ellas asumen una posición de facto subordinada, y así contribuyen a legitimar la jerarquía médica, cuando no exigen más información sobre sus problemas y los de su familia. La verticalidad del trato se observa también en otras dimensiones de la interacción médico-paciente.

Como señala Bourdieu, hay un vínculo indisoluble entre el *habitus* y el campo, en una relación de condicionamiento, de uno con respecto al otro pero, a su vez, el *habitus* participa y aporta para lograr una relación dialéctica; contribuye a constituir el campo como mundo significativo, dotado de sentido y de valía, donde vale la pena desplegar las energías propias (Bourdieu y Wacquant 2005, 188).

En esta investigación se plantearon, entre otros interrogantes, los siguientes: ¿cuáles son los mecanismos de dominación en el campo médico y cómo se concreta su mantenimiento y cambio? Aunque los agentes cuentan con un margen de libertad y pueden tomar decisiones y moverse en cada situación, que las posiciones se vean más o menos constreñidas dependerá de cómo se distribuyen los poderes y los capitales existentes en el campo. Es decir, la estructura de éste cuenta con una lógica propia, que establece las reglas para los agentes, ya sea individuos o colectividades y a la vez es susceptible de ser afectado por las fuerzas, en competencia, de sus agentes. Bourdieu señala que: “A la reducción al cálculo consciente opongo la relación de complicidad ontológica entre el *habitus* y el campo. Entre los agentes y el mundo social se da una relación de complicidad infraconsciente, infralingüística: los agentes inscriben constantemente en su práctica tesis que no se plantean como tales” (1997, 144). De esta forma, los *habitus* operan como estructuras estructuradas, predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes.

En este vaivén permanente de tensiones siempre habrá agentes con mayor poder y capital, lo que hace más difícil cualquier competencia, pues “quienes dominan un campo dado están en posición de hacerlo funcionar para su conveniencia pero siempre deben enfrentarse a la resistencia, las pretensiones, las discrepancias, ‘políticas’ o de otro tipo, de los dominados” (Bourdieu y Wacquant 2005, 156).²³

En el campo médico se juegan poderes y capitales como los de la autoridad y la legitimidad, o bien, el monopolio de éstas; se compete por el poder de decisión y de imposición de normas, así como por los poderes diferenciados asignados a los géneros, entre otros. Y como una expresión particular en la interacción médico-paciente, se concreta la competencia del saber-información, entre el especialista y los legos. Si bien es cierto que no es comparable la formación técnica de unos, con la falta de ésta de las mujeres que son usuarias y pacientes, la información sobre el problema por el que se acude a los servicios médicos representa un capital importante, junto al del poder de decisión de unos para considerar cómo y qué explicaciones ofrecer a las pacientes.

Y, como se mostrará con los testimonios, muchos de ellos expresan resistencia en forma de quejas y de estrategias de negociación en los servicios de salud. Así se van tejiendo y fortaleciendo las redes que en la atención cotidiana de los servicios de salud se expresan como condiciones de posibilidad en un escenario amplio, multidimensional y con la confluencia de muchos agentes.

²³ En México, para profundizar en el estudio del campo médico se pueden consultar los trabajos de Roberto Castro (2014; 2013) y para América Latina los de Nishijima y Schraiber (2016). Además, se recomiendan los estudios pioneros en el tema de Parsons (1982) y Friedson (1978).

Pero aquí el interés es remarcar cómo los habitus del médico y de las usuarias, destinatarias de la atención, participan en el campo médico reproduciendo sus características y atendiendo sus condiciones y exigencias. Los habitus producen prácticas tanto individuales como colectivas, y en este sentido participan del campo, es decir

produce(n) pues, historia [...] asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que depositadas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, tienden, con mayor seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo (Bourdieu 2007, 88).

En la investigación se reconocen los habitus de género de las participantes, al compartir características producto de las formas de la socialización primaria, los roles desempeñados, las prácticas y las percepciones en y sobre su entorno y en cuanto al cuidado de la salud. Las mujeres atienden la voz de sus médicos, investidos con la doble autoridad de varón y profesional, antes que la propia. Al habitus se le adjetiva como *de género*, para enfatizar su constitución femenina, que está sedimentado, desde etapas muy tempranas de la vida, en lo más profundo del *ser mujer*; representa el trabajo de la subjetividad socializada, encarnado, en palabras de Bourdieu, que atiende los parámetros culturales y hegemónicos en la estructura social, y es el género en desventaja.

Aunque en la información empírica es evidente que dicho habitus se va diferenciando conforme las trayectorias, que las mujeres como agentes fueron desarrollando a lo largo de su vida y respecto a las posiciones que ocupan en los campos sociales, cuando se refiere al habitus de género se señalan las regularidades que se mantienen en sus expresiones, como priorizar la atención de sus hijos, esposo y padres, antes que la de ellas, incluso enfrentar los problemas con mayor vehemencia, como escuchar al médico sin presionar ni exigir más, y mantener su pudor en temas de la sexualidad y la intimidad.

Al ser el habitus una disposición, se puede reactivar en conjuntos de relaciones, y dar lugar a un abanico de prácticas. En las entrevistadas se aprecian trayectorias que marcan una diferencia significativa respecto a sus percepciones, apreciaciones y capitales en los diversos campos, pero también comparten rasgos. Bourdieu define trayectoria como “la serie de las posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (1997, 82).

En el campo médico se expresan los capitales y los poderes; el que por excelencia contribuye a su mantenimiento es el capital simbólico. Éste se basa en el valor que representa para los agentes, en palabras de Bourdieu “es cualquier propiedad (cualquier tipo de capital, físico, económico, cultural, social) cuando es percibida por agentes sociales cuyas categorías de percepción son de tal naturaleza que les permiten conocerla (distinguir) y reconocerla, conferirle algún valor” (1997, 108). Cuando los prestadores médicos usan un lenguaje técnico y especializado les otorga poder, si bien respaldado por una formación profesional, con la cual las participantes no cuentan. Tal reconocimiento no necesariamente se hace de manera racional y consciente; los habitus están condicionados por el campo al mantener el mensaje y las prácticas, de formas distintas, que constituyen el habitus de sus agentes al incursionar en él.

Así como al capital se le califica de simbólico, Bourdieu señala la misma connotación para otros conceptos como poder, dominación o violencia, los cuales comparten de manera cercana el sentido fundamental de estar inscritos en los habitus de sus agentes, por lo general de manera no consciente o racional, y operan en la conformación y reproducción del campo. El poder, dominación o violencia apoyan la reproducción de los habitus y los campos, pero también su evolución.

El concepto de violencia simbólica es clave en la elaboración teórica de Bourdieu, y para este estudio aporta al entendimiento de cómo las relaciones sociales, la base de toda organización y estructura social,

construye, mantiene y reproduce los mecanismos de dominación y subordinación. El autor define a la violencia simbólica como

violencia suave, invisible, ignorada como tal, elegida tanto como sufrida, la de la confianza, el compromiso, la fidelidad personal, la hospitalidad, el don, la deuda, el reconocimiento, la piedad, todas las virtudes, en una palabra, que honra la moral del honor, se impone como el modo de dominación más económico por ser el más conforme con la economía del sistema (Bourdieu 2007, 215).

En este sentido, el poder y la violencia simbólica operan en una forma sutil pero efectiva en la construcción de ciudadanía delineando sus formas, sus alcances y limitaciones. Más adelante se mostrará cómo el capital simbólico, representado por el lenguaje, puede llegar a constituir un obstáculo para el respeto de los derechos en los servicios de salud.

Como parte de la concreción de los habitus, la posición de los agentes en los campos sociales se expresa en los rasgos del lenguaje; las entrevistadas se manejan con un lenguaje lego, frente a uno técnico y sofisticado, muchas veces fuera de su alcance y comprensión. Se reconoce la autoridad verbal de quienes tienen un valor mayor en dicho campo, por su formación profesional y por el desarrollo histórico disciplinario que les ha asignado un valor equiparable con una figura simbólica, como la del sacerdote²⁴ (Friedson 1978; Foucault 1997).

Bajo esta óptica, interesa retomar los conceptos de habitus y mercado lingüístico de Bourdieu, que son pertinentes para el análisis de las prácticas cotidianas en la atención médica, que conforman los derechos y la ciudadanía de las mujeres pacientes. El autor señala que ambos conceptos son parte indisoluble de la construcción y expresión del habitus de los sujetos involucrados. El habitus lingüístico se refiere al

sistema de disposiciones socialmente constituidas, que implica una propensión de hablar de ciertas maneras...una competencia definida tanto como la capacidad lingüística de engendrar una batería infinita de discursos conformes a la gramática y la capacidad social de utilizar adecuadamente esta competencia en una situación dada [...] la capacidad lingüística no es una simple capacidad técnica, sino también una capacidad estatutaria (Bourdieu y Wacquant 2005, 211-212).

La posición que ocupan los agentes en el campo médico conlleva propiedades, y aunque no son naturales, las incorporan como tales y van conformando los habitus (Bourdieu y Wacquant 2005). Hay que pensar, por un lado, en lenguajes dotados de autoridad científica, como el de los médicos, sumado a la legitimidad social que se les reconoce, que contribuyen a la reproducción de la lógica del campo médico, y por otro, en el lenguaje lego, con el que las mujeres se conducen, y que no es reconocido por su autoridad, a lo que se le agrega un valor distinto en su categoría genérica de lenguaje femenino (Ureta 2003). Las diferencias de género se expresan en las formas de hablar al entablarse la relación médico-paciente, que es cuando se refleja quién tiene el control del habla, cuándo se interviene y quién termina tomando decisiones. Ureta señala que la cultura patriarcal se expresa en los lenguajes femeninos y masculinos, y este último es el de mayor valor. Por ejemplo, entre los roles de género asignados a las mujeres, se espera que “sus señores” hablen por ellas y antes que ellas (Ureta 2003).

²⁴ Freidson señala que su capacidad de influencia incluye la dimensión moral de clasificación, similar al derecho y a la religión, aunque todas poseen campos de estudio y objetos distintos. La medicina desempeña el rol de “empresario moral”, es decir, “la actividad médica conduce a la creación de nuevas reglas que definen la desviación; la práctica médica persigue reforzar esas reglas atrayendo y tratando a los enfermos desviados recién definidos” (1978, 254). Sin embargo, una característica común es que la medicina, “al igual que el derecho y la religión [...] utiliza criterios normativos para seleccionar lo que le interesa, y en que su trabajo constituye una realidad social que es distinta (y a veces virtualmente independiente) de la realidad física” (Freidson 1978, 210), tomado de Castro (2008).

Bourdieu llama mercado lingüístico a la situación en la que se expresan más nítidamente las desigualdades sociales a través del lenguaje, que representa la forma en que se accede y se viven las acciones normadas de las prácticas cotidianas de la atención médica. Bourdieu define al mercado lingüístico como

sistema de relaciones de fuerza simbólica que se imponen a través de un sistema de sanciones específicas [...] la anticipación práctica de mi discurso será más o menos tenso, más o menos censurado, a veces hasta el silencio de la intimidación [...] Las desigualdades en la competencia lingüística se exponen constantemente a sí mismas en el mercado de las interacciones diarias [...] (Bourdieu y Wacquant 2005, 2011-213).

El mercado lingüístico es una situación en la que interviene un hablante “que produce un discurso dirigido a receptores capaces de evaluarlo, apreciarlo y darle un precio” (Bourdieu 1990, 145). En la atención médica cotidiana se realiza el encuentro de dos lenguajes, dos discursos distintos, que generan y a la vez son sostenidos por el capital y la dominación lingüística. Según esta lógica, se juegan varios capitales, uno es el relativo a las formas en como se ofrece información, que representa, en palabras del autor, un producto lingüístico; esa competencia se objetiva en el espacio de la atención médica, que se regula con las reglas dominantes propias del campo médico.

II. FUNDAMENTOS Y HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS

El abordaje principal en este trabajo fue de corte cualitativo; con las técnicas de grupos focales (GF) y entrevistas en profundidad (EP) se da cuenta de las experiencias, las prácticas, las percepciones y las estrategias de las mujeres que participaron en este estudio echaron a andar para lograr la atención de su salud. El acercamiento a la subjetividad, así como a los contextos objetivos en los que viven las mujeres y gestionan su atención en los servicios de salud se realizó a través de estas herramientas metodológicas. Aquí se da cuenta y se identifica cómo son sus habitus, y cómo se encuentran con otros en el campo médico, y también las características de dicho campo, a través de la voz de las entrevistadas. Cada técnica aportó información distinta sobre los temas que se indagaron.

Hacer un análisis relacional y sostener una reflexividad sistemática permitió abordar el problema de investigación desde la mirada de actores diferentes, sin embargo, hay que aclarar que las mujeres representan el centro de la indagación y, por tanto, la búsqueda de profundidad. Se adoptó la perspectiva del *análisis relacional*, que permite reconocer la vinculación y la influencia mutua de las situaciones sociohistóricas como dimensiones relacionales, que adquieren sentido en la confluencia de diversos condicionantes en una situación (Bourdieu y Wacquant 2005).²⁵

Lo que se buscó fue la mayor cercanía posible a la vida de las mujeres en un aspecto por demás sensible, como es el cuidado de la salud, en general, y en lo que se refiere a la detección oportuna de cáncer cervicouterino y de mama. El planteamiento fue identificar los procesos de construcción de su ciudadanía y el ejercicio de derechos. Hay coincidencia con lo planteado por Bourdieu respecto a la necesidad de profundizar cuando expresa: “Mi propósito científico parte en efecto de la convicción de que sólo se puede captar la lógica más profunda del mundo social a condición de sumergirse en la particularidad de una realidad empírica, históricamente situada y fechada, pero para elaborarla como «caso particular de lo posible» [...]” (1997, 12).

Además, enfatiza que cualquier elección en cuanto a las técnicas de recopilación de información y a las decisiones metodológicas que se toman en el trascurso tiene un marco teórico detrás y que, desde el punto de vista sociológico-científico, la obligación es expresarlo; por ello, aquí se retomaron como apoyo las palabras del autor cuando se refiere a que:

No basta con que el sociólogo escuche a los sujetos, registre fielmente sus palabras y razones para explicar su conducta y aun las justificaciones que proponen: al hacer esto, corro el riesgo de sustituir lisa y llanamente sus propias preconociones por las preconociones de quienes estudia o por una mezcla falsamente científica y falsamente objetiva de la sociología espontánea del ‘científico’ y de la sociología espontánea de su objeto (Bourdieu et al. 2002, 57).

²⁵ Bourdieu planteó “[...] introducir en las ciencias sociales el *método* estructural o, más sencillamente, el modo de pensamiento *relacional* que, rompiendo con el modo de pensamiento sustancialista, conduce a caracterizar todo elemento por las relaciones que lo unen a los otros en un sistema, y de las que obtiene su sentido y su función.” (2007, 13). En otro trabajo con Wacquant, explica que esta perspectiva hace hincapié en el rechazo de la dualidad individuo/sociedad, “[...] el relacionalismo metodológico [...] da forma a su conceptualización de la dialéctica de las estructuras sociales y cognitivas, y que es el anclaje de su comprensión de los lazos entre la teoría social y la investigación” (2005, 16).

A través del lenguaje, las personas elaboran y reelaboran sus historias, y le dan un sentido a sus experiencias y prácticas, por ello se emplearon las técnicas de GF y EP, para registrar las narrativas. Taylor y Bogdan definen la EP como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias y situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (1992, 101). Según explica Miczo, las narrativas son “historias organizadas para permitir al individuo a dar sentido a, o imponer el orden en, un conjunto de experiencias relacionadas [...] [aunque] esas biografías no siempre se organizan en una historia coherente [...]” (2003, 473). La diferencia entre la narrativa del GF y la de la EP es que la primera se construye frente al “otro”, y sus participantes en lo general se suman al discurso construido entre todas; se atiende la dirección social de lo que se discute y comparte, aunque se guarden las particularidades individuales. En la entrevista individual, la elaboración se genera “desde dentro”, en lo personal, y es una narrativa que se comparte para construirse, para llegar a ser. Cuando cita a Briggs (1986), Miczo sostiene que la entrevista “es altamente indexical²⁶ porque el significado de las respuestas depende de las preguntas que les preceden, pares de pregunta-respuesta, la situación social, y de la relación entre el entrevistador y el entrevistado y una serie de otros factores” (2003, 476).

Las EP se realizaron después de que se conformaron los primeros GF (ambos a cargo del equipo de investigación) y permitieron retomar, en la narrativa individual, algunos de los nudos temáticos vertidos en el grupo, ubicarlos en una historia personal de las entrevistadas y profundizar en sus experiencias y significados sobre cuáles eran sus percepciones, y conocer sus trayectorias de atención en los servicios de salud. Además de la oportunidad valiosa de profundizar en la subjetividad de las mujeres en los temas de interés, se pudo reconocer su disposición a compartir sus historias y de agradecerles su participación y confianza, que fue construida en varios encuentros.

Con los GF se pretendió conocer el discurso que refleja el imaginario social, desde la construcción grupal que busca rebasar la sumatoria de las voces, que es la mayor aportación de la técnica; en esta investigación, los GF junto a las EP son las fuentes primarias de información del estudio. Además de lo ya señalado, el planteamiento fue saber si la participación de las mujeres en grupos organizados aportaba a su apropiación de derechos y a sus prácticas en la atención de su salud, así como a un ejercicio de derechos, por lo que el trabajo de campo se organizó según el criterio de si participaban o no en grupos; por lo tanto, las entrevistas se integraron para ambos grupos; se procedió de igual forma en la selección de las mujeres para las EP.

Los GF, que fueron dirigidos por una moderadora y una monitora (relatora), tuvieron dos objetivos claros; por un lado, obtener información sobre el tema, construida entre todos: conocer lo social del discurso, con base en las voces individuales. Por otro, la realización de estas entrevistas grupales permitiría conocer nudos temáticos, preocupaciones y lenguaje sobre el problema que se investiga, y retomarlos para elaborar las guías de la EP.

A todas las personas que participaron se les hizo énfasis en la confidencialidad de su información y se les invitó a firmar una carta de consentimiento, de la que se les entregó una copia firmada por las investigadoras responsables, con los datos institucionales y de localización. Así mismo, se les reiteró el derecho a declinar su participación en cualquier momento. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas e incorporadas a una base de datos, que se trabajó con el programa de análisis cualitativo NVivo.

²⁶ Cuando Miczo (2003) cita a Briggs, explica que es necesario entender la distinción entre la función referencial y la indexical de la lengua. Referencial se refiere al contenido de lo que se dice y “descansa en última instancia en una correspondencia que se percibe entre el ‘contenido’ de las expresiones y de algún estado de cosas en el ‘mundo real’” (42). Indexical “depende de alguna característica(s) del contexto en el que se pronunció la expresión” (42). Los significados indexicales a menudo se transmiten en forma no verbal, indicado a través de variaciones en vocales, gestos, expresiones faciales, incluso los cambios de postura, a pesar de que se puedan señalar verbalmente también (2003, 476).

Para la realización de este proyecto se trabajó con población urbana y rural del sector popular. Se eligió la ciudad de Hermosillo, Sonora, como centro urbano y Estación Pesqueira, como centro rural. El trabajo de campo empezó en septiembre de 2008.

Para organizar los GF y las EP se seleccionó a los y las participantes de 25 a 35 años, y de 36 a 45. Para las entrevistas (GF y EP) hubo dos criterios excluyentes: a) experiencia de participación: mujeres que pertenecieran a organizaciones no gubernamentales, asociaciones civiles y grupos comunitarios y b) las que no participaran en grupos sociales. Todas debían haberse practicado la prueba del PAP al menos una vez en los últimos tres años. En términos prácticos, asegurar este criterio era garantizar que a dichas mujeres se les había hecho una revisión mamaria en su cita para la prueba del PAP.

LOS GRUPOS FOCALES: DISCURSO ANCLADO EN EL IMAGINARIO SOCIAL

Los GF se conformaron según el criterio de la participación en un grupo organizado o no, así como por los grupos de mujeres entre 25 a 35 años, y de 36 a 45. La división por edad buscó que ellas tuvieran experiencias similares por el periodo de vida en la que se encontraban, y respecto al uso de los servicios de salud, al estar en etapa reproductiva. Todas se habían sometido a la prueba del PAP cuando menos una vez en los últimos tres años, al momento de formar el GF. Todas estaban al cuidado de la salud de hijos pequeños o adolescentes y jóvenes, y acudían más o menos de manera regular a los programas de detección oportuna del cáncer.²⁷

El criterio de inclusión de la práctica del Papanicolaou, al menos en una ocasión en los últimos tres años, de acuerdo a lo establecido en la norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino aseguraba que ellas, además de conocer la prueba, hubieran recibido información sobre los tipos de cáncer y su factores de riesgo, así como de los resultados.

También se estableció que las mujeres tuvieran al menos un año de experiencia en un grupo social organizado, ya que durante este tiempo se tiene la oportunidad de convivir y elaborar un sentido de pertenencia, así como asistir y realizar actividades, aunque no hubiera reuniones frecuentes. Se asumió que esto permitiría indagar y profundizar sobre su participación en la toma de decisiones en él, así como estar expuestas a la probabilidad de compartir y recibir información sobre salud e intercambiar la relativa a la gestión y la búsqueda de servicios, experiencias y problemas médicos.

La participación de las mujeres en los GF y las EP fue voluntaria y confidencial, y se cuidó su anonimato. En los GF el consentimiento fue verbal, y se enfatizó la importancia del respeto y la confidencialidad de las experiencias que se comentarían en la reunión, tanto entre las participantes, como entre las investigadoras responsables.

El trabajo de campo empezó en septiembre de 2008 en Estación Pesqueira, donde la primera acción fue hacer contacto con algunas lideresas comunitarias para hacer la invitación a los GF y a las entrevistas. Pesqueira es un poblado rural receptor de jornaleros agrícolas, que emigran de sus lugares de origen para trabajar en los campos agrícolas de Sonora. En esta localidad se produce principalmente uva de mesa con calidad de exportación, así como algunas hortalizas. La presencia de un mayor número de inmigrantes obedece a los ciclos de siembra y cosecha de estos productos, sin embargo, la comunidad ha experimentado un crecimiento en su población, pues muchos de los que llegan deciden asentarse en el pueblo; hay personas oriundas de Oaxaca, Guerrero, Veracruz y Chiapas, entre otros. Una parte de la población de Estación

²⁷ Una recomendación metodológica en la organización de los GF es que las edades no sean muy distantes entre las participantes, ya que eso puede generar también cierto distanciamiento en las experiencias y, por ende, en las historias, lo que podría dificultar la construcción de un discurso grupal y la discusión. Por el tema de investigación, aquí era posible que también surgieran cuestiones sobre sexualidad y relación de pareja, y las diferencias de edad podrían incomodar a unas u otras. Sin embargo, uno de los GF no cumplió estrictamente con dicho criterio, pero la moderadora cuidó que la dinámica no se afectara y se generara un diálogo de confianza.

Pesqueira está conformada por migrantes indígenas zapotecos, mixtecos y triques, estos últimos son los que tienen mayor capacidad organizativa política y social. Las personas integrantes de los GF, en su mayoría, están asentadas en la comunidad y viven con sus familias.

Estación Pesqueira carece de diversos servicios públicos, pocas calles cuentan con pavimentación y alumbrado, algunos terrenos o casas no tienen agua potable o electricidad, el transporte público es precario y hace poco tiempo se abrió una escuela de nivel medio superior.

El único grupo que trabajaba en la comunidad, y que se podía considerar organizado, era el de las beneficiarias del Programa Oportunidades,²⁸ activo desde hacía diez años, así que los dos GF se integraron con mujeres que estaban afiliadas a él. Oportunidades opera a escala nacional, y su objetivo es brindar becas de alimentación, salud y educativas a mujeres y a sus hijos, que viven en situación de pobreza. Uno de sus lineamientos es la atención de la salud, por lo que las mujeres y sus hijos estaban obligados a asistir a una cita médica anual, a una charla mensual sobre salud y a una junta general con el comité del grupo. Para conformar el GF con mujeres no organizadas, el contacto se hizo por medio de la técnica de bola de nieve,²⁹ y mediante invitación casa por casa a las que cumplieran con los criterios de inclusión.³⁰

El trabajo de campo en Hermosillo fue de febrero a junio de 2009. Se formaron cuatro GF con mujeres no organizadas y otros seis con mujeres de grupos organizados. Para invitar a las primeras, el contacto se inició a través de los centros de desarrollo comunitario (CDC)³¹ que, por su ubicación, permitiría abarcar las zonas del sur y norte de la ciudad, y con ello identificar el acceso a los servicios de salud de la población abierta, ya que éstos también se encuentran sectorizados. Dentro de los centros se imparten cursos de capacitación gratuitos, además de funcionar como espacios de esparcimiento familiar y comunitario. Frente al CDC norte se ubica una unidad con un mastógrafo, así como un centro de atención a la violencia intrafamiliar, donde una médica realiza diariamente la prueba del PAP; en el CDC sur también existe un salón acondicionado para tomarla y dos enfermeras de servicio social se encargan del área.

Es importante señalar que para formar a los GF en la zona urbana se supuso que en Hermosillo, por tener casi 800 mil habitantes, sería más fácil que en la rural y se encontrarían grupos organizados de la sociedad civil con clara participación social y liderazgos o coordinaciones horizontales, a diferencia de lo que se encontró en Pesqueira. Sin embargo, esto no fue así, lo que limitó considerablemente las opciones de grupos. La decisión metodológica fue ajustar el criterio de inclusión conforme a los grupos sociales identificados, y ampliar a otro tipo de grupo con el que se trabajaría, ya que esto aportaría a la diversidad social de cómo participan las mujeres, objetivo en este tipo de diseños cualitativos; así, los grupos con los que trabajamos los GF expresan distintas modalidades, objetivos y actividades. Se conformó un listado de instituciones de asistencia privada, de la sociedad civil, patronatos, fundaciones con tinte político y agrupaciones religiosas. Los GF se ordenaron por edad, aunque en varios se admitió a una o dos mujeres con edad fuera del rango. También, de manera excepcional, se permitió formar parte de un GF a una que no

²⁸ Información disponible en <http://www.oportunidades.gob.mx/>. Desde el 5 de septiembre de 2014, Oportunidades se transformó en Prospera, Programa de Inclusión Social, “que articula y coordina la oferta institucional de programas y acciones de política social, incluyendo aquellas relacionadas con el fomento productivo, generación de ingresos, bienestar económico, inclusión financiera y laboral, educación, alimentación y salud, dirigida a la población que se encuentre en situación de pobreza, bajo esquemas de corresponsabilidad que les permitan a las familias mejorar sus condiciones de vida y aseguren el disfrute de sus derechos sociales y el acceso al desarrollo social con igualdad de oportunidades”: https://www.prospera.gob.mx/swb/es/prospera2015/Quees_prospera (abril de 2015).

²⁹ En esta técnica, el contacto se hace mediante otra persona, quién la invita o recomienda. Así puede irse formando una cadena.

³⁰ Durante la formación de los GF se tuvo que enfrentar el momento político que se estaba viviendo (elecciones estatales y municipales), por lo que se extremó el cuidado al aclarar el propósito del trabajo.

³¹ Los CDC también conocidos como Centro Habitat; programa federal dirigido a poblaciones urbanas marginadas, orientado a superar la pobreza y mejorar la calidad de vida de la población. Mayor información en: <http://www.scdesol.gob.mx/index/index.php?sec=801581>

contaba con el tiempo de participación establecido.³² En las figuras 3 y 4 aparecen todos los datos sobre la integración de los grupos, y en la 5 las características sociodemográficas de las participantes.

Figura 3. GF de mujeres organizadas (O), por edad y número de participantes

Residencia	Código del grupo	Grupo de edad	Participantes
Hermosillo	GF 1-O	25-35	8
	GF 2-O	36-50	6
	GF 3-O	36-50	7
	GF 4-O	25-40	5
	GF 5-O	31-54	11
	GF 6-O	25-37	5
Pesqueira	GF 7-O	29-39	9
	GF 8-O	26-59	8
Total mujeres organizadas			59

Fuente: cédula de identificación de las participantes.

Figura 4. GF de mujeres no organizadas (NO), por edad y número de participantes

Residencia	Código del grupo	Grupo de edad	Participantes
Hermosillo	GF 9-NO	25-35	6
	GF 10-NO	36-45	6
	GF 11-NO	25-35	7
	GF 12-NO	36-45	13
Pesqueira	GF 13-NO	25-35	11
	GF 14-NO	36-45	5
Total mujeres no organizadas			48

Fuente: cédula de identificación de las participantes.

³² Este tipo de decisiones en el trabajo de campo se cuidó para que no tuviera mayor repercusión en la dinámica y en la discusión de la entrevista. La admisión de estas participantes, que no cumplían estrictamente los criterios de inclusión, se debió a una atención con mujeres que llegaron a la cita, invitadas por otras, con interés de integrarse.

Figura 5. Características sociodemográficas de las participantes en los GF

Datos generales					
Escolaridad		Servicio de salud		Trabajo remunerado	
Ninguna	8	SSA*	41	No	57
Primaria trunca	6	IMSS**	33	Sí	46
Primaria	23	ISSSTE***	1	No dato	4
Secundaria trunca	3	ISSSTESON****	5	Total	107
Secundaria	30	Seguro Popular	17		
Preparatoria trunca	2	Seguro privado	2		
Preparatoria	13	Más de un servicio	4		
Carrera técnica	6	No dato	4		
Licenciatura trunca	1	Total	107	No cuenta con pareja	12
Licenciatura	6			Vive con pareja	91
Posgrado	4			No dato	4
No dato	5			Total	107
Total	107				

*Secretaría de Salud; **Instituto Mexicano del Seguro Social; ***Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; ****Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora.

Fuente: cédula de identificación de las participantes.

Sólo ocho participantes no tenían escolaridad, pero la mitad había terminado la secundaria o la preparatoria. Es importante remarcar esto, ya que en su paso por la escuela se les habló sobre derechos y ciudadanía. Sólo 17 contaban con el Seguro Popular, la mayoría de Pesqueira. Aunque más de la mitad afirmó que no trabajaba fuera de casa, muchas sí realizaban actividades para generar algún ingreso, como elaboración y venta de comida, productos de belleza o tareas de cuidado de niños.

En la [figura 6](#) se detallan los servicios de salud con los que contaban las integrantes de los GF; en casi la mitad de los grupos participaron mujeres con Seguro Popular, pero en 10 de los 14 asistieron algunas con seguridad social, sobre todo del IMSS. En todos los GF hubo participantes que acudían, ya sea de manera regular o esporádica, a los servicios de la SSA (centros de salud, clínicas de displasias y hospitales generales), que están dirigidos a población abierta.³³ Haber contado con mujeres atendidas en distintos servicios de salud en casi todos los GF contribuyó a que se enriqueciera la discusión, pues aportaron experiencias diversas, y las diferencias se matizan al hacer un consenso sobre sus percepciones y tipo de problemas enfrentados.

³³ Los servicios de la SSA están dirigidos a población abierta, no se requiere tener una relación de trabajo para tener acceso a ellos. Sin embargo, algunas de las participantes con servicios de seguridad social en ocasiones acudían a ellos.

Figura 6. Servicios de salud
al que acuden las participantes de los GF

Servicio de salud/GF	IMSS	ISSSTE	ISSSTESON	Seguro Popular	Seguro privado	SSA
GF 1-O	*		*	*		*
GF 2-O	*					*
GF 3-O	*	*	*			*
GF 4-O	*					*
GF 5-O	*			*		*
GF 6-O		*	*		*	*
GF 7-O						*
GF 8-O				*		*
GF 9-NO	*					*
GF 10- NO	*					*
GF 11- NO	*					*
GF 12- NO	*	*	*	*		*
GF 13- NO	*		*	*		*
GF 14- NO				*		*
Total GF	10	3	5	6	1	14

O: mujeres organizadas; NO: mujeres no organizadas.

Fuente: cédula de identificación de las participantes.

Sólo una mujer refirió contar con un seguro privado. Sin embargo, es importante señalar³⁴ que en la mitad de los GF hubo quienes acudían a consulta médica de bajo costo en las farmacias similares,³⁵ y las participantes de todos los GF, excepto de uno, afirmaron que en algún momento iban a consulta privada por falta de acceso oportuno a servicios públicos, o porque la atención que recibieron no les resolvió el problema de salud.

³⁴ El dato del uso de las farmacias similares no se incluyó en la cédula de identificación, pero se recuperó en las narrativas.

³⁵ Las farmacias similares, o bien, las farmacias del Doctor Simi, pertenecen a la Fundación Best, creada en 1994 por el empresario Víctor González Torres. Incluye las farmacias de medicamentos similares y ofrece consulta médica de bajo costo. La Fundación Best “mediante el discurso, fusiona la búsqueda de ganancias con la ayuda a ‘los más necesitados’ en una fórmula perfecta de *ganar-ganar*, donde empresario, médicos y pacientes se ven beneficiados” (Leyva y Pichardo 2012, 155). Estos servicios se encuentran por toda la ciudad y en el pueblo donde se realizó esta investigación; es común que cuenten con consulta médica a bajo costo, atendida por un médico general, y muchas ofrecen servicios de laboratorio. Además, sus horarios extendidos y los usuarios no tienen que esperar turno para ser atendidos.

A continuación se describen los seis grupos organizados seleccionados para integrar los ocho GF; sólo dos se conformaron por edad.

- Un grupo comunitario de base, que trabaja con temas de salud y medio ambiente; tenía cerca de diez años activo, y era de los más constantes y con mayor participación de sus integrantes.
- Un grupo de mujeres que ha trabajado durante algunos años en la gestión y obtención de servicios para su comunidad; ellas llevaban a cabo acciones de detección oportuna y gestión de atención a casos de cáncer en su colonia. Estaba liderado por una mujer que organiza y gestiona públicamente las actividades, mientras que el resto participa de manera directa con la comunidad.
- Asociación de padres de educación preescolar; los integrantes tenían entre uno y dos años en él. En este no se cumplió estrictamente con los rangos de edad, pero apenas se sobrepasaron los límites.
- Mujeres de entre 31 y 54 años, caracterizadas por su trabajo y una larga trayectoria como lideresas políticas; habían colaborado en comités de salud, educativos y de gestión de servicios. En la conformación del GF se privilegió la experiencia de participación y su influencia en su capacidad de gestión.
- Mujeres de organizaciones feministas y de lucha por los derechos sexuales y reproductivos. En este grupo, los niveles educativos de ellas eran mayores que los del resto, y el rango de edad se amplió un poco (entre 25 y 37 años); prevaleció una formación más homogénea.
- En Estación Pesqueira se formaron dos GF con beneficiarias del Programa Oportunidades; en uno se abrió el criterio hasta los 59 años, la edad de una de ellas. En esta comunidad hubo dificultades para ubicar a mujeres organizadas entre 25 a 35 años, ya que muchas trabajaban como jornaleras agrícolas y sus horarios no les permitían acudir a la convocatoria, a pesar de que se estableció la hora de la reunión, un poco después de que terminaba su jornada. En la [figura 7](#) se describen los grupos organizados según objetivo y actividades.

Los objetivos de los GF varían dependiendo de la población que los integra; la autonomía es lo que los distancia a unos de otros. De los ocho GF, dos dependen inequívocamente de una instancia externa, que los organizó y los coordina. Hay otro que, pese a depender de la institución escolar, toma decisiones en el marco del objetivo del grupo; el resto expresa autonomía en su formación, organización, planteamiento de objetivos y actividades por realizar.

Además de sus fines comunes, lo que caracteriza a un grupo organizado es la cohesión, la pertenencia y la presencia de reglas de funcionamiento; la cohesión se compone de las coincidencias en el interés de las metas por las que se trabaja, así como por los elementos subjetivos de sus participantes, como las valoraciones, las percepciones y las disposiciones para pertenecer a uno determinado (ONU-CEPAL 2007, 22). Por reglas se entiende los ordenamientos y lineamientos implícitos o explícitos que permiten el funcionamiento de un grupo. En este caso, todos contaban con dichas reglas, con la organización de las actividades y la convivencia entre las integrantes. Para los que estaban adscritos a órganos normativos (GF 4, 7 y 8), existía un reglamento que debían cumplir para llevar a cabo sus tareas, o bien, recibir los apoyos (véase [figura 8](#)).

Figura 7. GF con mujeres organizadas, según objetivo y actividades

Grupo organizado	Objetivo	Actividades
GF 1 y GF 2	Crear un espacio de convivencia, información y capacitación sobre relaciones familiares, género, salud y medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> - Participar en acciones de mejoramiento de la comunidad y de la familia (huertos, preparación de alimentos); colaborar en cursos y charlas informativas sobre salud, familia y educación - Apoyar en la gestión de servicios de salud (PAP y mamografías) - Coordinar jornadas de salud en la colonia - Cuidar y mantener el espacio de reunión - Convocar a reuniones de convivencia
GF 3	Emprender actividades de conscientización e información sobre la problemática del cáncer, así como también de denuncia pública sobre la situación de salud y medio ambiente en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Gestionar y organizar eventos informativos sobre cáncer, impartidos por especialistas - Realizar protestas pacíficas - Denunciar públicamente la situación del cáncer en la comunidad - Coordinar a las instituciones públicas y privadas para las actividades conmemorativas del Día Internacional del Cáncer de Mama - Gestionar y coordinar actividades de detección oportuna del cáncer - Recolectar productos reciclables para la obtención de fondos - Brindar ayuda económica y moral a personas con cáncer - Llevar un registro de fallecimientos a causa de cáncer en la zona - Promover la participación ciudadana
GF 4	Gestionar recursos para el mantenimiento y mejoras del plantel escolar	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar y coordinar actividades para la colecta de fondos, para el mantenimiento y mejoras del plantel escolar - Gestionar recursos ante la asociación estatal de padres y la Secretaría de Educación y Cultura - Convocar a reuniones informativas y establecer acuerdos con los padres y madres de familia y autoridades institucionales
GF 5	Participar en actividades políticas y en la gestión de servicios públicos para la comunidad (hay algunas mujeres de origen yaquí)	<ul style="list-style-type: none"> - Gestionar servicios públicos (alumbrado, pavimentación, agua) - Participar en eventos políticos (campanas) - Mantener el diálogo con los representantes públicos para la gestión de servicios en la comunidad - Colaborar en los comités de salud institucionales - Gestionar apoyo para desayunos escolares, y su implementación - Ayudar en jornadas públicas de detección oportuna de cáncer
GF 6	Promover y defender la equidad de género, los derechos sexuales y reproductivos y la eliminación de la violencia contra las mujeres con acciones políticas	<ul style="list-style-type: none"> - Participar en acciones de gestión y de denuncia y en capacitación sobre activismo social-político - Denunciar públicamente la desigualdad de género y la violencia contra las mujeres, así como las inequidades en el acceso a la salud - Organizar y gestionar actividades con la sociedad civil para la promoción e información sobre derechos - Visibilizar la violencia contra las mujeres, a través de los medios masivos de comunicación - Denunciar públicamente la violación de los derechos a la salud - Formar y participar en redes locales, nacionales e internacionales de lucha para lograr los derechos sexuales y reproductivos
GF 7 y GF 8	Colaborar, como beneficiarias, en el cuidado de la salud familiar, así como en el centro de salud, de un programa nacional de desarrollo social	<ul style="list-style-type: none"> - Asistir a reuniones informativas sobre salud en el centro de salud de la comunidad - Llevar un control anual de salud familiar - Colaborar en la limpieza y mantenimiento del centro de salud - Asistir a una reunión mensual con el comité local del programa y el total de beneficiarias - Practicarse el PAP, como requisito para recibir el beneficio - Hacer que los hijos permanezcan en la escuela para recibir el apoyo educativo

Fuente: cédula de identificación para la caracterización de los grupos sociales.

Figura 8. Grupos organizados según cohesión, reglas y sentido de pertenencia

GF	Cohesión	Reglas	Sentido de pertenencia de las mujeres
GF 1 y 2	Formados hace diez años. Expresan relaciones de confianza, comunicación, empatía, apoyo mutuo, cooperación y solidaridad, tanto en las actividades del grupo, como en cuestiones familiares y personales	<ul style="list-style-type: none"> - Preservar la confidencialidad y respeto de las experiencias - Organizar y participar en las actividades acordadas - Asistir a las reuniones semanales en tiempo y lugar definido 	<ul style="list-style-type: none"> - Se identifican como participantes y se perciben como interesadas en el bienestar comunitario y familiar
GF 3	Tiene más de veinte años de trabajar en la colonia Apoyo mutuo, cooperación y relaciones de confianza entre las integrantes. El grado de participación es distinto, ya que mientras algunas participan activamente en la planeación y realización, otras difunden los eventos entre los vecinos	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar en la gestión, difusión y organización de los eventos - Colaborar para la obtención de recursos a través del reciclaje 	<ul style="list-style-type: none"> - Se identifican como interesadas en trabajar para mejorar la salud de su colonia, y lograr visibilizar el problema del cáncer en habitantes de su comunidad - Reconocen el liderazgo de quien coordina al grupo - Comparten valores como la solidaridad social
GF 4	Relaciones de cooperación para cumplir objetivos específicos en las tareas como mesa directiva	<ul style="list-style-type: none"> - Desempeñar las actividades de la que cada una es responsable según su puesto (secretaria, vocal, presidenta, tesorera) - Acudir a las reuniones pactadas con las autoridades y padres de familia 	<ul style="list-style-type: none"> - Se identifican como madres de la asociación de padres del preescolar, y expresan satisfacción por su trabajo en bienestar de la escuela; se diferencian del resto de las madres de familia - Pertenencia marcada por el ciclo escolar
GF 5	Relaciones de confianza entre las integrantes, sobre todo entre las que tienen más tiempo participando (comité de salud y de la escuela) Hay otro subgrupo que se encarga de las labores de proselitismo político o de gestión de servicios cuando les es requerido	<ul style="list-style-type: none"> - Asistir a las reuniones políticas - Desempeñar las actividades de los comités de salud y de alimentación en la escuela - Ayudar en las labores para la gestión de servicios en la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Se identifican por su pertenencia étnica a la tribu yaquí - Se reconocen interesadas en trabajar y gestionar mejoras en su colonia
GF 6	Relaciones de confianza, empatía, solidaridad y apoyo en los actos de protesta pública, espacios de convivencia que permiten el intercambio y acompañamiento de experiencias personales y públicas Gestión, organización y participación en eventos públicos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover los derechos de las mujeres - Apoyar movimientos en pro de los derechos humanos en general, y de las mujeres en particular - Visibilizar la violencia contra las mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> - Se identifican como activistas en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos y la eliminación de la violencia contra las mujeres
GF 7 y 8*	Participación obligatoria en las actividades del programa	<ul style="list-style-type: none"> - Acudir a reuniones informativas sobre salud una vez al mes - Ir a las citas médicas personales y familiares - Cumplir con la práctica del PAP 	<ul style="list-style-type: none"> - Se identifican como beneficiarias del programa social - Perciben como favor del gobierno ser incluidas por ser pobres, indígenas y migrantes, aunque también las hay mestizas y pobres

* Estos grupos son una excepción en cuanto a la forma en que se integraron, ya que dependen de Oportunidades, y actúan según sus normas y órdenes.

Fuente: cédula de identificación para la caracterización de los grupos sociales.

El grado de cohesión de estos grupos es distinto, según el objetivo que los une y la participación en cada uno. Asimismo, el sentido de pertenencia es diferente, pero es importante señalar que se expresa en la mayoría, quizá a excepción de los GF 7 y 8 que son los menos cohesionados, pues están integrados por mujeres beneficiarias del programa social, y ellas no definen los objetivos de su participación, que es más bien pasiva en cuanto a la gestión social, y su sentido de pertenencia no se expresa más allá de tratar de cumplir los requisitos obligatorios para obtener el beneficio. El GF 4, con adscripción institucional, comparte en cierto grado la falta de autonomía en la toma de decisiones respecto a su trabajo, aunque mucho menos que el 7 y el 8. En cambio, la participación del 1, 2, 3, 5 y 6 es activa porque han definido y establecido por sí mismos sus objetivos de trabajo, y su experiencia en la participación comunitaria es mayor, sobre todo aquéllos que están relacionados con el derecho a la salud.

A excepción del GF 4, todos se han constituido en espacios para recibir pláticas sobre algún tema de salud, y son menos los que se proponen para la gestión permanente de servicios de salud. Pero lo importante es subrayar que, de una forma frecuente o esporádica, tienen relación como grupo con el tema del cuidado de la salud, sin embargo, sólo en el discurso de uno de ellos está explícito el tema de los derechos y la ciudadanía.

LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD: SUBJETIVIDAD Y CONTEXTO

En las EP, la mayoría de las participantes fueron seleccionadas porque formaban parte de los GF, tanto de mujeres organizadas, como de las que no lo estaban, y se aplicaron los mismos criterios de inclusión. Se trató de equilibrar la participación de ellas en función de su edad y grupo, y para el caso de las mujeres organizadas en Hermosillo, contar con personas de las zonas norte y sur. Se realizaron 12 entrevistas individuales, seis a mujeres organizadas y seis a quienes no estaban en un grupo; sólo tres no habían pertenecido a un GF, y se les contactó mediante la técnica bola de nieve.

En el diseño cualitativo se guarda un margen de flexibilidad, que permite ajustes según las condiciones del contexto en el que se lleva a cabo el trabajo de campo. También es una directriz en este tipo de diseño que las guías de entrevista deben irse mejorando en función de la información estratégica que se genera en los primeros encuentros, que permitan la profundidad. Por ello, el análisis, aun superficial, comienza con el planteamiento de las preguntas de la guía y, si es necesario, desde las primeras sesiones se replantean algunas de ellas y se incorporan nuevas o se eliminan otras. Se elaboró una guía para las mujeres organizadas y otra para las que no estaban en un grupo, y se diferenciaron por las preguntas precisas sobre su experiencia de participación. Fueron cinco y seis temas en torno a los cuales se desarrollaron alrededor de 96 y 106 preguntas. También varió el número de sesiones por entrevista, pues dependió de las condiciones de cada persona (tiempo y disposición) y de la profundidad de la narrativa que se iba conociendo, así que se realizaron entrevistas en cuatro sesiones y otras en dos; en promedio, la duración de las grabaciones fue de tres horas,³⁶ y la transcripción fue literal.

Primero se entrevistó a dos mujeres de Estación Pesqueira (una organizada y otra no); a la par de los últimos GF en dicha comunidad. Las entrevistas individuales en la zona urbana se realizaron una vez formados los GF, y con una guía completa que se movió poco en las posteriores. Todas las entrevistadas firmaron el consentimiento informado y se les dejó una copia y, a excepción de una, todas se audiograbaron. En la [figura 9](#) se presentan algunas características de las participantes en las EP, a quienes se les asignó un seudónimo para proteger su confidencialidad.

³⁶ Las entrevistas transcritas constaron de entre 68 y 110 páginas.

Figura 9. Datos generales de las mujeres entrevistadas a profundidad, organizadas y no organizadas

Mujeres no organizadas						
Seudónimo	Edad	Servicio de salud	Escolaridad	Trabajo remunerado	Pareja en el hogar	Número de hijos
Eduwiges	27	IMSS	Primaria	Ninguno	No	3
Edna	30	SSA	Licenciatura trunca	Ninguno	Sí	2
Rebeca	32	SSA	Carrera técnica	Ninguno	Sí	1
Luisa	37	Seguro Popular	Secundaria	Ninguno	Sí	3
Corintia	45	IMSS	Secundaria	Ninguno	Sí	3
Lucero	50	Seguro Popular	Preparatoria	Ninguno	Sí	3
Mujeres organizadas						
Seudónimo	Edad	Servicio de salud	Escolaridad	Trabajo remunerado	Pareja en el hogar	Número de hijos
Elvira	45	SSA	Primaria	Jornalera	No	3
Macaria	28	IMSS	Preparatoria trunca	Empleada doméstica	Sí	2
Argentina	30	ISSSTESON, seguro privado	Posgrado	Subdirectora de organización civil	Sí	0
Ilse	32	SSA	Licenciatura	Autoempleo como abogada y activista	Sí	0
Olga	38	IMSS	Carrera técnica	Autoempleo como fotógrafa y venta de comida	Sí	3
Celestina	46	ISSSTE ISSSTESON	Licenciatura	Profesora en jardín de niños	Sí	3

Fuente: cédula de identificación de las participantes.

En la presentación de la información se retoman testimonios de las participantes en los GF (no aparecen con nombres), y de las que fueron entrevistadas en profundidad; en cada uno se asigna su pertenencia.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La premisa central del análisis cualitativo es reconocer, en las narrativas de las personas, los significados y las percepciones, las formas de relacionarse y la descripción de sus prácticas; esta información refleja los hábitos de quienes la expresan. Es decir, así como se identifican las dimensiones de la subjetividad, se reconocen los contextos objetivos en los que se llevan a cabo dichas prácticas y se construyen significados y percepciones.

Bourdieu, Chamboredon y Passeron señalan que hay que rebasar la sociología espontánea: “La ilusión de que las operaciones ‘axiológicamente neutras’ son también ‘epistemológicamente neutras’ [...]” (2002, 61); es decir, el trabajo sociológico no está aislado de sus supuestos ideológicos y valores últimos. Al partir de estos preceptos, las técnicas elegidas obedecieron fundamentalmente al tipo de problema de investigación y a su objetivo de recuperar, de viva voz de los agentes involucrados, sus experiencias, prácticas y percepciones, que de otra manera hubiera sido más difícil abordarlas. Asimismo, el trasfondo del análisis es una posición crítica, una búsqueda sistemática y una organización en ejes de análisis, que representan la interpretación de quien la realiza.

El análisis fue de corte inductivo, se partió de la premisa de que el cualitativo es un continuo “ir y venir” entre los datos empíricos y el marco teórico, y bajo esta perspectiva se usaron directrices de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin 2002) para la sistematización, organización y análisis de la información: organizar temas, identificar categorías y relacionarlas entre sí, contrastar con los conceptos delineados *a priori* y construir conceptos nuevos. Todas estas tareas son la base para la organización de cuatro ejes de análisis principales cuyo objetivo último es aportar al conocimiento sobre cómo se significan, se perciben y se viven los derechos en salud: nociones, definiciones y significados, la experiencia de participación, habitus y percepción de sí en el sistema de salud y habitus y mercado lingüístico en la atención médica.

Durante el trabajo de campo de los GF y las EP se realizaron permanentemente ejercicios de codificación y sistematización por ejes temáticos cuyas aportaciones fueron: a) mejorar la búsqueda y profundización de información estratégica en desarrollo; b) desarrollar la etapa final del análisis relacional. De esta forma se revisaron y ajustaron las guías de entrevista, se elaboraron listas de definiciones según los datos empíricos, diagramas, tablas, resúmenes, contrastación de casos, operacionalización de conceptos frente a las expresiones narrativas y ejes de análisis. Además, al partir de la perspectiva relacional, se asume que existen relaciones no sólo entre las dimensiones, temas y niveles, sino en la influencia mutua de las situaciones sociohistóricas como dimensiones relacionales.

Es importante hacer una aclaración sobre la organización de los ejes, y enfatizar que el análisis de la experiencia de participación de las mujeres con las que se trabajó en esta investigación se resume sólo en un capítulo, y que el análisis no se desarrolla con base en dicha división (con/sin experiencia de participación) en el resto de ellos. Si bien es cierto que el diseño partió de esa característica, para la organización del trabajo de campo, del supuesto de que la experiencia de participación daba un sentido distinto respecto a la apropiación de derechos en salud, esta diferencia no se identifica nítidamente en las narrativas. Esto no quiere decir que en el grupo de mujeres no se identifiquen estrategias de gestión para conseguir y mejorar la atención, que no exista algún grado de apropiación y que no hayan ideado negociaciones y resistencia ante condiciones que vulneren sus derechos, independientemente de su experiencia de participación.

La decisión de no mantener una comparación permanente entre las mujeres con o sin experiencia de participación en cada capítulo del libro obedeció a lo que emergió de los datos. Las diferencias entre ambos grupos son apenas manifiestas; las percepciones y los significados, la apropiación de derechos, sus vivencias en los servicios de salud y sus prácticas y estrategias de atención, contenidas en las narrativas, son similares entre ambos, con excepción del GF 6 ya descrito.

En todos los capítulos se presentan testimonios y se aclara si las mujeres eran del GF o de la EP, y si estaban organizadas o no. En su momento, el análisis se hizo por separado, pero al construir los ejes se conjuntaron las narrativas, y se organizaron alrededor de cada uno.

En el plano metodológico, vale la reflexión sobre las dificultades de operacionalización del concepto de habitus, cuando se buscaron las expresiones de él en las narrativas. Los procesos de interpretación se construyeron mediante aproximaciones sucesivas, donde se echó mano del *background*, para conseguir dichas interpretaciones mediante la reflexividad. Los datos obtenidos en los GF son un tanto distintos a los conseguidos en las EP. Sin embargo, ambas estrategias metodológicas coinciden en el fin último de hacer que

emergen, a través del lenguaje, las percepciones, los significados y las descripciones de sus experiencias y prácticas en los servicios de salud. Dicha reflexión permitió hacer conscientes algunos aspectos del habitus y que las participantes elaboraran opiniones en un entorno de confianza.

Al analizar los datos empíricos y partir de la definición del concepto de habitus de Bourdieu, la interpretación teórica es que en la confluencia de expresiones de los habitus (disposiciones, apreciaciones, lo que dicen “sin querer”) y la elaboración de explicaciones sobre su quehacer aparecen empalmados, y con frecuencia es muy difícil señalar dónde empieza uno y termina el otro; eso justifica el título del capítulo 5.

De esta manera, en el análisis se categorizó como *percepción de sí*, ante distintas situaciones y experiencias vividas, y dichas elaboraciones son un reflejo de sus habitus. Aunque el habitus es un concepto que alude a disposiciones predominantemente prereflexivas, las técnicas utilizadas aquí buscaron que se elaboraran verbalizando las explicaciones. En este proceso en el que se hace consciente su actuar y se razona sobre sus conductas y emociones, hay un margen en la construcción de la narrativa que, como analistas, se debe cuidar, poner atención a las contradicciones, los empalmes y las omisiones que, por un lado, permitan profundizar en la indagación y, por otro, matizar, ubicar en los contextos y relativizar los hallazgos.³⁷ La percepción de sí se basa en el tipo de habitus con el que cuentan, dichas percepciones son parte de ellos, aun con sus contradicciones, más aparentes que reales (digo una cosa o verbalizo de una forma en el “deber ser” y actúo de otra forma, como explica Bourdieu, al señalar la *lógica de la lógica* y la *lógica de la práctica* (2007).³⁸

Otro ejemplo de este escudriñar sistemático se refiere a las expresiones de las entrevistadas: “me gustaría”, los “deber ser”, que se interpretaron como una expresión de nociones de derechos, y se alude al derecho a tener derechos.

³⁷ Según directrices del análisis cualitativo que ofrecen Taylor y Bogdan (1992,152-176).

³⁸ Bourdieu advierte sobre este riesgo al señalar: “Hay que reconocerle a la práctica una lógica que no es la de la lógica para evitar pedirle más lógica de la que puede dar y así condenarse ya sea a extraerle incoherencias, o bien a imponerle una coherencia forzada [...] Esa lógica práctica –en el doble sentido del término– no puede organizar todos los pensamientos, las percepciones y las acciones por medio de algunos principios generadores estrechamente ligados entre ellos y que constituyen un todo prácticamente integrado” (2007, 137-138).

III. EL DERECHO A LA SALUD EN EL DISCURSO DE LAS MUJERES

EL DERECHO A LA SALUD: NOCIONES, DEFINICIONES Y SIGNIFICADOS

El concepto de derecho en general fue difícil de definir por las mujeres participantes, porque es lejano a su vida cotidiana en términos racionales y conscientes. En este capítulo se describen las nociones, definiciones y significados presentes en las narrativas de las entrevistadas, tanto en el discurso grupal, como en el individual. Por noción se entiende una idea general sobre un tema o asunto, algo que se sabe que está allí, sin que se concrete en una explicación clara y completa. En las preguntas sobre qué es un derecho,³⁹ la mayoría de las veces se asoció con la aplicación concreta en su vida; mencionaron los generales, como “todos tenemos derecho a la salud, a que te atiendan” o ejemplos como “un derecho es poder votar”.

Por otra parte, el concepto de significado es más inabarcable, y depende del marco teórico y disciplinario desde el que se le define. En este trabajo se alude a él en términos sociológicos, y refiere al sentido que el agente le asigna conforme a su trayectoria, posición y disposiciones, y a partir del contexto en que se desarrolla; es dinámico y creativo, como lo es el agente en sus relaciones. Aquí se puede vincular con la perspectiva relacional. Aunque planteada así,⁴⁰ esta acotación es simplista; aquí se enfatiza en la premisa de que los significados sobre derechos y ciudadanía se perciben y se les vive en función de la posición que se ocupa en el campo social, y en el médico en particular.⁴¹ Debido a que las relaciones sociales no son estáticas, las nociones y los significados también están en elaboración permanente, son una expresión de los hábitos de los agentes.

Lo que las mujeres entienden por “derecho” muestra alusiones generales y particulares. Esta descripción y análisis se vincula más adelante, sobre cómo se reconocen o no los derechos, y si se traducen en prácticas. En los testimonios⁴² siguientes se ilustran las ideas, la mayoría vagas, sobre lo que es un derecho pero, al mismo tiempo, en algunos se identifican las condiciones de posibilidad y oportunidad para que el ejercicio de derechos sea posible.

Entrevistadora (ENT): Cuando hablamos de derechos, ¿qué nos imaginamos?

Pos [pues], yo digo que es un derecho que tiene uno, ¡quién sabe qué será! (Eduwiges, 27, NO).⁴³

³⁹ Cuando hablamos de derechos, ¿cómo lo entendemos?, ¿qué nos imaginamos?

⁴⁰ La construcción de significados es un tema ampliamente trabajado desde la antropología y la psicología.

⁴¹ En el capítulo 6 se describe con mayor detalle la conformación del campo médico.

⁴² Los testimonios, que pertenecen a entrevistas grupales o colectivas, se dividen con ***.

⁴³ En los datos del código se especifica el nombre de la participante, su edad, si se trata de un GF o de una EP y su experiencia, con “O” (organizada) o “NO” (no organizada).

Pues el que tengamos derecho por ejemplo, a que se nos atienda. ¿Cómo le dijera?, quizá a lo mejor a veces, uno lo confunde porque, muchas veces [...] se observa que llegan personas [...] exigiendo a los médicos, exigiendo [...] de una mala manera. Y yo digo que el derecho a tener una asistencia médica no es así, no es así, [...] que sí, que se nos atienda, ¿verdad?, que se nos atienda cuando lo necesitamos pero [...] pues de acuerdo a la emergencia, a la urgencia que se lleve. Y no sé, yo pienso así, ¿no? (Elvira, 45, O).

ENT: Usted, ¿ha oído hablar de derechos?

¿De derechos?, sí [...] derechos de [...] no, pues [...] no he oído mucho, pero sí [...] como [...] ¿Que tenga derechos uno así? ¿Pues cómo explicarle? [risas] [...] Pues no sé, tenemos derecho a [...] que nos cheque el doctor o ¡qué sé yo!, pero mmm no es cierto, pues [...] No pues, no sé qué [...] qué [...] qué será eso (Luisa, 37, NO).

Es una palabra que regularmente no está en nuestro vocabulario: ‘es mi derecho’, así, ‘es mi derecho’. Es una palabra que hasta imposible de pronunciar muchas veces [risas] [...] (Rebeca, 32, NO).

Por derecho entendemos algo que tú tienes, que podemos recibir, a mi entender un derecho es *que tú puedes exigir algo*, que tú puedes recibir, que tú tienes que recibir .

ENT: ¿Como qué tipo de derechos?

Pues derechos en todas partes [...] el derecho a la salud, el derecho a un bienestar, el derecho a la educación, el derecho a ser tomado en cuenta, ¿no?, en diferentes ámbitos, en diferentes cosas. Hay muchos, muchos derechos (Edna, 30, NO).

Pues yo me enfoco básicamente a los derechos humanos ¿no?, el derecho a la salud y todo lo que debe hacer el gobierno para que yo tenga un derecho a la salud ¿no? [...] para que uno se pueda desarrollar plenamente como persona, como humano ¿no? [...] (Ilse, 32, O).

En general, pues yo creo que [...] la primera idea [...] que nos imaginamos [...] yo creo que son las cosas que te corresponde, a las que tienes derecho a acceder, a las que tienes derecho a tener, son como [...] ¿qué te podría decir? Lo que nos corresponde [...] como que me he formado un poco más en eso y sé que como ciudadana aquí me tienen que dar, abastecer mi derecho a la salud, derecho a la vivienda, derecho a la información [...] (Argentina, 30, O).

Edna, Ilse y Argentina tienen formación universitaria y, aunque Edna no la terminó, en su testimonio se puede apreciar mayor claridad, sobre todo cuando refiere “exigir algo”.

A la par de las nociones y definiciones sobre qué es un derecho, hay una percepción⁴⁴ negativa sobre el ejercicio y respeto de éstos; todas las voces refieren las condiciones sociales precarias para que se hagan efectivos. Este reconocimiento de las limitaciones de los derechos en salud trasluce lo que Arendt (1982) afirmó como “el derecho a tener derechos”; esto representa una base mínima desde la cual aludir a la existencia de esos preceptos llamados derechos, que en cierta manera algunos se reciben y se viven.

⁴⁴ La definición de la Real Academia de la Lengua Española de percepción es “la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos” (www.rae.es). Desde la psicología se le define como una función que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar información desde los sentidos.

La percepción⁴⁵ manifiesta el orden de un momento histórico, a través de un conjunto de estructuras significantes de acuerdo a los valores presentes, y forma categorías compartidas en el medio social (Vargas 1994). La percepción es un proceso básico para que el habitus se concrete en las relaciones y las prácticas que las mujeres establecen con los agentes de su entorno, como los médicos y personal de salud en los servicios o instancias del Estado. Frente a estas situaciones, las mujeres expresan una serie de disposiciones que las predisponen a actuar, sentir, pensar y percibir conforme al contexto y la posición social que ocupan. Cuando ellas le asignan un significado a un hecho, a una condición o situación o bien a una posibilidad, en este caso referido a derechos, están en función de sus habitus, en palabras de Bourdieu, sin ser consciente ni estrictamente racional:

Siendo el habitus lo social encarnado, se encuentra 'en casa' en el campo que habita, lo percibe dotado de significado e interés inmediatos. El conocimiento práctico que obtiene [...] en cierto sentido, sin saber cómo o por qué, la coincidencia entre disposiciones y posiciones, entre el 'sentido del juego' y el juego, explica que el agente haga lo que 'tiene que hacer' sin plantearlo explícitamente como una meta, por debajo del nivel del cálculo e incluso de la conciencia, por debajo del discurso y la representación (Bourdieu y Wacquant 2005, 189).

A lo largo del trabajo se ve cómo las mujeres, a pesar de sus diferencias, comparten rasgos importantes, como una posición vulnerable en el campo médico y en otros sociales, algunos más amplios, en los que se perciben con desventajas, ya que viven en condiciones y contextos de inequidad; una de las expresiones compartidas fue la percepción negativa de la atención médica.

La pobreza es uno de los elementos de la inequidad; la mayoría de las participantes vivía en condiciones socioeconómicas precarias; fueron más las que recibían apoyo del programa social de ayuda económica Oportunidades. Más de la mitad de las mujeres de los GF, (61 por ciento) no contaban con un trabajo remunerado. Estas condiciones de precariedad se reflejan también en su escolaridad: 35 por ciento de ellas tenía primaria trunca o terminada o no había ido a la escuela; 45 por ciento había alcanzado a concluir la secundaria, la mayoría de este grupo, o la preparatoria; sólo diez habían terminado la licenciatura o un posgrado.

En las nociones y significados se aprecia una percepción colectiva e individual, en desventaja, lo que hace más difícil la gestión y exigencia de sus derechos en los servicios de salud. Si bien no se puede pasar por alto que entre las participantes hay diferencias en lo sociodemográfico y cultural, así como en sus trayectorias como agentes y su posición en los campos, en lo general ellas coinciden en sus nociones y significados sobre qué aspirar sobre los derechos y cómo se viven en el cuidado de su salud. Este conocimiento del entorno y de los campos sociales en los que se desarrollan imprime sus características en las decisiones que toman o dejan de tomar y que, como agentes, según sostienen Bourdieu y Wacquant,

socialmente constituidos en tanto que activos y actuantes en el campo en consideración por el hecho de que poseen las propiedades necesarias para ser efectivos, para producir efectos, en dicho campo. Y es el conocimiento del campo mismo en el que evolucionan lo que nos permite captar mejor las raíces de su singularidad, el punto de vista o posición (en el campo) desde el cual se construye su particular visión del mundo (y del campo mismo) (2005, 163).

⁴⁵ Por percepción, desde su construcción sociocultural, se entiende como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, cuyo límite son las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para producción de símbolos. A través de la vivencia, la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos contruidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad (Vargas 1994, 50).

En el testimonio siguiente se puede entender mejor esta expresión del autor. Ilse reconoce una dimensión presente en la definición abstracta de derecho, que es el de las “obligaciones” como ciudadana, y con éstas admiten que son capaces (y están obligadas) a desempeñar prácticas como mujeres, en lo individual, que *lo pueden decidir*, pero ajustadas a un contexto externo donde las llevan a cabo, es decir, que pueden producir efectos.

Tenemos derecho a la salud y para realmente estar saludables, en este caso para prevenir el cáncer, pues debemos tener derecho a poder prevenir y entonces por eso *de nosotros depende* si queremos ejercer libremente el derecho a cuidarnos. Pero claro [...] no solamente depende de nosotras, sino también de las instituciones y todo esté acorde para que cuando nosotros tomemos la decisión de hacerlo, esté todo disponible (Ilse, 32, O).

Pero Ilse no es una de las más desprotegidas. En las narrativas de las que sí lo están, no sólo de las beneficiarias de Oportunidades, prevalece la idea de que la atención a la salud se recibe como un favor, una dádiva, que da lugar a la visión de la salud como un asunto asistencialista y de caridad para las excluidas, y la noción de contar con derechos se diluye aún más. Entre sus historias hay una aparente contradicción pues, por un lado, ellas consideran que, justo por su pobreza, no tienen derechos y que el Estado se los brinda en modalidad de ayuda. Pero, por otro, ellas refieren tener el derecho a “que nos atiendan [atención médica]”.

El sentido de recibir atención médica como un favor implica que el servicio es otorgado por su condición de ser humano, mas no por el reconocimiento explícito de tener el derecho a la atención a la salud, por ser ciudadana, tal como reportan Petchesky y Judd (2006) y Straw y Mattioli (2013). La percepción del beneficio asistencialista y de percibirse como “beneficiaria de una ayuda” se identificó claramente en las mujeres adscritas a Oportunidades, que se perciben como vulnerables por su condición de pobreza.

[...] el gobierno nos está mandando esta ayuda de Oportunidades, es para que nos ayuden también ellos, los doctores, que nos atiendan bien para eso les pagan y a nosotros que no tenemos para pagar, para eso el gobierno nos está mandando esa ayuda. Sí podemos exigir (GF 7-O).

[...] se supone que el programa de Oportunidades es para que los que están dentro de ese programa tengan atención médica y si no tienen dinero para un médico particular, pues por eso el gobierno puso ese programa, para esa ayuda (Elvira, 45, O).

Sobre esto, Eduwiges comenta también que el gobierno les paga a los médicos para que las atiendan.

ENT: ¿Crees que tengamos ese derecho a tener atención médica?

Pues yo digo que sí [...] porque yo digo, porque [...] yo digo que sí porque se les está pagando para que [...] para que nos atiendan. No lo hacen bien pues tampoco, y aparte [...] ¡que tienen la obligación ellos de atendernos! (Eduwiges, 27, NO).

En la concepción de las más vulnerables, el Estado aparece como una entidad asistencialista, un aparato de beneficencia, alejado de las concepciones de derecho. Así, la visión asistencialista y clientelar de la salud anula la posibilidad de una agencia activa de las mujeres al momento de exigir algo en la atención médica, como concluyó Herrera (2010). Se tiene derecho en tanto el gobierno lo da, lo cubre. En este sentido, la ciudadanía puede calificarse como asistida (Bustelo 1999), o de baja intensidad y precaria, que tienen la misma connotación. Comes y Stolkiner (2005), en un estudio sobre accesibilidad simbólica a los servicios

asistenciales estatales de mujeres pobres en Buenos Aires, concluyen que el derecho se vive como beneficencia y, en este mismo sentido, las usuarias afirmaron que “si pudiera pagaría” la atención al hospital, no como un deber, sino como una ayuda, para devolver el favor. Muchas de las entrevistadas también mencionaron esta apreciación, y afirmaron que si contaran con recursos, ellas pagarían la atención. El asunto de fondo se refiere al papel asignado al Estado⁴⁶ pues, como señala Bourdieu:

A través del marco que impone a las prácticas, el Estado instauro e inculca unas formas y unas categorías de percepción y de pensamiento comunes, unos marcos sociales de la percepción, del entendimiento o de la memoria, unas estructuras mentales, unas formas estatales de clasificación. Con lo cual crea las condiciones de una especie de orquestación inmediata de los hábitos que es en sí misma el fundamento de una especie de consenso sobre este conjunto de evidencias compartidas que son constitutivas del sentido común (1997, 117).

Al retomar esa aparente contradicción tanto en entrevistas grupales como individuales, se escuchó que “pueden” exigir, aunque en la práctica no lo habían hecho.

ENT: ¿A qué tenemos derecho?

Pues, yo digo que a exigir, a exigir nuestros derechos [...] nuestros derechos (Eduwiges, 27, NO).

En los GF también se escucharon diversas historias sobre las inconformidades que han tenido con el servicio de salud, pero sin tomar otras medidas de gestión, como se señala en el testimonio siguiente.

ENT: Si pueden exigir, ¿lo han hecho alguna vez?

No. Dicen que ahora [que] ya está la directora puede uno hablar [...] dice la R [líder] que ya está la directora, ahora ya se reportó, es nueva, ya llegó en la junta del martes ¿verdad? [se dirige al resto]. Dijo, ‘ahora se pueden quejar con esa directora’ [...] (GF 7-O).

Y sobre esto, Bourdieu explica cómo el campo va modelando los hábitos de sus agentes, aun en una relación dialéctica. El campo médico genera un tipo de hábitos de sus agentes, que permite su participación en él, en este caso como pacientes. Cuando se hace referencia a una “aparente contradicción”, es que los hábitos operan los esquemas de percepción, apreciación y acción de manera inconsciente, que expresa esta contradicción.⁴⁷

En varios estudios sobre calidad de los servicios y de satisfacción del paciente, se ha documentado que las mujeres pobres son las que evalúan con mayor calificación, y se declaran como las “más satisfechas” con la atención (Bronfman et al. 2003; Manzelli et al. 2004; Petchesky y Judd 2006; Sen et al. 2005; Puentes et al. 2006), en el sentido de agradecerla. Sobre esto se profundizará en los capítulos siguientes y se analizará, con el

⁴⁶ Una de las formas del Estado para instaurar dichas condiciones que genera los hábitos distintos, es a través de la implementación de las políticas públicas. El contexto que enmarca la organización del sistema de salud en México en las últimas décadas se ha caracterizado por la restricción presupuestal, la evolución sociodemográfica de la población, los cambios en las causas de morbilidad y mortalidad, entre otras, que hace difícil que a pesar de la legislación sobre derechos humanos y derechos en salud, disminuya la inequidad en la población respecto al cuidado de su salud.

⁴⁷ Bourdieu refiere a estos procesos como: “Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*, sistemas de *disposiciones* duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente ‘reguladas’ y ‘regulares’ sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (2007, 86).

concepto de violencia simbólica, que la actitud de subordinación de las mujeres en la atención es parte de su habitus de paciente.

Una de las entrevistadas con mayor escolaridad, conciencia y participación refiere al Estado, en términos de una exigencia clara, como el que debería proveer las condiciones.

Pues es que ahorita teniendo más información de esto, tienes más herramientas para que te quede claro que esto no es un regalo, el Estado se debe de desvivir para que te garanticen a ti tu derecho a la salud y no tienes por qué andar pidiendo dádivas [...] ni en atención ni en nada [...] no tendría por qué haber ciudadanos de primera, ciudadanos de segunda y de tercera [...] no tendría por qué partir tu derecho a la salud de las condiciones laborales en las que estés [...] es algo que te corresponde y que el Estado, no el Estado paternalista, sino el Estado que permite que los ciudadanos gocen de ciertos derechos [...] (Argentina, 30, O).

Además, afirmó que el desconocimiento de los derechos coarta la posibilidad de ejercerlos, sobre todo en el ámbito médico donde se expresan las diferencias jerárquicas entre médicos y pacientes.

El desconocimiento de las cosas a las que tienes derecho, te sitúa en un lugar muy vulnerable en el que puedes soportar cualquier cosa nada más para que te atiendan a un familiar [...] el problema de la desinformación, que no conocemos qué cosas son injustas [...] te identifica como ciudadano que no pregunta, que no exige, que no pasa nada (Argentina, 30, O).

Una de las diferencias en las narrativas, tanto entre las mujeres organizadas como en las que no lo están, se refiere a cómo se concibe el papel del Estado; entre las más conscientes se afirmó que se enfrentan a un sistema de salud burocrático y saturado, como lo refleja el testimonio siguiente:

[...] todo lo que debe hacer el gobierno para que yo tenga un derecho a la salud, de instituciones, médicos, capacitaciones, todo lo que debe de proporcionar para que realmente podamos hacer efectivo el derecho a la salud [...] [Pero] en realidad no están haciendo lo necesario para ampliar el acceso a la población a las instituciones públicas, en realidad casi se están desobligando y están dejando que la gente recurra a esas opciones [acudir a las farmacias similares] [...] al derecho de la salud no le dedican el suficiente presupuesto, por lo tanto está muy desfasada la realidad, de ejercer el derecho de la salud (Ilse, 32, O).

La alusión de “está muy desfasada la realidad” refiere a condiciones de posibilidad para el ejercicio de derechos, es decir, hay una legislación que norma y ofrece la protección de los derechos en salud, pero el sistema de salud adolece de capacidad para la cobertura de todos, así como la de ofrecer una atención de regular calidad. Es por estos mensajes del contexto, que algunas de las entrevistadas expresan una aparente contradicción, condiciones que aportan al modelamiento de los habitus de pacientes. La intersección de las nociones de derechos y cómo se significan en su vida cotidiana, según expresaron muchas, se ancló en la idea de que el “derecho se paga”.

EL DERECHO SE PAGA

Entre las nociones, definiciones y significados sobre los derechos, las participantes con frecuencia hicieron la alusión de que “tiene más derechos quienes los pueden pagar”. Esta apreciación se expresó desde dos

posiciones sociales bien diferenciadas (mujeres de Oportunidades y las que no pertenecen al programa) y, por ende, también de las disposiciones y apreciaciones de ellas. Por un lado, en los testimonios, sobre todo de las beneficiarias de Oportunidades, hubo quienes expresaron como algo “lógico”, “obvio”, que el servicio es seguro para quienes tienen recursos para pagarlo. Pero las entrevistadas que no eran beneficiarias, fuera de esta relación asistencial, expresaron algo similar.

ENT: Entonces, ¿de qué depende que tengamos derecho a tener atención médica?

Quien sabe, que pagues yo creo [risas]. Pues sí ¿de qué otra cosa? Porque pues antes estaba muy bien [...] hacían el Papanicolaou aunque no tuviera uno Seguro [IMSS] y ahora pues tienes que tener, para cualquier cosa [...] si hasta para las vacunas tienes que tener Seguro (Luisa, 37, NO).

Si estamos cumpliendo, pagando impuestos, siendo buenos ciudadanos, tenemos el derecho [...] creo que ese es uno de los derechos que tenemos, la opción de pedirlo (Lucero, 50, NO).

Estamos pagando, es un derecho de nosotros como personas [...] de nuestro gobierno, es responsabilidad de ellos que estemos bien (Olga, 38, O).

La expresión “*que pagues yo creo [...], ¿de qué otra cosa?*” Así como la de “*ser buenos ciudadanos*” en cuanto al deber de pagar impuestos al gobierno, aunque refiere al pago de varios, en el fondo alude al derecho a recibir atención médica pues ya se paga por él, y no por contar con el estatus de ciudadana y por ello ejercer derechos. Lucero expresa que se tiene “la opción de pedirlo”, al mencionar los derechos, pero no se refiere a exigirlos. Lo aparente de la contradicción se sustenta, además, en los valores que, como mujeres y personas, viven en un contexto particular, se refieren a que “los derechos se pagan”; dicho contexto envía permanentemente el mensaje de que éstos, a pesar de las leyes y normas, no pueden concretarse; que no existen las condiciones de posibilidad para ello.

Este razonamiento incluso se expresa desde la mirada de las mujeres con mayor información y conciencia de los derechos. Ilse critica que en México así parece funcionar el acceso a los derechos y, en particular, al de la atención a la salud; ella refiere que como ciudadana ya lo había pagado, o se paga con los impuestos a través del trabajo, o de plano, pagar por un derecho “privatizado”, lo cual, estrictamente, deja de ser un derecho en los términos en los que se ha definido. En el mismo sentido, Lucero hace la relación del pago con la ignorancia o desinformación de las personas humildes sin educación.

[...] en realidad no tenemos derecho, porque mientras que como trabajador tienes derecho, entre paréntesis gratuito, [pues] te quitan de tu sueldo, cuando no tienes un trabajo formal, donde no te inscriben a una seguridad social, pues en realidad tienes el derecho si tienes dinero, si no tienes dinero pues no tienes derecho [...] Entonces pues no, no tienes derecho a la salud, nomás el nombre [...] en realidad te lo pagas, porque incluso ya ves que hasta te sale más barato ir a las farmacias similares que ir al centro de salud [...] no estás ejerciendo un derecho público, en realidad se está privatizando tu derecho a tu salud, porque tú tienes que pagar para conseguirlo [...] (Ilse, 32, O).

[...] entre más humilde, menos educación, pues a lo mejor dices: no tengo derecho, si yo pagara, si yo hiciera, si yo [...] entonces no lo haces (Lucero, 50, NO).

En el siguiente testimonio se ofrece la definición de derecho como una prestación que no debería pelearse.

- Pues no, no, no lo veo tan derecho, el derecho [el derecho a la salud].
- ¿Por qué? Porque si fuera derecho, un derecho realmente y [...] dado [...] fuera gratuito, pero como no es gratuito, entonces ¿por qué tenemos que dar algo?
- Tiene derecho nomás el que paga.
- Ándale. Entonces no es derecho-derecho.
- Deberíamos tener el derecho sin tener que pagar.
- Si pagando no dan un buen servicio [...].
- Menos sin pagar.
- Sin pagar no se debería tener un servicio de esa clase, ¿por qué?, por el simple hecho de que nosotros ya trabajamos toda la vida, ya aportamos al gobierno, pagamos impuestos y todo, entonces debería de haber un derecho de por vida (GF 5-O).⁴⁸

Es pertinente anotar aquí los planteamientos de Fraser y Honneth (2006) sobre la idea de justicia en la distribución de los recursos, así como del reconocimiento que debe prevalecer como ciudadano. Ambos elementos se pueden identificar en las narrativas, cuando se mencionan las carencias derivadas de una distribución injusta de los recursos económicos, así como de la falta de reconocimiento y respeto por parte de las autoridades hacia los ciudadanos. Estas nociones, de cómo funciona acceder a un derecho, se complementan con la idea de que el Estado no valora, ni reconoce a las ciudadanas y sus derechos.

Yo siento que esas personas del gobierno cambian todo, pero no se enfocan en la salud, no se enfocan en las necesidades básicas del ser humano, realmente se enfocan más en la cuestión económica ¿verdad? Por ejemplo, el Seguro Social [IMSS] es un servicio mal dado [...] siento así, esos patrones ¡prepotentes! ¡machistas!, así [pienso] ‘¡toma! y ¡esto te mereces campesino!’ Así, ‘ahí te va esto y te aguantas y yo ya cumplí’, como el gobernador, como el presidente de la república [...] Ese es el valor que el gobierno nos está dando a nosotros como mexicanos, el servicio está malo, nosotros para el presidente ¿somos? [...] equis [...] (Rebeca, 32, NO).

La visión mercantilista de la salud contrasta con el discurso del derecho y la ciudadanía, ya que si se cuenta con capacidad adquisitiva puede pagarse un servicio privado y no “aguantar” en los públicos.⁴⁹ Sobre todo en la zona rural, las pacientes tenían una práctica asidua de acudir a las farmacias privadas de bajo costo, a buscar consulta médica y los medicamentos, a pesar de contar con un servicio público, como el Seguro Popular, o de seguridad social como el IMSS, conforme a los argumentos señalados, como la dificultad en acceso o por mala calidad de la atención.

En la similar ¿dónde vamos a ir? [risas] Uno se tiene que aguantar ¿no? [...] o sea, se me hace hasta un favor lo que nos ofrecen y sí nos sacan de apuro (Rebeca, 32, NO).

Esta práctica es reflejo de varias condiciones macroestructurales, en primer lugar de un largo proceso de privatización de la salud en México, que en conjunto con una cultura limitada de derechos en la población, este tipo de opciones privadas ha tenido éxito en la atención médica. En el testimonio anterior, Rebeca reconoce el valor del servicio, pues termina resolviendo sus necesidades de atención de manera

⁴⁸ Cuando hay más de una intervención en los testimonios de los GF, se diferencia con un guión (-).

⁴⁹ Entre la vasta literatura sobre las características del neoliberalismo, y sus efectos en los derechos, se retoma a Marques y Rajchenberg (1998, 7), para señalar que “en la doctrina neoliberal no hay lugar para los derechos sociales universales; sólo hay capacidad o no de acceder, gracias a la mediación del mercado y, por tanto, del dinero a la educación, a los servicios de salud, a la salvaguarda de la vida, a la jubilación, etcétera. Todo puede ser comprado y vendido, lo cual es otra forma de decir que todo tiene precio.”

“más fácil” y lo agradece. De nuevo aparece el mensaje: el “derecho se paga”, por tanto, la percepción y apreciación es que el derecho a la salud lo pueden “ejercer” quienes tienen recursos. El agradecimiento a la empresa privada, por ofrecer el servicio a bajo costo, expresa con nitidez que el mensaje se ha asumido ya como una condición indiscutible. Aunque de manera racional se critique o se exprese el deber ser del derecho a la salud, en muchos casos y como una práctica generalizada, se resuelve la necesidad de atención en el servicio privado.

Hay que enfatizar que este tipo de atención privada promueve la no exigencia de derechos, tampoco educa para la salud, y termina por desempoderar a las mujeres, que en su discurso critican las limitaciones de la atención de los servicios de salud públicos, pero que lo solucionan de esta manera.

Por otro lado, algunas participantes cuestionan el hecho de que los pacientes tengan que exigir una buena atención médica, cuando debe contemplarse como parte inherente de los derechos dentro del sistema de salud, sin necesidad de que emprendan acciones de exigencia y denuncia.

ENT: ¿Tú crees que tenemos derecho a exigir atención médica?

Sí, pero sobre todo no deberíamos de exigir, debería de estar ya, recibirla sin necesidad de exigirla.

ENT: Como mujeres, ¿qué necesitamos hacer para poder exigirla, ante esa falta de atención?

[...] conocer nuestros derechos sexuales y reproductivos, saber que es justo, exigirla y hasta obtenerla y pues es educación sexual, de ahí viene el conocimiento y el empoderamiento sobre tu cuerpo y no permitir que ningún médico ni nadie te enjuicie sobre tus derechos sexuales y ejercer tu libertad sexual (Ilse, 32, O).

En la información vertida en los GF, las mujeres se cuestionaban entre ellas sobre las condiciones reales en las cuales pueden o no ejercer su derecho a la salud, para pasar de esa etapa del reconocimiento discursivo a la práctica; en las EP, en cambio, aunque describían experiencias negativas en la atención médica, sólo una reconoció una violación a sus derechos.

EJERCICIO DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN

En las narrativas se exponen las formas en que las mujeres ponen en práctica el derecho a la información en salud, en qué condiciones aceptan los procedimientos médicos para ellas y sus hijos, y si consideran que pueden exigirlo en la atención médica.

ENT: ¿Tú consideras Edna, que es obligación del médico darte esa información?

¿Mmm? *Pues tanto como obligación [...] no,*⁵⁰ porque a veces cada doctor tiene diferentes [...] puntos de vista o manera de pensar. Hay doctores que les gusta tener a sus pacientes informados de la situación, que te proporcionan toda la información, hay doctores que sólo van y hacen su trabajo, y si tú sabes bueno y si no, pues no es mucho que les interese a ellos. Pero sí sería bueno, en mi opinión, de que me gustaría que mi doctor me facilitara toda la información, pero igual si no me la quiere facilitar, yo le pregunto y yo le hago saber que yo necesito esa información [...] Yo siempre pregunto [risas]. A lo mejor, *a veces incomodo* a los doctores, porque muchos doctores tienen la costumbre que sólo revisan, están serios, revisando a los niños, yo me espero a que hagan su trabajo, revisen a los niños o me revisen a mí. Al final, hago las preguntas o hasta de otras cosas que yo tengo dudas, de alguna enfermedad o algo, las hago [...] unos de buena gana, otros de no tan buena gana, unos te dan la información amplia, otros un

⁵⁰ Las cursivas son nuestras.

poquito más resumida [...] Por lo regular no me gusta quedarme con la duda, pregunto, *aunque los molesto*, bromeo un poquito para romper el turrón, pero que me contesten, pero por lo regular no me he quedado con [dudas] [...] (Edna, 30, NO).

A pesar de que Edna expresa claramente sus estrategias para conseguir que se le informe en la consulta, con la expresión “pues tanto como obligación [...] no”, manifiesta un habitus de paciente de no exigir un derecho al referirse a “*a veces incomodo*” o “*aunque los molesto*”; el derecho a “recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz” se espera del médico como un acto de voluntad. La diferencia respecto a muchas de las demás participantes, según cuenta, es que busca la forma de que se le explique sobre el problema de salud. Se evidencia también, como es el caso de muchas, que las nociones sobre derechos se quedan en lo abstracto, en un “deber ser”. Edna dijo que “a mi entender un derecho es que tú puedes exigir algo [...]”, que apunta a una aparente contradicción en su expresión verbal, entre el conocimiento sobre lo que son los derechos y su práctica en la atención, es decir, entre el “deber ser” y el “hacer” o “lo que es”. Bourdieu se refiere teóricamente a estas contradicciones, a la lógica de la lógica (el deber ser) y la lógica de la práctica (lo que se hace) (2007).⁵¹

Sobre esto es pertinente recordar lo que el mismo autor refiere respecto a cómo funciona el habitus, que para este caso se puede adjetivar como el habitus de género y habitus de paciente:

[...] sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente [...] (Bourdieu 2007, 86)

Las condiciones bajo las cuales se acepta un procedimiento médico, sobre todo en caso de hospitalización o intervención quirúrgica, delimitan también el acceso a la información. Las participantes, al ser madres de familia, se han enfrentado a la toma de decisiones sobre la salud de sus hijos, y esto le imprime un sentido distinto de premura para la resolución del problema, y se puede apreciar el habitus de género que, como característica principal, es cuidar de otros antes que de sí misma. Tal es el caso de Corintia, quien vivió una cirugía de emergencia en una de sus hijas, nadie le explicó sobre el formato del consentimiento que se debía firmar.

Sí, los dos firmamos [ella y su esposo].

ENT: ¿Qué firmaban?

Pues firmamos esto del papel ese que está de acuerdo uno a que le opere, por si pasa alguna cosa pues ya está firmado. Y los dos pasamos a firmar [...]

ENT: ¿El médico les explicó lo que decía ahí?

No [...] No, nos dijeron, nos hablaron a nosotros, que pasáramos a firmar [...] nomás me dijeron que firmara porque ya la iban a operar. Que necesitamos firmar los papás [...] No [...] ni trató de leernos nada, no le hace, si lo que queríamos era que la operaran (Corintia, 45, NO).

El derecho a la información se definió como el que tiene el paciente de recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz que le permita entender su problema de salud, tomar decisiones frente al médico y llevar a cabo su autocuidado. Sin embargo, en situaciones complejas y de urgencia, la dificultad para lograr la

⁵¹ Ambas pertenecen a planos distintos, pero al mismo tiempo se conjugan y traslapan en las propias prácticas; se expresa la influencia del contexto en las lógicas de las prácticas y en el discurso (véase nota 38).

información y un consentimiento se vuelve doblemente difícil. Ello no exime de responsabilidad al prestador médico de los procedimientos de la intervención, a pesar de contar con la aceptación “sin saber” de parte de los pacientes, mediante la firma de un formato, pues el consentimiento, como instrumento legal, va más allá de la protección legal para el médico y la institución, al representar a una función educadora y propiciadora de la participación activa del paciente durante su trayectoria de atención, y concretar el derecho como tal (Núñez 2006; O’Neill 2003).

El consentimiento es parte de cualquier procedimiento médico, la premisa es que se respete la toma de decisiones del paciente sobre su salud con información entendible, sin coerción o imposición de médicos o enfermeras. Sin embargo, algunas participantes reportaron que habían sido sometidas a pruebas como la del Papanicolaou, sin un consentimiento previo.

No me acuerdo por qué fui ese día al centro de salud, yo venía del trabajo y me dijeron que si nunca me lo había hecho [la prueba del Papanicolaou] y les dije que no, y ahí me encerraron, a que me lo iba a hacer [...] me encerraron y me dijeron que no me iban a dejar salir si no me lo hacía.

ENT: ¿Cómo te dijeron eso, obligándote?

Sí, o sea, casi no había gente y [...] me dijeron, ‘es que te lo vamos a hacer porque ahorita hay tiempo para hacértelo y que es necesario hacértelo’, dijeron y yo, ‘no, luego vuelvo’, y que ‘no, no te vas a ir’, ‘pos’ más que sea pa’ irme a bañar’, ‘no, si te vas ya no vas a venir’. Me encerraron y ya no me dejaron salir hasta que me lo hicieron, pero digo yo, ¿de qué sirvió? Si de todos modos no me dieron los resultados, no me los dieron nunca (Eduwiges, 27, NO).

Hay que subrayar cómo la entrevistada minimizó la violación de un derecho, pues más que criticar el hecho, la queja fue que no hayan entregado los resultados de la prueba. Esta experiencia, narrada por Eduwiges, ayuda a comprender cómo, en la cotidianidad de la atención médica no se escucha el discurso de los derechos, y tampoco se lleva a cabo en las prácticas, con lo que se cierra el círculo de la omisión. Pollack (2004), al reflexionar sobre el consentimiento informado, indica la necesidad de visibilizar la desigualdad en la relación médico-paciente, establecida por la dependencia del segundo al conocimiento técnico-científico del primero, así como la importancia de respetar y proteger la autonomía del paciente a través de las decisiones tomadas libremente. El ejercicio del derecho a la información, que incluye el trámite del consentimiento informado, se presenta de forma relativa, como se aprecia en los testimonios siguientes.

ENT: ¿Y la médica le pide permiso para hacérsela [la exploración de mamas]?

No, pues me dice, ‘¿no te has hecho la exploración?’, ‘pues a veces, cuando me acuerdo’, ‘pues a ver, quítate el brasier para hacértela’. Pero de pedir permiso, ‘¿quieres que te lo haga?’ No, ella nos dice. [Y] Está bien, es que ella es la doctora y tiene que hacerlo, y si le pide permiso y si yo no quiero o algo [risas], y eso es de a huevo que te tienes que [hacer] [...] Son gente que saben y que conocen, tienen que hacerlo (Luisa, 37, NO).

ENT: ¿A ti te han pedido permiso [para hacer la exploración de mamas]?

¡Ah, no! Pues cuando me la hicieron acá, me dijeron [...] ‘¿Señora, se puede quitar la blusa y el brasier?’ O sea, todo, ¿no?, ‘porque le vamos a hacer también la prueba’. Pero no me dijeron ‘¿quieres que te la haga?’ No, ‘se quita la blusa y se quita todo para hacérsela’. O sea, me avisaron, pero no me pidieron permiso, y pues ya que estás arriba [de la mesa de exploración], ni modo de regresarte (Macaria, 28, O).

Yo creo que los doctores asumen que ya porque vas [al Papanicolaou], te pueden hacer todo ¿no? O sea, no hay como un previo, asumen que abras las piernas [...] eso ya es como que ya te pueden hacer [...]

ENT: ¿Te explicaron?

No me explicaron, no me dijeron, ‘oye fíjate, mira, tal’. No [...] Pero sí cierto, no te explican, o sea, no te dicen, ‘oye, se puede hacer otra cosa’, o algo así (GF 6-O).

La salud ha sido y es un eje principal en la lucha feminista en América Latina, de donde se derivan acciones enfocadas a la salud reproductiva de las mujeres (Ávila 2001). Los tipos de cáncer, a partir de los cuales se indagó en esta investigación el derecho a la información, son problemas de salud considerados graves en la vida de las mujeres. El recibir información o no, puede representar una diferencia significativa en las formas en que se busque ayuda, se viva la experiencia o se implemente el cuidado y su seguimiento.

Aunque no se trabajó con mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino y de mama, se hizo en el marco de los programas de detección oportuna de ambos. Entre las narrativas se reconoce que estas patologías pueden ser graves, sin embargo, cuando las mujeres acuden a las pruebas fue frecuente escuchar que no se pregunta sobre el tema, según se observó en los testimonios.

Las pacientes aceptan las decisiones del médico como algo dado e incuestionable, según un doble argumento: el del saber y las prácticas que expresan los hábitos de género y de paciente frente al médico. Algunas de las entrevistadas manifestaron que dejan en manos del profesional las decisiones, pues ellos son “los que saben” y dejan de lado la posibilidad de decidir sobre su cuerpo y su salud. Y, muchas veces se les escuchó decir que se sentían molestas, inconformes y desconfiadas con la información que no recibían, o porque era limitada. Frente a estas situaciones, el personal médico opera en la lógica práctica en su quehacer, pues mientras no haya demanda por un cambio de otros agentes, además de las pacientes, las rutinas continúan.

Estas mismas situaciones ocurren en otros problemas de salud y del manejo de la información; Stewart et al. (2004) realizaron un estudio con pacientes con enfermedades coronarias, encontraron que 50 por ciento reportó que son los médicos quienes toman las decisiones principales, a pesar de su preferencia por hacerlo ellos; otros estudios similares son los de Smith et al. (2009); Murtagh y Hepworth (2003) y McMullen (2012). Estas prácticas y condiciones en la atención médica son naturalizadas por las pacientes y el propio personal, que difícilmente se cuestionan, a pesar de que algunas de las participantes se sintieron incómodas, pero aceptaron sin cuestionamientos estas decisiones de los médicos, así como la falta de información sobre su salud.

Cuando a mí me atendieron había dos médicos [...] estaban los estudios y se los entregaron a ellos para que los vieran [...] creo que eran tres médicos y dialogaban entre ellos, pero sí me dijeron que no tuviera temor, que no era algo grave, que no eran malignos, que me iban a tener en observación, que me iban a poner citas para ver cómo iban evolucionando los bultos que me habían salido. Pero no les pregunté abiertamente porque hablaban rápido y yo vi que era rápido allá [en el hospital]. Allá sí era muy rápido todo, no había [...] como que no tuve tiempo de estarles preguntando [...] Con el ginecólogo, eran bien rápidas [las consultas] [...] se veía que no había tiempo de preguntarles (Elvira, 45, O).

ENT: Cuando has ido al médico particular, ¿te da esa oportunidad de que tú le preguntes?

Sí, pero siento de todas formas como que es un poco apresurado [...] casi [que] tengas tu cuestionario ya hecho, porque siento que si no tengo las preguntas frescas, siento de cierta forma un apuro [...]

ENT: ¿Por parte del médico?

Sí, por parte del médico [...] yo creo que sí porque me la ha de transmitir pues porque yo digo: ‘ah pues es que es particular, ha de estar otra gente esperando’. Y se traduce en dinero el tiempo, entonces es como que ‘apúrate’ [risa] (Ilse, 32, O).

Durante la consulta entran en juego los hábitos tanto del personal médico como de las pacientes, uno dominante, el otro subordinado. Al aceptarse la conducta del médico, con expresiones como “no había tiempo de preguntarles” y “apúrate”, y aunque él no lo expresara abiertamente, las pacientes han interiorizado estas normas de la relación médico-paciente sobrevalorando el tiempo y las actividades del médico. Otras mujeres coincidieron en este sentido.

En otras ocasiones que buscaba atención a veces no preguntaba por no ‘quitarle el tiempo’ al médico o por inseguridad (Lucero, 50, NO).

ENT: ¿Por qué cree que no nos animamos a decirle algo?

No, pues [...] nomás por no andar alegando, batallando así [...] Por respeto también, muchas veces porque no le quiere faltar una al respeto (Corintia, 45, NO).

ENT: ¿Qué necesitamos nosotros ya sea como pacientes o como familiares, para pedir información?

Ser intrusos, yo creo, porque no te queda de otra, porque si te esperas a que te digan pues nunca te van a decir nada [...] a ver, ‘a quién le voy a preguntar?, o qué le voy a decir?, o dime dónde está para ir a buscarlo?’ Moverte, porque si te quedas sentado esperando a que vengan, no vienen (Macaria, 28, O).

Las expresiones “por inseguridad”, “faltar al respeto” y “ser intrusos” aluden al hábito de paciente; sobre todo las dos últimas reflejan la percepción de que preguntar, no es la conducta que se espera de ellas, no es lo adecuado por no pertenecer a ese campo, con todo lo que esto conlleva. Las dificultades aprendidas en la experiencia de la atención, a fuerza de la reiteración de la práctica, es parte del funcionamiento de un campo respecto a sus agentes; son actos simbólicos, cargados de una fuerza de conminación sutil, pero efectiva. Se entiende entonces por qué hablar de derechos se distancia de una práctica posible. Bourdieu refiere:

Para que el acto simbólico ejerza, sin gasto de energía visible, esta especie de eficacia mágica, es necesario que una labor previa, a menudo invisible, y en cualquier caso olvidada, reprimida, haya producido, entre quienes están sometidos al acto de imposición, de conminación, las disposiciones necesarias para que sientan que tienen que obedecer sin siquiera plantearse la cuestión de la obediencia (1997, 173).

Según la información de uno de los GF, entre las participantes hay un consenso en señalar que no es fácil insistir en preguntar al personal médico, porque se desconfía de la reacción de él y, en consecuencia, limitan cualquier acción que pueda incomodar. En este mismo grupo y en una entrevista se relataron algunas explicaciones que el médico esgrimió para no dar la información.

ENT: ¿Qué hacemos con esas dudas que nos quedan cuando vamos al médico?

- Yo soy muy preguntona [...] Por ejemplo, en mi caso mi niño es el que va más al doctor y ‘el niño tiene amigdal [amigdalitis] [...]’, que no sé qué. ‘¿Qué es eso doctor?’ Como dice el doctor: ‘no seas cabezona’, ¿no? O sea, ¡bello! Yo no estudié medicina [...]

- Se enojan, se molestan.

- Se fastidian.

- No, pero siempre o sea, tú tienes que saber, tienes que estar enterada de qué es lo que le vas a dar a tu hijo, para qué sirve y qué reacciones puede tener ese medicamento.

- De hecho me dijo ese doctor: ‘¿Para qué quieres saber? ¿Para cuando él se enferme tú darle [...] automedicarlo?’ me dijo. ‘Quiero saber para qué le está dando este medicamento a mi hijo’ (GF 11- NO).

Yo me acuerdo no hace mucho tiempo, yo le pregunté al doctor ‘¿por qué me está dando este medicamento?’, él estaba escribiendo y me volteó a ver a los ojos y me dijo ‘¿por qué?’, me dijo ese doctor, ‘nosotros regularmente estamos evitando que la gente se automedique, por eso muchas veces no le damos la información a la gente. Porque si yo te digo que esta medicina sirve para esto, esta para esto, pero tú no vas a saber cuántos miligramos te vas a tomar, tú no vas a saber por peso, tú no vas a saber por horas, tú no vas a saber [...] Tú nomás vas a saber que es para eso, entonces si yo te digo y yo te explico, tú con la idea que yo te doy, te puedes automedicar’ (Rebeca, 32, NO).

En los estudios sobre áreas de formación médica, de administración de hospitales o sobre la relación médico-paciente, hay mucha bibliografía que documenta la necesidad de que el personal médico se capacite en técnicas de comunicación para brindar la información accesible y suficiente al paciente (Smith et al. 2009; Barbero 2006). Pero son mucho menos los que señalan que el problema de no brindar información a las pacientes se debe a factores más complejos, y no se reduce a la falta de capacidad de comunicación, aunque en parte esa sea la razón, como que es el reflejo de un campo dominante y que se limite la perspectiva de derechos. Heritage y Maynard (2011) hacen una revisión amplia de la bibliografía sobre “dilemas sociales, morales y técnicas que los médicos y los pacientes se enfrentan en la atención primaria, y los recursos que se despliegan en la solución de ellos” (2011, 323) y reconoce que dada la complejidad de la relación médico-paciente, no existe un marco conceptual estable para el análisis, asimismo, identifica que la falta de estudios históricos hace difícil evaluar la evolución y el cambio. Esta revisión se hizo sobre estudios de países avanzados en el reconocimiento de los derechos de los pacientes.

Sin embargo, en México, la relación cara a cara se complica al sumarse otras condiciones que prevalecen alrededor del respeto y ejercicio de derechos de las pacientes, referidas a que la hegemonía de la disciplina en el cuidado de la salud, el autoritarismo, la dominación y el ejercicio autónomo cursan contra los derechos de los pacientes, como Castro (2011) ha discutido sobre la génesis del habitus profesional del médico.

Es en la relación médico-paciente donde se viven las desigualdades del campo médico, así como los constreñimientos sociales que en general no promueven el ejercicio de derechos y, en particular, no los exigen en la atención médica. Esto se identificó en los testimonios expuestos en este trabajo. A pesar de ello, muchas experiencias que causan malestar y daños en el espacio de la consulta no se concretan en una queja formal, en la institución donde ocurrió, ni en la CONAMED.⁵²

Enseguida se presentan testimonios sobre la aceptación tácita de las formas ya consuetudinarias en la entrega de información sobre la prueba del PAP; la larga espera de los resultados y la falta de información influyen para que las mujeres aplacen la realización de la prueba en el futuro (Wallace et al. 2007; Weisner

⁵² En la introducción se describen algunas estadísticas sobre las quejas presentadas en la CONAMED, que se relacionan con el derecho a la información.

et al. 2006). Baron et al. (2008), a través de un análisis de publicaciones sobre el uso de las pruebas del PAP y la mamografía, reportan que es necesario que se brinde información suficiente sobre las pruebas, los beneficios, procedimientos e indicaciones, y que además se consideren las actitudes y las creencias de la población sobre éstas.

En uno de los GF se expresó un acuerdo implícito en los servicios de salud: “si no te dan los resultados o no te hablan, es porque no saliste mal”, y desde esta práctica muchas de las pacientes se cobijan para no esperar más información sobre la prueba ni los resultados, y así tampoco se preocupan.

ENT: ¿Y qué les dicen la primera vez que van al Papanicolaou?

[En el centro de salud] no le dicen nada a uno, nada más, ‘¿a qué viene?’, ‘no pues vengo a hacerme el Papanicolaou’, y ‘pásele para dentro’, es todo. Le hacen la prueba a uno y ‘dentro de dos, tres meses venga por los resultados’. Pero va uno y nunca tienen resultados [...] y luego preguntas, ‘no pues, si no saliste mal pues [...] es que estás bien, o te van a hablar, si no te dan los resultados es porque no saliste mal’ (GF 10-NO).

Yo la última vez que me lo hice [el PAP] sí me quedé con duda porque no me lo enseñaron, la enfermera que me lo hizo me dijo que había salido bien. Me dijo: ‘Porque si hubiera salido mal, ya te hubiéramos llamado [...] La doctora se quedó con tus resultados’ [...] Y duraron como tres meses para entregármelo y supuestamente en una semana me lo entregaban (GF 13-NO).

Sí, sí me he quedado con dudas, porque yo me lo hago en módulos [el PAP] [...] cuando paso a hacerme la prueba sí me tratan muy bien, pero ya al momento del resultado sí me quedo con dudas, porque por las prisas y el médico no me informa y nada más me dice: ‘Dentro del rango [...] normal, saliste normal’ [...] me dicen que cada año nada más, pero en sí, yo me imagino que debe de ser en menos tiempo digo yo, no sé. Hasta ahí [...] Sí me gustaría saber más (GF 11-NO).

Yo la última vez que me lo vine a hacer aquí [se hizo el PAP en el módulo del centro de desarrollo], no me quise quedar con dudas, estaba inquieta, quería saber si tenía alguna infección y me dieron los resultados. No me lo explicaron en el momento, pero pues yo no los entiendo [...] venían unas cosas ahí, ‘¿y qué significa esto?’, ya me lo leyó la muchacha y ya me dijo, ‘estás bien de esto, está bien’, ‘¿o sea que estoy limpia?’, le digo, ‘¿no tengo que hacer nada, otra cosa?’, ‘no’, me dice, ‘todo está bien, estás limpia’, y no me quise quedar con la duda, como otras veces [...] pues ahí dependió de mí, ¿no? Sí me hubiera ido con la duda, pero mejor pregunté (GF 9-NO).

Nigenda, Caballero y González (2009), en un estudio sobre las barreras para el diagnóstico oportuno de cáncer de mama con mujeres de Oaxaca y del Distrito Federal, reportaron que ellas no tienen la información necesaria sobre la exploración mamaria, ya que no existen los canales de transmisión de información ni la cobertura necesaria para toda la población, además de existir otras barreras relacionadas con la cultura y el género. A pesar del incremento en la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, que ya ha desplazado al cervicouterino tanto a escala nacional como estatal, no existe una política de difusión masiva sobre derechos en la atención, que promueva una apropiación del cuidado de la salud de las mujeres, como tampoco existe dentro del espacio de la consulta médica. La exploración mamaria se difunde menos, y se realiza más como parte de una rutina en la prueba del PAP, según quedó registrado en las narrativas. Esta práctica también omite la información necesaria y clara para las atendidas. En un GF, las participantes refirieron que cuando les hicieron la exploración mamaria no les solicitaron autorización.

- A mí no me dijeron, yo fui al Papanicolaou [...] Me dijeron: ‘Súbase la blusa y quítese el brasier’. ‘Ay’, me quedé yo [...] ‘Le vamos a hacer la prueba del cáncer de mama’, y pues con el solo hecho de estar con [...] la ropa abajo y luego arriba tendida ahí [...] me agarraron de la muñeca y me subieron el brazo y ya [...] y sí me quedé yo [...] [gesto de sorpresa], pues de perdida hubieran avisado, ¿no? [...]

- A mí han dicho: ‘Te voy a tocar para ver si tienes alguna bolita’ [...] porque la doctora, le digo, es bien agradable, te da mucha confianza. Pero yo lo veo como ‘¡Ah, qué buena onda que haga su trabajo!’ Y sí, o sea pero también en una forma, si estás abierta [las piernas abiertas durante el PAP] y luego como que ya te quitan todo, como que eso ya es muy denigrante (GF 11-NO).

ENT: ¿Y les han pedido permiso para hacer la revisión [de las mamas]?

- ¿Mmm? ‘bájate la bata porque te vamos a [...]’ [Risas]

- Eso no es pedir permiso, eso es una orden.

- ¡Ah! Pues así me han dicho a mí.

ENT: ¿Entonces no nos piden permiso?

- A mí sí.

- ¡Ah no! ¿De decirme: ‘puedo revisar?’ No. ‘Bájate la bata porque te vamos a revisar también eso’ (GF 1-O).

Como son dos tipos de cáncer sobre las partes sexuales de las mujeres, consideradas sensibles a su intimidad, las normas culturales sobre el cuerpo indican pudor antes que nada; a pesar de la necesidad de la detección oportuna del cáncer, es frecuente escuchar quejas por la falta de un trato amable, respetuoso, sensible y de confianza con el personal médico, y esto entra en la consideración en la toma de decisiones y alude al derecho a recibir un trato digno y respetuoso.

- Pues a mí me la hicieron [la exploración mamaria] allí en el centro de salud [...] yo me hacía la que no miraba y me espantaba más bien y así [se toca sus senos [...] risas] y me decía: ‘¿Le duele aquí, le duele allá o qué?’, ¡Ay! ¡Me espantó, salí más fría[...]!

ENT: ¿Pero no les explicaron el por qué de la exploración mamaria?

- Pues sí explican, ¿Qué no? [...] ¿No es por el cáncer?

- No, hace poquito yo me la hice, y no, no me platicó nada la muchacha

- Nomás dicen: ‘Está todo bien’ (GF 14-NO).

La falta de información oportuna y accesible es una situación que se conoce y se acepta, y es parte de la naturalización del no derecho. Poblano et al. (2004), al analizar algunos condicionantes para la práctica del examen clínico de la mama, encontraron que entre las usuarias de una unidad del IMSS y otra de la SSA en el Distrito Federal, no acudían con la oportunidad que debieran ya que esperaban recibir una mala atención por parte del personal médico masculino, falta de información, malos tratos y largo tiempo de espera. Las participantes refirieron experiencias similares.

- Yo estaba embarazada de la primer niña, tenía ocho meses pasados ya iba para los nueve. Y me dijeron: ‘verás, pásale, te vamos a hacer una prueba y siéntate ahí, quítate la ropa y siéntate ahí’ [...] me hicieron la prueba del cáncer, pero yo no sabía ni qué era la prueba del cáncer. Fue la primera vez que me la hicieron, me dolió [...] mucho.

ENT: ¿Y no te preguntaron?

- No, no me dijeron: ‘¿te quieres hacer la prueba del cáncer?’ Nomás me dijeron: ‘Te vamos a hacer una prueba y te vamos a sacar sangre’ [...] me dijeron ya que la tenía hecha (GF 1-O).

[...] me lastimó mucho [en la prueba del PAP], porque yo no sabía pues, ya ves tú que cuando subes las piernas estás tensa [...] y eso fue, que me lastimó y sí le dije al doctor, yo sí le dije al doctor que era muy brusco, que me había lastimado, que de perdida me hubiera dicho qué era lo que me iban a hacer y como que se molestó el doctor, pero pues lastimada ya estaba, ya no podía hacer nada.

ENT: ¿Y el doctor se molestó [...] qué le respondió?

No, no cuando yo le dije: ‘¡Ay! Me lastimó, de perdida me hubiera dicho qué es lo que me iba a hacer’ y luego, ‘pues si ya sabías, por eso te dije yo que te subieras para hacerte la prueba del cáncer’. Pero él no me dijo, ‘te voy a checar, te voy a hacer la prueba del cáncer’, no me dijo nada, de hecho andaba reglando (GF 2-O).

De seguro la expresión “pásale, te vamos a hacer una prueba [...]” fijó en esta participante el recuerdo de una mala experiencia con el PAP. Sin embargo, como se lee en el testimonio, ella no cuestionó la práctica en términos de derechos, pues parece haber aceptado sin más la invitación. El derecho a la información se relaciona con la mayoría de los que establece la Carta de los Derechos Generales de las Pacientes (SSA 2001), uno de ellos es el de ser tratada con confidencialidad. En el GF 1-O, las mujeres contaron sobre su experiencia cuando no se respetó la confidencialidad al ir por los resultados de la prueba del PAP; lo que aporta a que las mujeres que estaban allí refuerzan la naturalización de la omisión del derecho, y que acepten estas situaciones de violación de derechos. Enseguida se incluye la conversación en dicho GF sobre esta experiencia.

-Ahora, hace como dos años yo creo, cuando vinieron los de [...] de esa del Beltrones [ONG], me lo hice, pero ahí sí me dio más vergüenza [risa].

ENT: ¿Por qué?

- Porque había más gente pues y luego le daban el resultado a todo mundo ahí.

ENT: ¿Te daban el resultado enfrente de todo el mundo?

- Sí [...] Y ya esperaba uno sentada ahí, y nomás le preguntaban el nombre y ya decían qué [...] qué es lo que tenía uno, todo eso.

ENT: ¿En frente de todos? ¿No se esperaban a entrar a un consultorio, o algo así?

- No, ahí en toda la calle [risas].

- [Otra participante secundaria] así igual, el doctor nos decía: ‘A ver fulanita’ [...] ya pasabas ¿no? pero enfrente a todos ahí, ‘no, que tú salistes con esto y con esto otro y que te vas a hacer esto y te vas a poner estos óvulos y esta crema y en diez días ya vas a estar bien y no tengas relaciones sexuales con tu marido, por eso y por lo otro y [...]’ Pero enfrente de todo el mundo y no, ahí sí daba más vergüencita.

ENT: ¿Y cómo las hizo sentir eso de que el médico estuviera dando el diagnóstico [...]?

- Pues muy mal.

ENT: ¿Por qué?

- Pues te daba vergüenza que te dijera enfrente de todo el mundo, o sea, aparte de la vergüenza que te había dado pasar a hacértelo, porque siempre, la vergüenza de que te vean todo, o sea [...] el nervio que te da hacértelo y eso, y más todavía que el doctor te grite enfrente de todos, pues [...]

- Y que los vecinos sepan.

- Sí, porque es la misma colonia.

- “¡Ay! la V, fíjate que tiene infección.” [risas]. Imagínate que toda la gente [oiga], y la M oyó, la L oyó, que la V tenía infección. Es muy feo que te lo digan enfrente de toda la gente. Son cosas íntimas de uno.

- Si de por sí ya es bochornoso, o sea como penoso ir a hacértelo y luego todavía que te lo griten, eso ya es [...]

La figura de autoridad que representa el médico desmotiva a las pacientes a preguntar. Según la experiencia narrada, la vergüenza aflora como el primer sentimiento ante esta situación que vulnera la intimidad de las mujeres, tanto en la realización de la prueba como en la forma en que se les dio la información sobre sus resultados. Según esta percepción, hay urgencia por pasar el mal rato. Maier (2006), en un estudio con jornaleras agrícolas en Baja California, afirma que la vergüenza funciona como un mecanismo para que ellas no busquen o implementen procesos de apropiación de sus derechos sexuales y reproductivos, es decir, funciona como un control sobre los cuerpos y la sexualidad de las mujeres.

Ya se ha documentado que el género también emerge en la relación médico-paciente, para que se asuma una posición de mayor poder (West 1984; Waitzkin 1991). El género es una categoría que se expresa en los sistemas de organización social, y el campo médico es una estructura donde se expresan significados y prácticas relacionados con los valores y normas culturales sobre lo considerado femenino y masculino, que se manifiestan en las desigualdades de poder que se derivan de ello (Sen et al. 2005); durante la consulta, la relación desigual dificulta el intercambio de información y que las pacientes pregunten sobre sus dudas, tal como comentaron las de los siguientes GF:

Muchas veces ya los doctores no te dejan ni hablar [...] en el Seguro así es, no te dejan ni hablar: ‘No, salió bien, salió bien, está bien, está bien’ [...] y es todo lo que te dicen, ya no te dan chanza de preguntar nada, no le dicen nada a uno en el Seguro (GF, 1-O).

- Al menos yo he sentido que no se comunican contigo [...] es un formato establecido, que está bien ¿no? como en todos los procesos, como en todos los trámites por así decirlo [...] y ya de que pasas esa barrerita del trámite de datos, pasas y ya te pones tu bata [para realizarse el PAP] y rapidito [...] eso es algo que a mí no me gusta. Pues pasas y ya están dos vestidas y en la mesa del cuarto con la doctora y rápido. No sé si la doctora tenga otras cosas que hacer [...] al menos ahí en el George Papanicolaou [clínica de ONG], la doctora sí es amable en el sentido de: ‘Se va a sentar por favor, va a subir sus piernas’, y te explica todo lo que vas a hacer, pero más allá de eso, nada, siento yo que no hay comunicación.

ENT: ¿Y alguna de ustedes ha intentado establecer esa comunicación?

- Yo sí.

ENT: ¿Y cuál fue la respuesta?

- Es una respuesta ¿muy [...]?

ENT: ¿Fría?

- Lejos de lo fría, como muy limitada a lo que estás preguntando. Por ejemplo yo iba al servicio privado y de un de repente dije: ‘Voy a ir ahí, es más económico y he sabido que es buen servicio, voy a ir ahí’ [Agrupación George Papanicolaou]. Y en una de las ocasiones, en un año que yo fui, haz de cuenta que, ‘y tú periodo menstrual, ¿cuánto dura?’, eso te lo pregunta la doctora, pero son las preguntas establecidas en el formato. ‘¡Ah!, aprovechando que me pregunta eso, [...] ¿es normal?’, pero ella no me dijo nada [...] o sea, muy limitada la respuesta, ‘todo está normal, todo está bien’, y en las otras ocasiones si no les preguntas nada, ni siquiera te comunicas, no es la confianza de que, ‘¡ay!, qué a gusto que era con la doctora’, porque sientes como muy hostil el trato (GF 4-O).

Weisner et al. (2006) reportan que las mujeres, además de enfrentar algunas barreras en el acceso al servicio del PAP, se topan con un trato frío e impersonal de quien realiza la prueba. En otro estudio se menciona que aparte de la accesibilidad geográfica al servicio de salud, es necesaria la accesibilidad simbólica, referida a “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse [...] Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner et al. 2000 citado en Comes y Stolkiner 2005, 139).

La posibilidad de exigir está mediada por la autorización de las figuras dominantes, los médicos y las enfermeras y ante las instituciones; Herrera afirma sobre esto último, que “la posibilidad de reclamo de derechos por parte de los sujetos depende en gran medida de la subjetividad que se ha construido en la relación histórica que las instituciones estatales han establecido con la ciudadanía” (2010, 96). La autora considera que el discurso de las autoridades sobre la salud se dirige a consumidores más que a ciudadanos, lo que permea la subjetividad de las mujeres al acudir a los servicios obstaculizando el proceso de ciudadanía.

El género permea la ciudadanía femenina. Se ha considerado que el espacio propio de las mujeres es tradicionalmente el espacio privado y el público el de los derechos, donde son objetivados. Aunque poco a poco los cambios sociohistóricos han promovido mayor visibilización de las mujeres como agentes sociales con capacidades iguales a los de los varones, el ejercicio de derechos en el espacio de la salud aún dista de concretarse.

Muchos de los testimonios se refieren a situaciones específicas donde, conscientes o no, se ponen en práctica estrategias para conseguir información sobre sus problemas de salud. No se puede afirmar que este sea el ejercicio de un derecho, pues en muchas de las situaciones descritas la percepción es más bien de subordinación, al elaborar una justificación de la práctica del médico y de implementar estrategias que cuiden la relación médico-paciente respetando la posición hegemónica del médico y del personal de salud.

IV. LA EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN EN EL EJERCICIO DE DERECHOS EN SALUD⁵³

En este capítulo se presentan las indagaciones sobre la percepción y el ejercicio de derechos en salud de las mujeres con experiencia en participación organizada. La presentación se dividió en dos grandes apartados; el primero está enfocado a las de grupos independientes y con una mayor cohesión en su trabajo, y se incluyeron testimonios de algunos GF de mujeres no organizadas, sobre todo para enfatizar algunas de las percepciones compartidas. En el segundo se expone la información de las mujeres afiliadas al Programa Oportunidades, el cual depende de una coordinación externa e impuesta.

El origen de los grupos organizados que participaron en esta investigación fue distinto, lo que diferencia los objetivos que perseguían al agruparse y las estrategias de gestión que empleaban para lograrlos. Esta divergencia es mayor entre los extremos: los grupos que emprendieron estrategias y acciones de denuncia pública y lucha social para ejercer este y otros derechos, a diferencia de aquéllos cuyo papel más bien fue pasivo frente a la coordinación.

Esta indagación se dirigió a conocer qué han aprendido las mujeres organizadas⁵⁴ sobre el ejercicio de derechos, en particular en la atención de la salud. A partir de sus narrativas se buscó identificar cuáles eran las diferencias respecto a las mujeres que no habían participado en grupos.

LOS DERECHOS DESDE LA EXPERIENCIA DE LA PARTICIPACIÓN

La mayoría de las mujeres que participan en un grupo⁵⁵ han aprendido que este es un espacio de convivencia, donde se entablan relaciones de solidaridad y apoyo, y se comparte información sobre distintos temas. Aunque difieren en sus objetivos, a excepción de uno, todos se conformaron por el interés de sus integrantes, es decir, mantienen una participación activa en su organización, intervienen en sus decisiones y planeación, y trabajan en las tareas acordadas. Uno de los grupos fue convocado por mujeres de una organización externa, quienes propiciaron la formación de este centro comunitario, pero han aprendido, por sí mismas, a trabajar y gestionar recursos y respuestas para solucionar algunas de sus necesidades.

ENT: ¿En el grupo reciben algún tipo de capacitación?

Sí, sí, talleres de violencia intrafamiliar, de sexualidad, cómo hablarle a los hijos de sexualidad [...] Nos han orientado a qué dependencia acudir, si no lo saben lo averiguan, porque si yo tengo algún problema tratan ellas de ayudarnos [las dirigentes externas del grupo], o sea solidarizarnos en el grupo, porque muchas veces fíjate, no son ellas las que vienen a impartirlo, sino que ya nosotras mismas nos

⁵³ Parte de este análisis se presentó en la ponencia “Construcción de ciudadanía: la experiencia de participación y el ejercicio de derechos”, en el 3er. Congreso nacional de ciencias sociales, en febrero de 2012, en la Ciudad de México, y fue publicada en la memoria de éste.

⁵⁴ En el GF se planteó la siguiente pregunta, como detonante: ¿el hecho de pertenecer a algún grupo las apoya para exigir mejores servicios en la atención a la salud?, y ¿por qué?

⁵⁵ Seis de los ocho GF se conformaron con organizaciones de la zona urbana, en Hermosillo.

informamos, ‘oye voy a averiguarte o allá fulanito tal vez sepa’. Por eso ha funcionado el grupo y pues nos hacemos nuestras pachangas, convivimos, apoyamos si alguien no tiene trabajo, nos apoyamos unas con otras, simplemente con cuidarnos a los chamacos unas con otras ya es apoyo y así nos hemos mantenido, a miles de jalones y estirones (Olga, 38, O).

En un grupo de mujeres, además del trabajo de gestión para lograr el o los objetivos comunes, se comparten sus experiencias y problemas personales y familiares; en algunos de los GF se expresó, además, que comparten los aprendizajes respecto a los procesos de búsqueda de atención y apoyo en las instituciones de salud, aquí lo comentó una integrante del GF6.⁵⁶

Sí te sirve [pertener al grupo], te sirve mucho también en cuanto a querer buscar información [...] y no tenerle miedo a la información ¿no? Leer cosas de, ‘si no te exploras, te va a dar cáncer’, en otras circunstancias la hubiera dejado a un lado por el mismo temor. Sin embargo, ahora las leo, es como esos pequeños detalles y compartir [...] en acceder o tener información, en aceptar que te den información [...] y poder compartir, ‘tienes que ir porque estas son las virtudes de hacerte el Papanicolaou’ [...] sí te cambia, ¡claro que te cambia! (GF 6-O).

Otras mujeres difunden información en salud, pues son parte del comité de salud de su colonia, y aprendieron cosas básicas sobre varios temas. Ellas son figuras reconocidas y de confianza para las personas de la comunidad, lo que facilita el acercamiento entre los usuarios y las instituciones de salud.

- Nosotros somos del comité del centro de salud y muchas que estaban con nosotros, pues ahorita ya casi se ha deshecho el comité [...] había pláticas que te daban [...]

¡Uh! Sí, muy rico, verás qué a gusto.

- Así como comité hemos ayudado a mucha gente, porque a nosotros nos preguntan cosas, ‘no, pues vete al centro de salud y hazte un estudio’ o que ‘tengo esto y tengo el otro’, así mucha gente nos pregunta a nosotros (GF 5-O).⁵⁷

En otros trabajos está documentado que la forma en que las mujeres son vistas por el resto de la comunidad influye en la identificación de sí mismas, como sujetos de derecho (Amuchástegui y Rivas 2004) y en su capacidad de liderazgo. Tal es el caso del GF 5-O, en donde hubo expresiones en ese sentido, las integrantes se sentían orgullosas porque su trabajo puede ayudar a su comunidad.

Así, como comité hemos ayudado a mucha gente, porque a muchas de nosotros nos preguntan cosas, ‘no, pues [le digo] vete al centro de salud y hazte un estudio’ o que ‘tengo esto y tengo el otro’, así mucha gente nos pregunta así a nosotros (GF 5-O).

Algunas mujeres comentan que a través del grupo han aprendido sobre los canales de búsqueda de atención y de información, así como para recibir apoyo por parte de las otras mujeres cuando están en situaciones difíciles.

⁵⁶ Este GF se conformó con personas de grupos de feministas, y está integrado con las de más escolaridad, la mayoría tiene posgrado. El tiempo de participación en organizaciones y movimientos va de uno a ocho años de activismo social.

⁵⁷ La conformación de este grupo estuvo a cargo de una lideresa de la colonia, a quien se contactó a través de una mujer indígena reconocida en la lucha por los derechos de las mujeres. Además de participar en el comité de salud, otras desarrollan actividades dentro del comedor escolar, participan en la iglesia de la comunidad y asisten a cursos y talleres. El tiempo de participación va desde uno a más de veinte años, como promotoras de salud de la comunidad; varias de ellas ocupan puestos de toma de decisión y gestión, y organizan actividades de limpieza, salud, educación y acciones relacionadas con la religión católica.

ENT: Y a ti, el hecho de que tú participes aquí en el grupo, ¿te ha dado algunos elementos para exigir la atención de la salud?

Pues sí fíjate, de alguna forma sí, porque te sientes apoyado, sí te da ánimo, sí a mí me ha servido mucho estar en el grupo, por muchas formas, por compañerismo, por sentirnos más sólida con tu opinión, saber que cuentas con alguien, que hay gente que ahí vamos en la misma, parecida en la opinión, aunque es un grupo chico también se batalla para mantenerlo sólido. Estamos día con día en la lucha, que somos de diferentes opiniones, muy natural, pero a mí sí me ha servido de pérdida para comentarlo y a ver qué opinan (Olga, 38, O).

- Sí ha servido el grupo para salir adelante

ENT: ¿Cómo?, ¿en qué casos?

- Tener más información sobre cómo, a dónde acudir, reunirse [...] si no, pues vamos y preguntamos alguna de nosotras, si podemos ayudar, recibir información.

- Nos ayuda [...] de cómo desarrollarme con otras personas que saben más que uno. Ya ve que a veces uno aprende muchas cosas de otras personas, cómo desarrollar o platicar, pues también con otras personas (GF 2-O).

La participación dentro de la comunidad y la capacidad de liderazgo de alguna de las integrantes de estos grupos focales aportan al proceso de empoderamiento de las mujeres. Kabeer (2011; 1999) y Peterson y Hughey (2004) han estudiado la relación entre género y cohesión social en los grupos, y consideran que estos elementos pueden ser predictivos de empoderamiento. Sin embargo, en las narrativas de las mujeres organizadas, donde se implementó alguna estrategia o se llevó a cabo una medida para exigir el cumplimiento de algún derecho en salud los casos fueron más bien excepciones. Aunque el reconocimiento que hacen de su experiencia en el grupo, así como la apreciación sobre sus aprendizajes, es en términos generales, no quiere decir que sea irrelevante o deje de aportar a su empoderamiento.

Quedó claro en varios grupos que la participación de las mujeres les ha permitido conocer la experiencia cotidiana de otras, y saber cómo lograron solucionar algún problema en la gestión de servicios de salud.

ENT: ¿Ustedes creen que formar parte de un grupo les ayude, les enseñe cómo exigir mejores servicios de salud?

Pues yo digo que sí, porque muchas no sabemos qué hacer, pero la otra sí sabe qué podemos hacer. O sea, ya con las opiniones de diferentes, dices, ‘¡ah!, pues la otra vez me pasó a mí esto, ella lo hizo así y a ella sí le dieron respuesta, pues yo también la voy a hacer así para que a mí también me den una respuesta buena’ (GF 1-O).⁵⁸

Quienes integran grupos más relacionados con el derecho a la salud comparten este tipo de experiencias personales y, además de conocer el discurso formal sobre el derecho a la salud, expresan una conciencia social sobre las limitaciones del Estado para promover el ejercicio de derechos; a través de su experiencia, en la defensa y exigencia de derechos, han aprendido que el contexto limita el ejercicio de éstos. Las mujeres de varios de los grupos más proactivos expresaron una cohesión interna fuerte, clara y

⁵⁸ El promedio de edad de las participantes fue de 30 años, y seis de ocho tenían la primaria terminada. La mitad de ellas obtenía ingresos por autoempleo y también servicio de salud de la seguridad social y el resto contaba con Seguro Popular. La experiencia de participación iba de uno a diez años.

sistemática, sin embargo, también señalaron los obstáculos sociales y políticos que limitan seriamente su trabajo. Con base en lo que han aprendido, ellas tratan de ejercer sus derechos.

El trabajo me ha llevado a diferentes proyectos [...] que tienen que ver con el derecho. Incluso hace poco [...] estuve en un curso sobre acceso a la salud y presupuestos, y fue la primera capacitación en el tema, porque lo otro nos ha llegado más de estar aquí [en el grupo] haciendo solicitudes de acceso a la información, investigando y así como [...] a la mejor de una forma muy *amateur*, porque no teníamos mucho conocimiento del tema [...] eso fue lo que más nos ha llevado a saber sobre derecho a la salud (Argentina, 30, O).

Taffoya y Rojo señalan que: “El proceso de ciudadanía consiste en que las mujeres adquieran conciencia de que tienen derecho a tener derechos y en ejercerlos, en que adquieran conciencia de sí mismas, de sus condiciones de vida y de sus recursos” (2004, 52). Los grupos con los que se trabajó enfrentan posibilidades limitadas para ejercer derechos en salud. Las mujeres de GF que trabajan sobre derechos son las que articulan mayores explicaciones sobre esto, pero casi todas saben qué esperar en los servicios de salud, que no dejarán de “batallar” para que se les atienda y con calidad.

El GF 5-O en general está conformado por mujeres de baja escolaridad y condiciones precarias de vida, que han aprendido un discurso sobre derechos. Por ejemplo, señalan que el machismo es un asunto que atenta contra ellas, en sus derechos de atención para la prevención del cáncer.

ENT: ¿Tenemos el derecho a hacernos el Papanicolaou?

- Sí, pues las que ya [...] ya... ya [...] y [...] y [...] es un derecho de que nos corresponde como mujer, porque antes las mujeres se [...] ya hemos sobresalido, pues entonces ya tenemos derecho, los derechos de las mujeres. Entonces ¿eh?, antes la mujer estaba muy apegada y arriba estaba el hombre ¿no?, el machismo y ahora tenemos esos derechos, porque las mujeres ya tenemos derechos, no nada más en eso.

- Tenemos más libertad de expresión nosotros.

- Sí, sí, en otras, en muchas ramas.

- Muchas mujeres no se lo hacen por eso, porque el hombre no quiere que le anden viendo ahí.

- Por celosos, por machistas.

- Muchas mujeres no se lo hacen por eso.

ENT: ¿Y qué pasa en estos casos?

- Pues ¿qué pasa?, la pobre mujer se contagia, se enferma de ahí y se muere, por nomás [...] porque el hombre no quiso que fuera a ver al doctor (GF 5-O).

Las mujeres con más escolaridad coinciden en señalar que su participación también les ha permitido hacer mayor conciencia sobre estos temas. Así se comentó en uno de los grupos.

Yo creo que sí, o por lo menos yo en mi caso siento que, que ¿eh, mmm?, muchas cosas, o sea, en muchos aspectos de mi vida, el hecho de participar como activista en ciertos grupos, me ha hecho [...] de repente alzar más la voz o, si antes hubiera pasado por alto alguna situación, tal vez porque no me sentía suficientemente preparada o porque antes ni siquiera se me hubiera ocurrido que a la mejor tendría derechos o tendría derecho de que me expliquen, de que cambien algo que no me gusta, no lo hubiera hecho (GF 6-O).

En otro momento de la narrativa de este grupo se enfatizó que sin información sobre derechos las mujeres son más vulnerables, y es más fácil que en los servicios de salud se pasen por alto algunos derechos. Sin embargo, también reconocen que tienen la información sobre derechos y la capacidad de exigirlos, en las instituciones son otras las condiciones que impiden que se hagan efectivos. Llama la atención que en uno de los GF, a pesar de su cercanía con el sistema de salud y hacer trabajo comunitario en esta área, expresaron que la salud, al final, es un asunto privado, personal, de la familia o de búsqueda de apoyo en las redes familiares.

ENT: En cuestiones de salud, ¿les ha ayudado [pertenecer al grupo] en alguna situación que hayan vivido para exigir esos derechos?

No porque cuando es ya con respecto a la salud [personal] es más aislado, no es público pues [...] Entonces a la situación médica ya no se puede hacer, ¿por qué?, porque somos más con la familia, es más ¿eh? íntimo, no lo hacemos público, que si lo hiciéramos público como dice ella, con lo que pasó con su mamá, si ella lo hubiera comunicado a nosotras, ‘fíjate que nos pasó esto, ¿por qué no se unen conmigo?’, o ‘vamos a protestar, ayúdenme’ [...] la unión hace la fuerza, unidas nos damos valor unas a otras (GF 3-O).⁵⁹

Aunque son diferentes los objetivos por los que trabajan los grupos de mujeres, a excepción de dos de los GF del estudio, la gestión de sus solicitudes pasaba por los canales institucionales y menos por los de la lucha social; llama la atención que en dos grupos, con objetivos y origen distintos, consideraron que la salud es un asunto más bien íntimo y familiar. Se ha documentado que la participación social o comunitaria apoya la ciudadanía de las mujeres cuando se implementan estrategias de lucha contra dicha institucionalización, la cuestionan y se logra una relación dialógica de empoderamiento.

Los grupos constituidos de acuerdo con una normatividad externa, como fue el caso de una asociación escolar, comentaron que conocían cómo se ofrece la atención en los servicios públicos de salud, y parten de ahí para saber que no había más que hacer.

[...] como estamos tan acostumbrados y tan conscientes de que vamos a recibir ese trato [un mal trato en el servicio de salud], ni lo externamos [...] no nos pasamos el *tip* o no nos comentamos porque decimos, ‘es que sabe cómo le vaya a tocar el médico, si me toca ir, yo no sé cómo vaya a estar el doctor’, entonces ni siquiera lo comentamos. Creo que mucho tiene que ver en que no externamos nuestras experiencias, yo ya pasé por ahí y ya, pues gracias a Dios estoy bien y ahí la llevo y ya sé cómo entrarle al toro, pero no somos empáticos, muchas veces no decimos, ‘pero ¿sabes qué? si te toca, o sabes de alguien, mira, dile que esto y que esto’. Entonces no ejercemos mucho el derecho estando así reunidas porque no lo comunicamos (GF 4-O).⁶⁰

El grado de cohesión en este grupo no ha permitido el intercambio de experiencias más allá de las requeridas para cumplir con su objetivo dentro de la institución educativa; se comparte tiempo, lugares y tareas específicas, pero no experiencias sobre su atención, como la narrada en el GF 3-O.

En la discusión, varios grupos de ingresos medios coincidieron en que el derecho a la salud, aunque legislado, no se cumple en México; asimismo, señalaron que la calidad de la atención del IMSS, servicio con el que contaba la mitad de ellas, es muy deficiente y ante eso podían hacer poco, por lo que usan el servicio

⁵⁹ La edad promedio de las integrantes de este GF fue de 46 años; tres de siete tienen una licenciatura, otras tres trabajan en el sector educativo, cinco cuentan con servicio de salud de la seguridad social. Su experiencia de participación va de los 5 a los 27 años.

⁶⁰ En este grupo, tres tenían estudios de preparatoria y dos más de licenciatura. Tres contaban con el servicio del IMSS, pero nunca se habían realizado el Papanicolaou ahí, y preferían hacerse la prueba en un servicio privado o en alguna fundación. Todas tenían entre uno y dos años de pertenecer al grupo.

privado para realizarse el PAP. El tipo de grupo al que pertenecen las mujeres marca una diferencia entre ellas, que les brinda o no elementos para el ejercicio de derechos en salud.

Es importante recalcar lo anterior, ya que si bien la convivencia y la participación en un objetivo común como grupo, no necesariamente repercute en una mayor apropiación de derechos *de facto*, en el discurso sí se reconocen y se habla de ellos, según se observa en los testimonios de los GF 3-O y 4-O. La percepción sobre lo que pasa en los servicios de salud expresa una buena dosis de impotencia y sus prácticas individuales buscan, como la mayoría de las participantes, resolver sus necesidades de atención de la mejor manera posible.

Llama la atención que en el GF 3-O, a pesar de que las mujeres trabajan para el bienestar de su comunidad, ya que realizan actividades encaminadas a que personas con cáncer reciban atención, no compartieron sus propios problemas de salud, ni llevaron a cabo gestiones para mejorar la atención en algunas situaciones personales, es decir, quejarse, exigir y dar la cara, en lo individual, lo que implica enfrentar al personal de salud. Es importante hacer este énfasis, y cabe preguntarse el “por qué” de estos comportamientos, que estas mujeres consideren que los problemas de salud son un asunto privado, lo que influye en la búsqueda de atención y en el uso de los canales de gestión y apoyo.

Responder lo anterior lleva a considerar, por un lado, las condiciones de posibilidad donde se da la gestión de la atención y, por otro, el vínculo entre el habitus del paciente y el campo médico; ambas razones forman parte *grosso modo* de la complejidad del problema, que se objetiva en la arena política, económica y cultural.

En este trabajo se privilegió el análisis microsocioal, y se dejaron delineados otros más amplios. Al reconocer las contradicciones, señaladas como aparentes, se puede identificar la relación de condicionamiento del campo con respecto al habitus. Como ha quedado asentado en los testimonios, hay una percepción negativa generalizada sobre si se respetan o no los derechos en salud, y las condiciones para ejercerlos, lo que acota los márgenes de libertad para actuar en consecuencia, para la mayoría de los grupos. Sin embargo, esta inmovilidad percibida de las estructuras y del campo médico es la razón para que dos grupos con los que se trabajó buscaran estrategias para impulsar cambios. Desde un análisis teórico, se puede apelar a lo que Bourdieu señala acerca de cómo se construye una relación dialéctica entre campos y habitus, donde éste “contribuye a constituir el campo como mundo significativo, dotado de sentido y de valía, donde vale la pena desplegar las propias energías (Bourdieu y Wacquant 2005, 188).

Es posible afirmar que esta percepción y apreciación negativas de muchas mujeres en grupos organizados,⁶¹ también se escucharon entre las no organizadas.

ENT: ¿A dónde nos podemos quejar?

- Yo no sé.

- Con trabajo social.

- Pos orita ni se sabe ya, todos [los médicos] están comprados, todos están cortados con las mismas tijeras. Vas y y te quejas ¿no? Te quejas, das un quejido y ya te vas, y es todo [risas].

- Pues no, pues más que el enojo que pasé esa vez, pero ¿qué iba a hacer? Ir a trabajar [...] (GF 10-NO).

ENT: ¿Y dónde nos quejamos?

- En la casa [risas].

- Es que en realidad ahí ¡nadie nos oye! ¡Nadie nos oye!

- Con las vecinas allí o con la mamá. Luego, si vas con el director, si vas con el director [...] es el que tiene el dinero machucado.

⁶¹ Muchas de estas expresiones se incluyeron en el capítulo 3.

- Sí.
- Y no lo va a soltar nomás porque tú te quejaste, después de que no te oye.
- Y se supone que todos estamos pagando porque hay gente que no usa el Seguro, y la gente está pagando, y ese dinero ¿qué?
- ¡Es un dineral lo que están recibiendo!, o sea, si cada mexicano pagara un peso a la semana, estuviéramos bien atendidos, y no es un peso lo que se paga de seguro, ¡son ciento treinta y siete pesos!, el mínimo, cuando al mes nos quitan y, ¡es un dineral lo que están agarrando!, ¡y qué no haiga ese servicio!
- ¡No hay medicinas!
- Y ahí vamos a la similares a comprar las medicinas.
- ¡Y las colonas [fila] que hace uno aparte! (GF 12-NO).

En varios estudios desde el género, derechos y empoderamiento se señala que en la acción de grupos de mujeres, que luchan para su mejoramiento en lo económico, político o cultural, persiste la opresión internalizada, que funciona como un candado. Rowlands afirma que se expresa el encuentro entre la subjetividad y el contexto en el que se desarrolla, como “la opresión internalizada, en combinación con un contexto económico y social específico, opera para restringir las opciones que la gente *percibe* como posibles y como legítimas” (1995, 105).

El contexto muestra de lo local a lo nacional, la complejidad para lograr cambios. La experiencia de participación puede contribuir a la apropiación de derechos, cuando su objetivo es lograr cambios en el campo donde se invierten los esfuerzos. Varios de los grupos plantean esta dirección, aunque en sus trayectorias han trabajado en objetivos distintos al de salud. Pero también se identificó en otros grupos un trabajo asistencial, sin objetivos críticos y contestatarios. Entre uno de los primeros hubo expresiones como las que se incluyen a continuación:

- Yo creo que tiene que ver también el grupo con el que te muevas ¿no?, o sea, porque en otro momento, a lo mejor cuando era pequeña si no andaba en el coro de la iglesia, andaba en el pastoral social y no sé qué, son otros niveles y son otro tipo de información lo que se maneja. Entonces yo sí siento, por ejemplo, que estar en un grupo feminista me da elementos a mí, en primera para mí, sí fue un gran, gran cambio en mi vida [...] en ese sentido yo creo que sí es muy diferente la actitud con la que voy ahora, a buscar un servicio de salud, o sea, no solamente cuando voy al Papanicolaou, cuando voy a una consulta general incluso. Pero sí me siento como con elementos, yo sí me siento empoderada.
- Así es, tiene que ver mucho el grupo en el que uno esté participando y sí, obviamente, si el grupo es abierto a uno no le importa hablar de salud en todos los ámbitos, más de sexualidad [...] si son abiertos, uno es abierto igual que las personas que tiene alrededor, si son cerradas, uno igual es cerrado porque no lo dejan expresarse, porque ya me ha tocado, entonces yo empiezo a hablar y [...] ‘no hables esas cosas’, y a veces me regañan ¿no?, ‘¡no hables esas cosas!’ (GF 6-O).

Petchesky y Judd (2006) reportan que las participantes en grupos que cuestionan la ideología patriarcal tienen mayor sentido crítico de la identidad personal y colectiva, así como del reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos. El fin último de trabajar con perspectiva de género es crear y fomentar estrategias que lleven al empoderamiento y ejercicio de los derechos de las mujeres (Villagra 2005), y así se observa en el grupo de las feministas. Las entrevistadas con participación activa en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos tienen una postura más decidida para exigirlos y hacerlos valer, no sólo en el cuidado de la salud.

ENT: Y el hecho de tu participación activa, ¿de qué forma te ha dado seguridad para exigir, en caso específico, en la atención médica?

Pues ¿mmm? Mucha, porque empiezas a informarte más, porque como vas a ir a exigir y quieres que te traten como una persona inteligente, pues no te van a decir cualquier cosa y ya, te van a tontear. Entonces, por lo tanto tienes que ir leída y saber qué tipos de facultades tiene, por ejemplo la persona con la que vas y qué cosa puede hacer y qué cosa no puede hacer, a quién va a delegar responsabilidades y entonces, por lo menos tienes que agarrar el manual de tus derechos, ya llevarlos bien estudiados y saber a quién te vas a dirigir, qué te puede decir, qué no debería de decirte o qué, para que no te salgan con que, 'no fíjate, no está en mis manos, yo no puedo hacer eso porque' [...] Esa es otra cosa que he aprendido, que siempre nos quieren ver la cara, siempre tenemos que estar bien, bien preparados para saber contestar y contraargumentar (Ilse, 32, O).

En otros grupos donde se identificó la labor y el papel político de las mujeres, que incluye entre sus objetivos este tipo de trabajo en la comunidad, se matiza esta búsqueda, y pretende adecuarse a las condiciones de sus asociaciones políticas. Como señala Rifkin (2003), es necesario que existan condiciones políticas y sociales propicias para el empoderamiento de las mujeres, además de su participación activa. Serra (2008) analiza las dimensiones y los condicionantes de la participación ciudadana, y resalta que uno de sus elementos es la capacidad de influir en las políticas públicas de un Estado, a través de la acción organizada. Es en este sentido que se matizan las diferencias entre los grupos aun proactivos en el trabajo comunitario.

Argentina e Ilse participan en una organización por la lucha del derecho a la salud, lo que les ha permitido conocer los derechos en cuanto al acceso a la atención médica, los mecanismos de búsqueda de información y los lineamientos establecidos para recibirla.

Yo creo que me ha ayudado tener más información, que con los años he tenido más información por mis amigas, por lo que yo he investigado y [...] por el mismo trato que se me ha dado [...] ese tipo de cosas que yo creo que te van informando para que tengas una opinión diferente de eso, ¿no? Incluso por el trabajo también hay mucho más flujo de información, conoces organizaciones que trabajan estos temas, qué cosas andan haciendo [...] Yo creo que más bien vas adquiriendo con el tiempo más información y que te vas dando cuenta que es algo, número uno, es tu derecho a la salud y, número dos, que se tiene que cumplir con ciertas características, que no tiene por qué ser a la mitad de esas características, sino que tiene que cubrirlas todas (Argentina, 30, O).

ENT: Y, ¿por qué decidiste fundar y seguir trabajando en este tipo de grupos?

Pues porque me di cuenta que hace mucha falta, hace mucha falta, la mayoría no conocemos nuestros derechos sexuales y reproductivos y por lo mismo pues, no sabemos qué podemos exigir, a qué tenemos [derecho]. El mismo desconocimiento no te permite ejercer una ciudadanía, porque no conoces tus derechos, entonces eso, y a la vez porque pues me sirve a mí también como persona (Ilse, 32, O).

Aunque Argentina e Ilse son la excepción en el conjunto de las entrevistadas, refleja lo explicado sobre la relación de la participación social con el empoderamiento y la apropiación de los derechos. Sin embargo, se puede señalar que ellas describieron experiencias moderadas o pasivas ante diversos problemas en el campo médico y que, en general, actuaron de manera individual.

La participación organizada de las mujeres ha permitido que identifiquen su capacidad de gestión, así como formas nuevas de percibirse como mujeres. El reconocimiento y apropiación de los derechos es la base sobre la cual se cimienta el ejercicio de una ciudadanía, como se señala en múltiples estudios, como el de Solitario et al., quienes en su investigación sobre la relación entre ciudadanía y participación con la accesibilidad simbólica a los servicios de salud, concluyeron “que los usuarios sin participación muestran sentimientos de agradecimiento hacia los trabajadores, y los responsabilizan de modo personal cuando hay una falla en la atención, mientras que es posible encontrar concepciones de derecho a la atención en salud en los usuarios con participación, aunque ligadas a un derecho ‘selectivo’, no universal” (2008, 263). Es decir, los autores, con este concepto, refieren la idea de los participantes en el estudio: que el derecho debería ser selectivo en términos de la necesidad, y así las personas que no la tienen, no accederían a él.

Tanto en los GF organizados o no, las mujeres señalan que es necesaria la unión para exigir, “alzar la voz”; aquí se puede interpretar en dos sentidos lo que implica, por un lado, reconocer la participación social para hacer valer sus derechos; por otro, sin embargo, desde una posición de subordinación, se acepta la diferencia de poder entre los ciudadanos y las autoridades que los representan. Estas relaciones asimétricas de poder definen las posibilidades reales de ejercer un derecho, y depende del campo en el que se busca ese ejercicio, que dichas condiciones cambien. En este caso, las narrativas de las mujeres hacen ver que conocen las condiciones cuando acuden a los servicios de salud, independientemente de su experiencia de participación en un grupo organizado y, por consiguiente, se matiza su autopercepción como ciudadanas con derechos. En muchas de las narrativas individuales y colectivas se aludió a la condición de ciudadanas y su derecho a ejercer derechos, a las posibilidades necesarias para ese ejercicio y exigir sus derechos, a través de la acción organizada, como lo mencionan en los siguientes testimonios.

ENT: Mjm [...] ¿y qué tenemos que hacer para exigir esos derechos?

Pues unirnos yo creo, pero pues todos [...] o sea, si yo digo, vamos a unirnos y si aquélla no, no, por miedo, todas pues, estamos por lo mismo, pues, yo me imagino que necesitamos de unirnos todos y decir pues, ‘hay que exigir nuestros derechos’. Porque si yo voy sola, como aquel día que yo fui sola nomás dijeron, pues aquélla, pero y [...] si vamos muchas pues yo creo que nos harán más caso [...] nos unimos algunas, porque ya no va a hacer una, vamos a hacer algunas.

ENT: ¿Tú has propuesto alguna vez, ‘pues vamos a juntarnos, vamos a quejarnos’?

Pues no (Eduwiges, 27, NO).

ENT: ¿Y ustedes creen que podemos exigir que se nos atienda?

Claro que sí [...] ¡tenemos que exigirlo!, porque los doctores no tienen sentido humano, no les interesa y uno tiene que exigir, porque tiene sus derechos, para empezar paga sus cuotas y todo, ¿por qué no va a exigir? Pero a una sola persona pues no le hacen caso [...] ¿Qué vamos a hacer? Tenemos que alzar la voz y entre más pronto mejor y exigir el servicio [...] Pero tenemos que ponernos firmes, no dejarnos llevar (GF 12-NO).

ENT: ¿Y qué podemos hacer para que se nos atienda mejor?

Unirnos y exigir nuestros derechos, unirnos a hablar, si no nos hacen caso, pues movernos a los medios de comunicación, hacer una organización o algo. Fíjate, si aquí somos seis gentes que estamos dando nuestras quejas [...] si nos unimos somos un montón, ¡imagínate! Entonces sí vamos a ser fuertes y exigirles que cumplan con lo que prometen (GF 2-O).

Apropiarse del derecho implica también actuar con autonomía, y cuestionar lo establecido. La participación en el grupo les ha permitido a algunas mujeres expresar sus experiencias sin temor, reconocer a lo que tienen derecho en el servicio de salud, de preguntar con libertad y exigir información.

ENT: Y tú crees que el hecho de pertenecer estos años [...] al grupo ¿te ha dado alguna herramienta o mayor seguridad para poder exigir?

Pues te da mayor seguridad, porque aquí te enseñan a que las mujeres tenemos los mismos derechos de los hombres, ¿no? [...] Y aparte que todo lo que vives tú y lo que te das cuenta ahí, dices tú, 'oye, pero pues si ella está mal y en mi casa está pasando lo mismo que con ella, claro que estamos mal', o sea, buscarle la respuesta o la solución al problema.

ENT: ¿Y tú crees que a partir de tu participación aquí en el grupo [...] para cuestionar las decisiones del médico?

Pues sí, porque antes era como que más [...] ¿cómo te diré? Como que más callada, o sea, nunca he sido muy callada, pero sí [...] en cuestiones de preguntar, o sea, '¿por qué se lo estás dando?, ¿para qué?' Y todo eso, sí como que es más el cambio. Como que sabes que sí lo puedes hacer sin temor de decir '¿y si lo hago?' O sea, como que sabes que sí puedes hacerlo sin [temor] [...] y si te rezonga, pues le rezongas tú, ¿no? Ya no te queda de otra, pero yo digo que sí te ayuda [participar en el grupo] (Macaria, 28, O).

Las diferencias en el tipo de grupo en el que participan las mujeres marca la forma de abordar, discutir y compartir los temas de salud, y cómo llevan a la práctica el ejercicio de derechos de acuerdo con su militancia política y social. Las integrantes del GF 6-O, por ejemplo, que luchan por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como por la eliminación de la violencia, buscan visibilizar los procesos de desigualdad que dificultan el ejercicio pleno de sus derechos; señalan directamente al Estado como uno de los actores principales en la organización y provisión de servicios a los que está obligado. Pero este discurso y la conciencia de los problemas de derechos en la atención a la salud sólo se escuchó en este grupo. Dicha visión se matiza en otros, que también se dedican al trabajo comunitario.

Como se ha mostrado, la participación de las mujeres en grupos comunitarios influye en el proceso de empoderamiento y en cómo se perciben ellas mismas, y aunque no hablaron de derechos mencionaron las estrategias que emplean para tener la atención que buscan en los servicios de salud.

Respecto a la participación política de algunas, como fue el caso de Rebeca, representó una oportunidad importante para conocer estrategias de gestión y búsqueda de apoyos cuando lo necesitó; ella comentó que pudo obtener ayuda a través de dos experiencias en campañas electorales [del Partido Revolucionario Institucional, PRI].

La primera vez que entré, entré de promotora del voto [...] pues ya me pusieron de coordinadora de las promotoras del voto.

ENT: ¿Aquí en Hermosillo?

Sí. Entonces pues conocí a varias personas, que eran mis jefes [...] [uno] estuvo en el Instituto de la Mujer, después se fue al PRI [...] Igual ahora pues también anduve en la campaña, pero ya no anduve ni de coordinadora del voto, ya no anduve en campo, anduve en campo pero junto con el candidato, dando cursos, capacitando a gente y todo eso [...] Eso es lo bueno que me ha dejado que independientemente quien gane, siempre he aprendido a dónde ir para que me ayuden. Eso es lo bueno que me deja [trabajar en las campañas] (Rebeca, 32, NO).

Para Rebeca, la afiliación política es el medio para obtener apoyos, de relacionarse, de aprender, como dijo “independientemente de quien gane”. Como se observa, ella se expresa en términos de “conseguir ayuda”, no de “exigir derechos”. Aunque el lenguaje denota el contenido de la idea, se puede considerar a Rebeca como una mujer activa y empoderada para la gestión, pero sin rebasar la idea asistencialista,⁶² que han expresado muchas de las entrevistadas.

En cambio, en los GF 6-O y GF 3-O las mujeres hablan y reconocen la importancia de la participación política para generar cambios en el contexto social donde se desenvuelven. Meer y Server (2004) señalan la relevancia de la visibilización de las mujeres como actoras políticas, agentes de cambio, con participación pública que inciden en el diseño de políticas públicas para el mejoramiento de las condiciones de ellas. Villagra, por su parte, señala que es indiscutible el “vínculo indisoluble entre los derechos humanos, el desarrollo y la democracia y es importante hacerlo funcionar mediante la complementariedad de las acciones de exigibilidad jurídica y política que apunten hacia la promoción de procesos de construcción de una participación equitativa” (2005, 18). Sin embargo, las participantes más activas, en términos de crítica social, son las que han podido avanzar en este reconocimiento. Los grupos menos dinámicos en este sentido desarrollan una participación activa, pero no necesariamente crítica y congruente con lo establecido, y con base en ello se acomodan sus expectativas.

La participación organizada les ha permitido a las mujeres conocer cómo expresarse y actuar ante situaciones que requieren ejercer alguno de sus derechos, e impulsar estrategias de negociación para exigirlos y hacerlos efectivos, así mismo, han aprendido formas de definirse y percibirse como mujeres con derechos.

Yo soy la que piensa que la unión hace la fuerza, que no por ser amas de casa no vale nuestra palabra. Inclusive yo he descubierto que de una ama de casa se aprende mucho y que sabemos mucho, que por tener el título no hace a la persona, ni la fortalece, nosotros ya estamos fortalecidos solamente por estar aquí [...] Y no tener miedo a hablar y decir, siempre y cuando usemos la educación. Me ha enseñado a ser tolerante el estar en el grupo, porque yo también, digo, soy de armas tomar, pero hay que mantenernos para obtener mejores resultados ¿Cómo tú vas a ganar más terreno?, ¿actuando con groserías? No, así no vas a lograr nada. Tú aprendes a controlar con la comunicación, en el grupo aprendes la misma comunicación te va haciendo usar otras palabras. Entonces, ¿cómo yo voy a ganar más terreno?, ¿si hablo de esta forma o de esta forma? Porque una persona que se expresa mal, molesta hasta para que la escuchen, nadie te va a escuchar, porque te estás expresando mal. A nadie le agrada escuchar a una persona grosera, agresiva, en cambio si tú estás exigiendo tus derechos y que tienes la razón [...] pero la forma de expresarte es muy buena, pero si tú te expresas muy grosera, ningún directivo te va a escuchar. Entonces hay que saber, aquí he aprendido mucho, han venido a darnos, inclusive hasta cómo comunicarnos con los maestros, hasta cómo pararte para que te tomen en cuenta (GF 2-O).

La participación en estos grupos les ha permitido a las mujeres aprender ciertas formas de expresión para ejercer sus derechos. Consideran que es central el tono en que se “exige”, y critican a quienes lo hacen de manera grosera. Es importante enfatizar aquí, cómo, en las narrativas se expresa la idea del respeto del otro, de quien tiene un mayor poder en las instituciones. Entonces, la pregunta sería si la exigencia de un derecho en tono agresivo (a gritos o de manera contundente), deja de ser un derecho. Como señala Bourdieu (2008), en una relación desigual opera la autocensura.⁶³

⁶² Según se identifica en la narrativa de Rebeca, ella alude a la “cultura del privilegio”. Participar en las campañas la acercó a funcionarias y políticos, a quienes les pidió ayuda en su momento.

⁶³ Este análisis se amplía en el capítulo 6.

Los grupos más activos, así como algunas de sus participantes, abundaron sobre esto en los GF y en las EP. Se reconoce la importancia de la acción organizada en la lucha por los derechos y el acceso a la información.

El hecho de participar como activista en ciertos grupos me ha hecho de repente alzar más la voz o si antes hubiera pasado por alto alguna situación, tal vez porque no me sentía suficientemente preparada o porque antes ni siquiera se me hubiera ocurrido que a la mejor tendría derechos o tendría derechos de que me expliquen, de que cambien algo que no me gusta, no lo hubiera hecho. Entonces yo creo que sí, y así digo, o sea, me quejo en todas partes a donde voy [...] porque siento que tengo que hacerlo (GF 6-O).

Pues la información es la más importante, poder informarme y estar consciente de mis derechos, pues participar en redes en caso de que a mí sola no me hagan caso, tener respaldo de otras personas y otras organizaciones [...] Tener alguna red de apoyo, siento que no estoy sola en esto, que si hago una exigencia no va a hacer mi voz gritando en el desierto o sea, que de alguna forma los puedo exhibir, la violación de derechos que hagan sobre mí o sobre otra persona (Ilse, 32, O).

Participantes organizadas y no organizadas, reconocen la importancia de trabajar como grupos, que mediante la unión pueden lograr objetivos, sin embargo, pocas tienen la iniciativa para emprender acciones colectivas.⁶⁴ Las integrantes de grupos más activos (GF 1, 2, 3 y 6) identificaron la importancia de la acción organizada para alcanzar el reconocimiento y ejercicio del derecho a la salud, y emprendieron algunas actividades de denuncia pública. En otros grupos también se escucharon expresiones en este sentido, como se ilustra en los testimonios siguientes.

Nos falta conocimiento, yo creo que si nosotros queremos vamos a lograr algo, si nos unimos vamos a lograr algo, mientras no, si crece el grupo o unidos, se hace la fuerza, pero no lo hacemos. Ahí está uno esperando a ver quién se mueve, para movernos o no, o bajar el brazo que nos mueve (Olga, 38, O).

- No nos hemos puesto a unirnos, a darnos esa queja con nosotros.
- Y es que es más cómodo, es más cómodo para nosotros.
- Sí, pues, es que a veces tiene que dejar de trabajar uno para irse a ese lugar.
- [...] Nos mandan a varias partes pues, ahí la traen a uno como ¡tonta!, en varias partes.
- Y no nos hacen caso de todas maneras.
- Dejas de trabajar y es lo mismo pues.
- Vuelves otro día y la misma persona que te atendió mal, te vuelve a atender mal, te vuelve a hablar mal y entonces dices, ‘y entonces para qué perdí todo el día’ (GF 12-NO).

Ramírez (2003) reporta que en México la responsabilidad cívica es muy limitada y las luchas colectivas por los derechos son escasas, tal como se aprecia a continuación:

⁶⁴ En un estudio con jornaleras agrícolas, Maier reconoce las dificultades que viven las mujeres en su vida cotidiana, llena de carencias y obstáculos para la sobrevivencia, que hace que la lucha por constituirse como sujeto de derechos represente una tarea doblemente difícil: “El exceso de trabajo — remunerado, doméstico y familiar—, las huellas físicas y tensiones emocionales de la pobreza, el peso de nuevas responsabilidades sociales —en muchos casos, incrementado por la ausencia del varón—, la demandante y compleja interlocución institucional y la consiguiente escasez de tiempo interrogan a la premisa feminista acerca de la constitución del sujeto femenino a partir del propio reconocimiento del derecho a tener derechos” (2006, 202).

[...] a veces se habla del derecho a la salud, del derecho a una vida digna, pero todo se queda en papel, se queda atrás de un escritorio y realmente no hay una política pública, un buen presupuesto que realmente ataque la situación [...] [Pero] la culpa no es solamente del gobierno, porque el gobierno lo formamos todos, y como decía Lucrecia, ahorita estamos en una sociedad totalmente apática a los programas sociales, a la salud, a la participación (GF 2-O).

Las integrantes del GF 2-O reconocen la correspondencia entre la actuación ciudadana (asumir responsabilidades y obligaciones) y la activa, para mejorar las condiciones de la ciudadanía. El derecho a tener derecho implica la participación de un sujeto activo en la esfera pública y la toma de decisiones tanto en el ámbito colectivo como en el individual, como señala Arendt (1982).

ENT: Y, ¿con qué elementos crees tú que cuentas para poder exigir o para hacer algo, sin necesidad de exigir atención médica?

Pues la información es la más importante, poder informarme y estar consciente de pues de mis derechos, pues participar en redes que en caso de que a mí sola no me hagan caso, tener respaldo de otras personas y otras organizaciones y pues la constancia ¿no?, con que se le dé seguimiento a la solicitud que haga en determinado momento [...] creo que precisamente porque no estamos empoderados, entonces en ese momento yo tampoco no estaba empoderada, que me lo digan ahora [risas] entonces sí [...]

ENT: Porque como tú dices, la figura del médico y del maestro son como sagradas, entonces, ¿qué hace uno como simple mortal?

¡Exactamente! Cuestionando a los demás [...] ya te das cuenta tú que no y sobre todo, pues ya estudié [...] y te das cuenta de que en realidad este [...] Sin embargo, ponemos un velo de sagrado [...] los maestros, los doctores y creo que también los abogados también están en ese apartado así de supremacía de profesiones pues ¿no? (Ilse, 32, O).

La experiencia de participar en el grupo le ha brindado a Ilse la posibilidad de cuestionar y enfrentar al sistema médico. Zaldúa et al. reportan que al desnaturalizar la relación de dominación entre pacientes y médicos se “fractura esta relación desigual, transformando la posición de objeto de dependencia en la posición de usuarios-activos” (2006, 194), lo que conllevará a procesos de empoderamiento al transformar los saberes y representaciones sobre el derecho a la salud.

En general, se puede afirmar que las mujeres con experiencia de participación en grupos con mayor independencia y cohesión reflejan, en sus discursos, un mayor empoderamiento. Si se retoma a Rowlands (1995), estas participantes se han visto influidas en su ámbito personal, como lo han expresado algunas, en el sentido del yo y de la confianza y la capacidad individual; sin embargo, sólo uno de los grupos manifestó alguna alusión a reconocer los efectos de la *opresión interiorizada*. Para seguir con Rowlands, respecto al nivel de las relaciones próximas, se puede ubicar a más grupos, pues en varios se escuchó la expresión “yo decido”, “no tengo que pedir permiso” o criticar el machismo como contrario a su beneficio en el cuidado de la salud; muchas mujeres contaron sobre situaciones que expresan su capacidad de negociar e influir en la naturaleza de la relación y de las decisiones que se toman dentro de ella y, al final, en el ámbito colectivo. Quedó patente que algunos de los grupos organizados se esfuerzan por buscar cambios en los espacios, como el de derechos y la salud. Ellas expresaron que trabajar conjuntamente es una estrategia para lograr un impacto más amplio del que podrían haber alcanzado por separado. Aunque Rowlands también sostiene que para que el empoderamiento sea efectivo deben estar presentes los tres niveles, ya que uno potencia a los demás. Aunque los grupos con los que se trabajó son diferentes entre sí, y han desarrollado un empoderamiento desigual

entre ellos y entre los niveles, hay que reconocer que la experiencia de participación contribuye. El ejemplo siguiente es ilustrativo de cómo se analiza una situación presente, en comparación con algunas del pasado, en cuanto al acceso y exigencia del derecho a la atención.

Es que lo que pasa que yo antes, sabe, como que no oía muchas cosas. Por ejemplo, cuando yo tuve al niño, pues nunca había oído ni una plática psicológica, ni nada. Y ahora que he oído tantas cosas aquí [en el grupo donde participa], pues que nos platican y digo yo, ‘¡Pues sí es cierto!’, o sea, tan tonta uno que muchas veces te quedas callada y no dices nada [...] ¡sabe!, o por no quedar mal o por no pelearte, o no sé, pero [...] yo creo que si en aquel entonces [una ocasión cuando acudió a buscar atención para su hijo] yo hubiera recibido, o sea, ya hubiera estado oyendo todas las pláticas que ahora oigo, pura nada se me hubiera ido vivo el doctor (Macaria, 28, O).

La participación de Macaria le ha permitido tener acceso a información que ha influido en su percepción sobre sí misma y, aunque no habló de ejercer el derecho a la salud de su hijo, expresa un sentido de apropiación y de autorización de sí misma, para acceder a la atención a su salud o a la de sus hijos.

Olga, Edna y Elvira han participado en agrupaciones religiosas, lo que ha sentado un precedente en cuanto a la importancia de la participación social, del apoyo comunitario y ayuda mutua. Cada una pertenece a una religión distinta (católica, Iglesia de la Luz del Mundo y Testigos de Jehová respectivamente); ahí han aprendido a gestionar apoyos, buscar información, recolectar fondos, colaborar en actividades de enseñanza-aprendizaje relacionadas con la religión, pero también con la ideología política y ciudadana que acepta la iglesia. Por ejemplo, Edna comenta que en su religión le enseñan a ser una “buena ciudadana”.

Siempre [se nos dice cómo] cuidar nuestra vida espiritual y nuestra vida material, la salud de nuestros hijos y de nosotros también y la de los demás ¿no? Y ser buenos ciudadanos, que siempre se nos dice [...] ser buenos ciudadanos para la sociedad en la que vivimos, respetar las leyes que están en este país [...] (Edna, 30, NO).

Edna refiere su condición de ciudadana desde el reconocimiento de leyes a seguir como integrante de una sociedad, así como el conocimiento que ha tenido sobre la salud a través de la información que recibe en la iglesia. De igual forma, Elvira a través de su iglesia tiene información sobre salud, que le han proporcionado de forma periódica.

También a nosotros nos informan [en la iglesia] [...] a nosotros nos entregan la revista *Despertad*, son puros temas médicos, culturales, informáticos [...] hemos aprendido mucho acerca del cáncer de mama, de útero, hemos aprendido de cáncer de piel. Bueno nosotros hemos aprendido mucho de esa revista [...] vienen esos temas médicos. Y vienen bien reforzados con entrevistas de médicos especialistas (Elvira, 45, O).

Sin embargo, la pertenencia a grupos religiosos les ha permitido a las mujeres desarrollar actividades de apoyo social que ponen el énfasis en reproducir la visión tradicional de la mujer en su entorno comunitario, relacionada con el cuidado de la salud de otros, y no confrontar el *statu quo* realizando tareas asistenciales.

Ayudar en la iglesia, igual consigues para la gente más pobre despensa, medicina [...] darle un apoyo, una platicadita, escucharlos, eso ayuda mucho porque no todo se resuelve con dinero [...] muchas veces lo que la gente ocupa es ser escuchado, no nada más es hablar, es hacer oración [...] visitando a los

enfermos, igual conseguirles medicina o que si alguien no tiene para sepultar a una gente y ves tú que no tienen de plano, pues unirse el pueblo o buscar ayuda, nosotros aquí hemos resuelto los problemas así, hemos cooperado para que se le dé sepultura, comprar medicinas, pañales (Olga, 38, O).

El grupo de las beneficiarias del Programa Oportunidades es diferente a todos los grupos descritos hasta aquí. Su participación es pasiva, mecánica, obligada y coyuntural, que dista de generar en las mujeres un proceso de empoderamiento y de ciudadanización, al estar basado en una noción asistencialista, vertical y se da una relación de subordinación respecto al programa. Aunque exigen, sus narrativas reflejan inconformidad y molestias por la falta de una mejor atención, no obtienen resultados en forma individual o grupal, pero tampoco emprenden alguna acción encaminada a mejorar esta situación.

[...] siempre nos ha dicho la enfermera que nos da las juntas, las pláticas, que no lo andemos comentado afuera, que lo digamos ahí en las juntas para que se llame a la directora y ella escuche, que nunca lo digamos por allá. ‘Si tienen que decirlo, todo aquí’. Y sí, pues sí se ha dicho ahí, sí se ha dicho ahí en el grupo algunas quejas, pero parece ser que hay algunas que sí lo comentan afuera, pero de otra manera más distorsionada [...] Por eso ella dice que lo digan ahí, que ahí expresen su disgusto. Y sí, al menos en mi grupo, cuando estamos ahí en junta así lo han hecho [...] hay veces que ha estado la directora ahí y ella dice que sí, sí se va a solucionar. Pero uno observa y uno ve que no, que no, no se soluciona (Elvira, 45, O).

PARTICIPAR SIN PARTICIPAR:

MUJERES BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES

En la zona rural donde se trabajó, el único grupo organizado de mujeres en la comunidad eran las beneficiarias de Oportunidades;⁶⁵ este programa del gobierno federal, que implementó acciones de combate a la pobreza, brinda apoyo económico, educativo y de salud a las mujeres y sus familias, y se otorga mensualmente una ayuda económica, además, cada mes ofrece información sobre algún tema de salud. El requisito para recibir dicho apoyo era asistir a estas reuniones, y cuando las mujeres no lo hacían el programa decidía el porcentaje monetario que se les descontaría. Otro de los requisitos era practicarse el PAP, y aunque la prueba no era obligatoria, en la práctica sí lo era, pues el personal de salud de la comunidad la pedía una vez al año (Morales 2008).

Las beneficiarias de Oportunidades tenían una participación pasiva,⁶⁶ es decir, se reducía a asistir a las reuniones obligatorias, así como a cumplir los demás requisitos. Sin embargo, se consideró importante incluirlas en la investigación, para reconocer si el espacio de convivencia entre las participantes también representaba uno de intercambio de experiencias en la atención de su salud y la de sus familias, y tratar de identificar alguna noción de derechos en la atención. Estas mujeres se reconocían como parte del programa y convivían en otros espacios, al realizar trabajo comunitario al que estaban obligadas. Sin embargo, no hay otro tipo de participación en el grupo, lo que las diferencia de los demás conformados en la zona urbana.

El tema de salud es uno de los más importantes y frecuentes que se escuchan en las reuniones de Oportunidades, tanto sobre la salud individual, como de la familia; éstos suelen ser informativos y

⁶⁵ En los GF participaron 17 mujeres; de ellas 47 por ciento contaba con primaria terminada y el resto no la concluyó o no fue a la escuela; 88 no tenía servicio de salud, a pesar de que 71 por ciento de ellas trabajaba fuera de casa (muchas como jornaleras agrícolas). Sólo dos estaban afiliadas al Seguro Popular.

⁶⁶ El concepto de participación pasiva, según la define Susan Rifkin (1996), es aquella donde la población sigue instrucciones o recibe órdenes y no participa en ningún nivel de decisión en las actividades.

prescriptivos. En las narrativas, las integrantes aparecen como receptoras del discurso oficial, y cuando se expresó alguna queja esporádica sobre el servicio de salud se justificaron las prácticas que atentan contra el ejercicio de derechos.

Hubo una vez una plática que ellos [el médico y enfermera del centro de salud] nos dieron respecto a quejas, pero vino una de Oportunidades con ellos [...] lo que dijo la enfermera y el doctor, que estaban en la plática, era de que tuvieran paciencia, que tomaran en cuenta que ellos también eran seres humanos, que también tenían sus necesidades, que tenían que darse un descanso y todo eso [...] pues que tuvieran paciencia, que también los comprendieran a ellos, eso fue lo que ellos dijeron en esa junta, porque ya les estaban exigiendo mucho por la mala atención. Algunos sí estaban de acuerdo y algunos no (Elvira, 45, O).

Las quejas expresadas por las mujeres se referían a los tiempos de espera, a los horarios de servicio, a la negación de la atención y también se mencionó la falta de información en las consultas y el trato autoritario. Sin embargo, estas prácticas se aceptan sin emprender acciones para resolver la situación, por no afectar la salud con enojos, a pesar del malestar con el que se quedan.

La construcción de los habitus se lleva a cabo dentro de un contexto y momento sociohistórico, así como de conformación biográfica en la que se ubica su formación familiar. En general, los habitus de las beneficiarias de Oportunidades se pueden caracterizar como de subordinación, ante las instancias de autoridad y poder, porque es el programa del que reciben beneficios; es obvio señalar que todas ellas han vivido en un contexto de pobreza, y esta subordinación se observa también en el espacio de los servicios de salud. Así se constata en la narrativa de Elvira, y de la participante del GF. Los médicos y otros prestadores de salud, como las enfermeras, aparecen como figuras de autoridad a las que se tiene que obedecer, y la aceptación es en el mismo sentido, tanto de las mujeres que quieren conservar el beneficio de la beca, como de las que no cuentan con ella.

La experiencia de participación de este grupo no aporta a la formación de ciudadanas con derechos. Aunque su pertenencia representa un beneficio al exigirles algunas prácticas para el cuidado de su salud y el de su familia, las formas que adopta dicha exigencia reproduce su subordinación y la hegemonía de la autoridad médica. No se fomenta la toma de decisiones, sobre todo personales, como la realización de la prueba del PAP y la exploración mamaria.

Yo soy una persona de las que yo tenía mucho miedo hacerme la prueba del cáncer, siempre tenía miedo y entonces con las pláticas que nos ha dado la [promotora] y nos ha dicho que es obligación y por el bien de nosotros, pues a mí me abrió mucho los ojos y me la he hecho una sola vez en la vida, tengo 33 años y no me da vergüenza decirlo (GF 7-O).

Pues ahora supuestamente en las pláticas que nos dan cada mes, nos dice la enfermera que viene siendo un poquito, vamos a decir, como un poquito de obligatorio [realizarse el PAP] (GF 8-O).

La obligatoriedad de la prueba sobrepasa el derecho de las mujeres para decidir, no existe un proceso de apropiación de la importancia de cuidar su cuerpo y su salud, como se lee en el testimonio de una integrante del GF 7-O, ya que a pesar de saber de la prueba y tener varios años de pertenecer al programa, sólo se la ha realizado en una ocasión. Tal como lo señala Herrera (2009), para los servicios médicos se considera que las mujeres deben ser tuteladas y no que pueden tomar decisiones autónomas. Las prácticas de

subordinación en el Programa Oportunidades van en el mismo sentido.⁶⁷ Otras beneficiarias reflejan en sus narrativas el reconocimiento de la importancia de realizarse pruebas de detección oportuna, independientemente de la imposición para practicárselas como medio de cuidar la salud.

Pero también debemos de saber, también o sea si es una cosa a nuestro beneficio [hacerse el PAP], que es de nuestra salud pues, o sea no esperar a que lo inviten, es de nuestra salud, porque es bien para nosotros, no esperar a que la inviten a uno, se debe de hacer [la prueba] [...] (GF 7-O).

Sin embargo, en el discurso de las mujeres en ambos grupos no se visibiliza el reconocimiento de la salud como un derecho. Las del GF 8-O no identifican el derecho a la atención médica como uno *per se*, sino que está condicionado por su pertenencia a un programa social y por su comportamiento en la institución.

ENT: Ustedes ¿tienen derecho al servicio médico con Oportunidades?

- Pues nos han dicho ¿no?, nos han platicado.

- [...] Nos han dicho, pero no sabemos.

ENT: ¿No saben si tienen el derecho?

- Bueno, nos han platicado, pero yo digo que el derecho lo tenemos, de tener un buen servicio ¿qué no? Porque nosotros no, [...] bueno mire, si nos portáramos mal nosotros con las enfermeras, con los médicos, yo pienso que tuviéramos un mal trato ¿no? Porque somos groseras, pero nosotros, al menos yo no soy grosera con nadie en el centro [de salud]. Entonces yo pienso que nosotras sí tenemos un derecho [...] sí tenemos el derecho de tener una buena atención en el centro de salud, ¿qué no? (GF 8-O).

La ciudadanía precaria, según O'Donnell (2004), es cuando los ciudadanos no reconocen el derecho a tener derechos, ni las instituciones promueven que los derechos se exijan y ejerzan, a través de las condiciones necesarias para ello; las personas esperan la ayuda. Varias de las participantes, a pesar de tener años de ser beneficiarias del programa, asistir regularmente a sus pláticas y talleres, pues es un requisito, no expresaron un discurso que denotara cuando menos la seguridad de lo que les provee en términos de derechos. Esto alude al sentido del programa, no empoderante, aunque entre sus planteamientos básicos considera promover el empoderamiento de las mujeres, siendo ellas las responsables de recibir el beneficio, así como de responder a los requisitos. Sobre esto, en un estudio acerca de los alcances en empoderamiento de las mujeres mediante el apoyo del Programa Progresá, antecesor de Oportunidades, se encontró que estaba brindando una potenciación limitada a las beneficiarias, de “una manera disímil y lenta [...] y las coloca en un proceso que está creando condiciones de posibilidad para desarrollar rasgos de empoderamiento, en especial en el componente salud, por la apropiación de conocimiento” (Meza y Tuñón 2002, 87).

Sin embargo, se concluye que las mujeres “son reafirmadas en las normas hegemónicas de género que les atribuyen a ser las cuidadoras, preventoras y productoras de salud, partiendo del supuesto de que las mujeres disponen de tiempo” (Meza y Tuñón 2002, 87). Aunque en esta investigación no se profundizó en el Programa Oportunidades, se considera, por el discurso de las entrevistadas beneficiarias, que dicho sentido ideológico y organizacional no ha tenido mayores cambios.

Las instituciones y las prácticas del personal de salud tampoco promueven que las mujeres ejerzan sus derechos a atender su salud, ni reconocen las diferencias desde el género. Al respecto, Herrera señala que “la propia estructura de autoridad del orden médico, que es normativo, excluyente, masculino y paternalista en el

⁶⁷ Morales encontró que entre las mujeres del grupo de Oportunidades “acuden por la obligación que sienten y no porque el PAP sea una práctica incorporada a la vida cotidiana. Otro apoyo importante es el conocimiento sobre la experiencia de sus conocidas” (2008, 269).

mejor de los casos, vuelve muy difícil un cuestionamiento de la visión tradicional de las mujeres, reforzando una visión de las mismas como sujetos a ser tutelados y no como ciudadanas” (2010, 76-77). Oportunidades brinda a las mujeres y a sus hijos servicios básicos de detección oportuna de enfermedades, y la atención en caso de que se presenten, pero mantiene la visión asistencialista, sin que implique procesos de ciudadanía y, por su parte, ellas no asumen que tienen ese derecho. En el trabajo de Solitario et al. (2008), las mujeres pobres, con quien exploraron su concepción de derecho en salud, concluyeron que dicha concepción está ligada a sus necesidades concretas, así como individuales y personales, y no se expresa que un derecho es un reconocimiento a la igualdad de todos.

ENT: Ustedes, ¿no consideran que sus reuniones pueden ser un buen lugar donde puedan abordar este tipo de problemas que están viviendo, donde pudieran, digamos, exigir mejor atención médica?

- Pero [...] ¿A quién?

- Si ese día cuando exigimos allá abajo ¿Se acuerdan?, ¿qué cosa dijo el doctor?, que no tenías derecho a exigir nada [...] ¿Qué cosa dijo?, nos regañó ¿verdad?

- Sí, sí cierto, nos regañó, es lo que pasa también.

- Porque nosotros exigimos nuestro derecho y dijo el doctor que no.

ENT: ¿Qué no tenían?

- Que no teníamos derecho a estar diciendo esas cosas, si lo vamos a decir, dijo, ¿cómo es que dijo?: ‘Manden un papel’, no sé, ahí sí no entendí.

- ¡Ah! sí, un escrito dijo.

ENT: ¿Y nunca han mandado un escrito?

- [Risa] Pues no.

- Porque supuestamente el escrito lo hacen y tiene que pasar, dijo él así, esa vez, que haga un escrito para que ese escrito tiene que pasar por manos de él. Entonces, la persona que está aquí encargada es directora y es doctor, entonces, si nosotros mandamos una inconformidad, va a llegar a manos del centro de salud aquí y ahí se va a quedar.

- [...] Pues ahí se va a quedar.

- Y no va a pasar, es lo que pasa (GF 8-O).

Que las beneficiarias del programa tengan acceso al servicio no implica que se ofrezca con calidad por el personal de salud. Los reportes constatan que son varias las deficiencias del servicio médico que se ofrece, sobre todo en las áreas rurales (González de la Rocha et al. 2008). Hay varias violaciones registradas sobre el derecho a la salud de las personas, y recomiendan trabajar bajo una perspectiva de derechos humanos, tanto con los prestadores de servicios de salud como con las personas beneficiarias, que permita alcanzar mayor bienestar y la capacidad ciudadana de las familias.

En estos grupos se observó que las mujeres no se perciben a sí mismas como ciudadanas con derecho a la salud, sino como beneficiarias de un programa gubernamental que las apoya, las “ayuda” para mejorar su condición socioeconómica y de salud, al percibirse a sí mismas como mujeres pobres que necesitan la asistencia del Estado.

Zaldúa et al. (2006) reportan que la burocratización de los grupos o movimientos sociales impide un sentido de exigencia del derecho, y establece condiciones ajenas a los intereses del grupo. Así, las mujeres del Programa Oportunidades deben cumplir con ciertos requisitos, como limpiar el centro de salud o estar presentes en charlas sobre distintos temas, cuyo lenguaje en ocasiones les resulta difícil comprender; asimismo, acudir a hacerse la prueba del PAP, prescrita como requisito para recibir la beca, entre otras

acciones impuestas, alejadas de un proceso de promoción de la apropiación de derechos. Estas actividades forman parte de esa burocratización de los grupos bajo el control del Estado, que influye en el disciplinamiento y las subjetividades de las mujeres.

De acuerdo con Malo (2010), la participación en salud implicaría un proceso político y de redistribución de poder, donde las personas y la comunidad tuvieran el derecho de tomar decisiones sobre la planificación y ejecución de los programas de salud. Sin embargo, las políticas públicas en México, que fomentan una ciudadanía asistida sin una noción de derechos ni de participación, obstaculizan la acción social organizada.

V. APROPIACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD: HABITUS Y PERCEPCIÓN DE SÍ

Este capítulo trata sobre la apropiación (o no) de derechos por parte de las mujeres con las que se trabajó, y se analiza la información con los conceptos de habitus y percepción de sí. Teóricamente, la definición de habitus podría incluir el concepto de percepción de sí, ya que al verbalizar explicaciones emerge un autorreconocimiento en las situaciones que se describen, es decir, cómo las mujeres se perciben frente a otros agentes del campo, frente a diferentes instituciones y bajo diversos objetivos. Hay un autorreconocimiento, con capacidades o limitaciones.

EL HABITUS Y LA PERCEPCIÓN DE SÍ

Como se ha expuesto, el habitus no es una condición natural, sino una construcción social, y refiere a las capacidades de todas las personas para manejarse en la sociedad; representa el cúmulo de aprendizajes internalizados desde que se vive en sociedad, y es el esquema que da estructura a las prácticas y percepciones. A la vez, el habitus es estructurante dentro de los contextos en los que se vive, y aporta no sólo la energía necesaria para sobrevivirlos, sino también las prácticas que llegan a construir y modificar esos entornos; el sistema de disposiciones funciona en ambos sentidos, sobre lo que Bourdieu señala:

pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el *propósito consciente* de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente ‘reguladas’ y ‘regulares’ sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta (2007, 86).

Por percepción se entiende el proceso subjetivo en construcción permanente, influido por los referentes culturales e ideológicos con los cuales se interactúa con la sociedad (Vargas 1994), tanto en términos individuales como colectivos.

El capítulo se organiza en tres subapartados sobre la percepción de sí, ante el sistema de salud y los médicos. La categorización se construyó con base en las narrativas de las participantes, tanto en los GF como en las EP. Se identificó una percepción de sí *en desventaja*, así como otra *de resignación* y la *de resistencia y apropiación de derechos*.

Percepción de sí: en desventaja

En las narrativas, la educación se identificó como una condición necesaria para conocer, exigir o luchar por los derechos. Tanto desde la voz de las mujeres con más desventajas, como de quienes tenían educación superior reconocieron la importancia de contar con escolaridad más allá de la básica; todas consideraron que

la falta de ésta representaba una desventaja seria en la apropiación y ejercicio de derechos. Pero hay que recordar que la mayoría de ellas son de bajos recursos; 35 por ciento había cursado hasta la primaria o menos; 31, la secundaria o menos y 10 tenía educación superior. Por ello, la mayoría de los testimonios incluidos son de las que carecían de esta última.

Contar con educación o no refiere a una condición de posibilidad en el ejercicio de derechos; se vincula con el desarrollo de un autorreconocimiento que facilitaría el acercamiento al estatus de quienes sí tuvieron formación profesional, como los médicos. La falta de dicha condición funciona como argumento de las mujeres para declararse en desventaja, pero también con impotencia. A diferencia de las que habían cursado educación superior, a pesar de autoreconocerse con la capacidad de entender y, en caso necesario, tomar la decisión de cuestionar el *statu quo* en el campo médico, en sus narrativas no se expresaron experiencias en este sentido.

Cabe señalar aquí que la condición de pobreza de la mayoría de las participantes es el marco para desventajas en otros campos sociales, como el empleo o la vivienda, y que forman parte de las condiciones de posibilidad generales para el respeto y el ejercicio de derechos en general.

La percepción de sí como mujeres pobres y sin estudios influye seriamente en la relación que establecen con el médico y el personal de salud, cuando acuden a solicitar los servicios, ya que la figura del médico cuenta con un alto reconocimiento social. Muchas de las participantes se perciben como “ignorantes”, y esto es un referente de sí mismas frente al médico; con este argumento, sin educación y pobre, se identificaron dos posiciones en el servicio de salud, no necesariamente excluyentes: a) aceptar lo que el médico indique, que tome decisiones sobre su cuerpo y la salud de ella y la de sus hijos y b) desconfiar de la atención, pues consideran que como son pobres y sin educación, los prestadores médicos no les reconocen sus derechos y sus capacidades de entendimiento, y no les explican sobre sus problemas. Así se fue recopilando un *deber ser* y un *ser* en sus percepciones y prácticas al plantearles, de manera sistemática, preguntas de por qué sucedían así las cosas, y qué habían hecho ante tales situaciones. Es decir, las lógicas prácticas operando *in situ* (Bourdieu 2007).

Raj, Heng y Shuib documentan que las actitudes de las mujeres reflejan “su fuerte convicción de que la educación es un medio para adquirir poder” (2006, 218). Dos de las entrevistadas con educación superior reconocieron que:

[...] la educación es lo que nos pone a uno y a otros en áreas más y menos vulnerables (Argentina, 30, O).

Entre más ignorante es la gente, menos va a conocer sus derechos, entre más educación tienes, sabes qué derechos tienes, cómo defenderte, pero entre más humilde, menos educación, pues a lo mejor dices: ‘no tengo derecho, si yo pagara, si yo hiciera, si yo, si yo’ [...] entonces no lo haces (Lucero, 50, NO).

Asignar a la educación un valor tan importante para el ejercicio de derechos, y no contar con ella actúa en contra de una condición de posibilidad para las mujeres. Sin embargo y, como se ha recalcado, la equidad es la premisa del reconocimiento de todos los derechos, así sean mujeres analfabetas o con educación universitaria. Percibirse como una mujer sin estudios, o que carece de los suficientes, va de la mano con reconocer que tiene otras desventajas, como la falta de capacidad de entendimiento de las explicaciones de los médicos, sin diferenciar que la información se ofrece en términos técnicos, como se expresó repetidamente.

En un estudio con mujeres con cáncer de mama se encontró que cuando tienen un nivel educativo y económico bajo, su intervención en la consulta es escasa; hacen pocas preguntas, lo que incide en la comunicación médico-paciente y en el seguimiento de la enfermedad (Siminoff 2006, citado en Barnato et al. 2007), como se ilustra en el testimonio siguiente.

No le hacen caso a uno [los médicos], lo ignoran por falta de recursos, de dinero y eso con los del Seguro Social. No es igual ir al Seguro que ir con un médico particular, al que se le está pagando para que te haga lo que necesites. Lo ignoran pues, por pobre que es uno, lo mandan a la fregada a uno (GF 9-N).

Las participantes no se perciben como autorizadas para pedir información sobre su salud, menos para cuestionar las decisiones del médico. Al respecto, Amuchástegui y Rivas (2008) señalan que autorizarse a sí mismo para realizar alguna acción es un elemento central de la apropiación y ejercicio de derechos. En varios estudios se ha documentado cómo las prácticas y percepciones de las mujeres pobres se expresan en los servicios de salud. Por ejemplo, Bronfman et al. (2003) encontraron que las pobres y de nivel educativo bajo son quienes esperan más para entrar a la consulta médica, y reciben un peor trato del personal de salud. Por su parte, Bustelo señala: “Los pobres permanecen pasivos casualmente porque no se les ha transferido ni las competencias ni los códigos para entender su situación de ‘opresión’, ni tampoco los medios que tendrían para salir de sus dramáticas circunstancias de privación de oportunidades humanas” (1999, 28). Comes y Stolkiner (2005) observaron que las mujeres pobres perciben el derecho como “un acto de beneficencia”, la atención como “un favor” a ellas por ser pobres.

La desigualdad de género y las relaciones de dominación que enfrentan las mujeres en los ámbitos de la vida pública y privada son los marcos en los que se mantienen y se moldean los hábitos, desde los cuales ellas elaboran permanentemente su percepción de sí. El campo médico, como expresión social de la organización estructural de la salud, no está exento de reproducir dicha diferenciación de género considerando a las mujeres un grupo subordinado. La percepción que ellas tienen sobre sí mismas se encuentra influida por estos procesos sociales que reproducen su posición subordinada. En las narrativas se encontró que la mayoría de las entrevistadas tienen y expresan nociones sobre sus derechos, pero que no rebasan su condicionamiento de constreñimiento, en parte por su género.

A nosotros nos educaron de que teníamos que servir, ¿no?, a servir. Entonces veo que cuando nosotros necesitamos que nos sirvan, pues no, no está la misma disposición de la otra parte [del personal de salud], entonces también aprendí a pedir y a exigir, eso aprendí (Rebeca, 32, NO).

Que las mujeres se perciban como sujetos de derechos requiere de las condiciones de posibilidad estructurales, macro e institucionales, sin éstas la construcción de ciudadanía y ejercicio de derechos se vuelve una lucha en cada paso, que no sólo implica el enfrentamiento en las situaciones particulares, sino salir al espacio político público. En las narrativas se apreció una fuerte barrera para la defensa de sus derechos en acción política y colectiva, no sólo entre las mujeres sin experiencia de participación, sino también en las que pertenecían a algún grupo. A excepción de dos de los grupos, conformados desde su origen para hacer trabajo político en la arena pública, los demás expresaron sólo el reconocimiento de las limitaciones para ejercer los derechos.

La percepción de ser mujeres pobres y sin educación son elementos que identificaron como requisitos para ejercer los derechos; también surgieron factores de discriminación racial. En un GF, las participantes con mayor escolaridad coincidieron en señalar algunos aspectos.

- Tiene que ver mucho con la educación y el estrato social [...]
- A la señora güerita y a la señora morena, porque el color es un signo de discriminación, te ven güerita, blanca, alta y te atienden muy bien, es otra forma de hablarte, te ven morenita, te tratan de otra forma (GF 3-O).

En este mismo sentido, las personas de otro GF, que no contaban con educación superior, externaron afirmaciones como las siguientes.

- Simplemente si perteneces como nosotros, para acá, simplemente se divide en clases sociales. [Si] llego yo y llega otra señora a las juntas, bien vestida [...]
- Encopetadona.⁶⁸
- Que luego-luego se va a notar la diferencia social mía a la de ella, luego-luego la van a atender mejor que a mí y eso es donde quiera, en donde quiera que nos paramos, las diferencias sociales van a estar y a la clase de nosotros, ¡siempre!, se nos va a hacer menos, y se nos va a atender ¡mal! Siempre, siempre, siempre, aún y si uno pega de gritos, ‘¡Ah pues mira! ¡Qué grillera! ¡Gritona!’
- ‘Las pobres son bien grilleras’, dicen, bueno, es que no nos atienden [...]
- ¡Sí pues!, y también quiere decir mucho, como dices tú, la educación y clases sociales y niveles políticos y todo ese rollo. ¿Por qué?, porque pues si tú trabajas en el gobierno, no vas a tener Seguro Social, no vas a ir al Seguro Social, si trabajas en un banco, ¡tampoco vas a ir al Seguro Social!, la clase obrera como nosotros vamos a ir al Seguro Social (GF 12-NO).

Cuando se hace referencia a las condiciones de posibilidad, en general se habla de las externas a las mujeres, a las formas en que se organiza la sociedad y sus instituciones, para que el ejercicio de derechos sea posible. Por ejemplo, como se señaló, el respeto a las personas, independientemente de su estrato socioeconómico y de escolaridad, es premisa de la ciudadanía y los derechos. Pero en el ámbito individual, es la biografía, el habitus y la percepción de sí, las condiciones que aseguran los comportamientos en un sentido u otro, como la toma de decisiones, por ejemplo, y en este plano se usan dichos términos, es decir, la dimensión subjetiva objetivada en prácticas.

En las estructuras objetivas de la institución, las mujeres más empoderadas y con experiencia de participación identifican barreras que dificultan cualquier queja por una atención deficiente, y limitan seriamente las condiciones de posibilidad que tienen que ver con el respeto y no discriminación en los servicios de salud.

Lo que pasa es que es bastante inversión de tiempo, entonces uno que está así como segura de sus derechos y consciente y esto, pues si se atreve a invertirle un poco más de tiempo con la esperanza de que a ver si te alertan y cambian el asunto [...] No dejarlo individual pues no, sino informarle a las redes [...] a ver si presionando así de manera enredada le meten más ganas, pero es eso pues, o sea, es un estirar [...] como que está vulnerable la gente, pues porque otra gente que no conoce sus derechos, pues no va a exigir y además si no hay tiempo, porque es ir a perder todo el día y no nada más uno o sea [...] y es invertirle bastante tiempo (Ilse, 32, O).

La pobreza y la ignorancia son dos elementos presentes en la construcción de la percepción que tienen las mujeres sobre sí mismas frente al sistema de salud, lo que repercute en forma negativa en su construcción de ciudadanía.

Si no tienes dinero, a fuerzas tienes que aguantarte y la gente ahí es, yo entiendo a la gente que trabaja en los hospitales esos, es ¡muy tedioso!, es ¡muy enfadoso! ha de ser ¡muy difícil! aguantar a tanta gente todo el día [...] o sea, debe de ser difícil explicarles, porque yo he estado cuando le explican a una señora

⁶⁸ Adjetivo que describe a una mujer bien vestida y peinada, de la clase alta.

¡y no entendió! Le tienen que volver a explicar, el doctor [...] como dijo el presidente para cambiar México, tenemos que empezar por la educación [...] Primero para arreglar todo eso, el sistema de salud, necesitamos informarnos, necesitamos aprender (GF 12-N).

La alta jerarquía en la que se ubica al médico, por su conocimiento técnico-científico de la salud, influye para que las mujeres se perciban a sí mismas en una posición inferior que impide ejercer los derechos en la atención, en particular los relativos al derecho a la información, que son los que aquí interesa identificar. En el testimonio anterior, en el grupo se justificaron las prácticas de violación de derechos en la atención, por la sobrecarga de trabajo del personal pero, al mismo tiempo, se culpa a la paciente por no entender, y al hacerlo se expresa la violencia simbólica que es frecuente escuchar entre las entrevistadas. Bourdieu explica cómo opera dicha violencia sutil, sostenida y efectiva:

Los actos simbólicos suponen siempre actos de conocimiento y de reconocimiento, actos cognitivos por parte de quienes son sus destinatarios. Para que un intercambio simbólico funcione es necesario que ambas partes tengan categorías de percepción y de valoración idénticas [...] se ejercen con la complicidad objetiva de los dominados, en la medida en que, para que semejante forma de dominación se instaure, hace falta que el dominado aplique a los actos de dominación [y a todo su ser] unas estructuras de percepción que a su vez sean las mismas que las que emplea el dominante para producir esos actos (1997, 170).

Esta lógica se aprecia en la expresión “[...] debe de ser difícil explicarles [...]”. Las mujeres pacientes al participar en el campo médico adoptan las reglas y condiciones institucionales, como la falta de tiempo del personal para dedicarse a ofrecer información. Entre las mujeres con mayor escolaridad se reconoce que la falta de educación, pero también de conocimiento de los derechos, hace que no sean más proactivas en el ejercicio de los derechos. Argentina, con educación superior, comenta sobre quienes no la tienen.

A mí se me hace que el no conocer es el principal problema por el que uno no pregunta, no exige. Vas con la idea cuadrada de que el doctor te va a decir con qué se te va a quitar y eso tiene que ser (Argentina, 30, O).

Entre las participantes se distinguió a las mujeres con mayores desventajas, como son las beneficiarias del Programa Oportunidades. En sus narrativas no se perciben a sí mismas con la capacidad de exigir mejores condiciones en la atención médica, pues consideran que poco pueden hacer en esas situaciones. Esta percepción se fue formando por la práctica reiterada de haber recibido un trato déspota.

O sea, me trató mal en la forma de que [...] me habló muy déspota, muy así, con mal carácter [...] ya se les ha informado y la situación es la misma y dije yo: ‘No, ya no, ¿para qué hablo si de todas formas es la misma?’ Es que eso ya es de años, años, no es de un tiempcito, es de años. Y por ejemplo, si yo le comento, por decir, a la enfermera, le digo: ‘Pues, mira, yo vine tal día y me trataron así’, pero pues ella me va a decir: ‘Pues es que, mijita, dile a la directora, quéjate con ella’. Y así [...] y ¿para qué acarrear tantos problemas? Y no, ya, mejor así (Elvira, 45, O).

Pero es importante señalar cómo otras, como Luisa, se consideran “dejadas”, porque no exigen una mejor atención. En su expresión se aprecia lo que Bourdieu señala como la lógica lógica, referida al deber ser, en este caso del discurso de los derechos, lo que se dice que *debería* cumplirse en la atención de la salud y, por otro lado, la lógica de las prácticas, que refiere *lo que es*, lo que reciben y viven.

ENT: ¿Y usted cree que podemos nosotros exigir atención médica?

Pues si nosotros estamos pagando, se supone que estamos pagando el Seguro y si nos dicen a tal hora, pues a tal hora deberían de hacerlo, yo digo que sí podemos exigir, no exigimos, pero podemos.

ENT: ¿Por qué cree que no exigimos, Luisa?

Sabe, por dejada uno, la gente por dejada, nos dejamos, si nos dicen esto, estamos conformes [...] nos conformamos (Luisa, 37, NO).

Sobre esta percepción en desventaja de muchas de las entrevistadas, se retomó lo que Bourdieu explica sobre cómo se va participando de una violencia simbólica impresa en las prácticas:

las mismas mujeres aplican a cualquier realidad y, en especial, a las relaciones de poder en las que están atrapadas, unos esquemas mentales que son el producto de la asimilación de estas relaciones de poder y que se explican en las oposiciones fundadoras del orden simbólico. Se deduce de ahí que sus actos de conocimiento son, por la misma razón, unos actos de reconocimiento práctico, de adhesión dóxica, creencia que no tiene que pensarse ni afirmarse como tal, y que «crea» de algún modo la violencia simbólica que ella misma sufre (2000, 49).

Percepción de sí: de resignación

Tanto en los GF como en las EP se escuchó que hubo falta de respuesta en los servicios de salud, cuando se presentó una queja verbal o escrita (pero fue la excepción) lo que contribuye a la modelación de los habitus y percepciones de las mujeres; quienes expresaron sentimientos de impotencia, resignación e indignación por recibir este trato en el servicio de salud.

Te indignas tanto, que ya después cuando se te pasa el coraje la piensas mejor [...] dices tú, ‘ay, le hubiera dicho esto’, pero cuando traes el coraje ya no te dan ganas ni de pensar [...] pero sí, hay veces que te dan ganas de agarrarlo [al médico, mueve sus manos como si estuviera ahorcando y estrujando a alguien] [...] decirle [...] ‘¡Ay!, si se dejara le hubiera dado un fregazo’ o algo por el estilo.

ENT: ¿Qué genera esa indignación?

¡Ay! Pues mucho coraje, mucha impotencia de no poderles hacer nada, querer agarrarlos y darles una estrujada [...] no poder hacer nada (Macaria, 28, O).

Macaria pertenece a un grupo organizado que trabaja en actividades que benefician a su comunidad, y no cuenta con educación superior. Aun así, ella no se percibe con la capacidad para exigir directamente al médico, para recibir un mejor servicio de salud. La reiteración de esa impotencia construye una subjetividad que niega la posibilidad de tomar decisiones, al ver su incapacidad para modificar la situación (Zaldúa et al. 2006). Así, una parte consustancial de las condiciones de posibilidad estructurales e institucionales es la del autorreconocimiento como personas, con capacidad de autorizarse a sí mismas el derecho a tener derecho, además de recibir el reconocimiento de los demás; el testimonio siguiente expresa resignación.

ENT: ¿Y por qué no nos quejamos en el centro de salud?

- Porque no nos hacen caso de todas maneras, o sea, en el Seguro, las secretarias parece que ellas nos están [...]

- [...] haciendo el favor

- ¿Sabes qué pasa? Cuando a uno la tratan mal, cree uno que nos van a quitar el Seguro, que ya no nos van a atender como antes o como nosotros queremos ¿no? [...] pensamos que no tenemos derecho a réplica [...] por temor (GF 1-O).

[...] yo en ese momento, cuando tenía Seguro tenía un montón de recetas, que a mí una persona que me dijo que con esas recetas yo podía haber demandado al Seguro.

- ¡Sí, María!

- Entonces yo, pues en aquel entonces, ignorante, no lo hice, pero [...]

- ¿No? No se puede.

ENT: ¿Alguien, alguna ha entablado alguna demanda contra el Seguro Social?

- No procede.

- No (GF 5-O).

La experiencia personal y la que han conocido a través de otras mujeres ha propiciado que algunas no confíen en los procesos de queja y denuncia de atención médica, lo que puede imposibilitar acciones futuras de exigencia y ejercicio de derechos, es decir, la ciudadanización aparece lejana.

ENT: ¿Y qué se puede hacer cuando nos tratan mal?

Pues yo digo que más que todo quejarse, pero es muy difícil porque nadie cree ya en las quejas yo creo. Como te tratan tan mal y eso, no sabes ni qué hacer [...] Muchos se quejan hasta en la tele pero [...] de igual forma yo creo que no hacen ni caso los del Seguro (Macaria, 28, O).

Te identificas como ciudadano que no preguntas, que no exiges, que no, no pasa nada (Argentina, 30, O).

En estas expresiones, la resignación convive con la percepción de derechos, “más que todo quejarse, pero es muy difícil”, como se observa, de nuevo, el deber ser, detrás del ser, como también quedó de manifiesto en otro GF.

- Aquí grita uno, pero pues, pero nada más nos oyen ellos [los médicos en el centro de salud].

- Y allí queda.

ENT: ¿Alguna de ustedes se ha quejado ante alguien o ha hecho algo?

- No, para [...]

- Pues por eso pasa [...] no hablamos.

- No hablamos, no denunciemos nada (GF 14-N).

Rebeca, en el siguiente testimonio, explica cómo interpreta la falta de una gestión más fuerte en la exigencia de derechos en la atención.

Por ejemplo ven [los médicos] a la persona que no sabe mucho, ven la humildad [sic], la necesidad [sic] y de ahí se agarran ellos, o sea, de la necesidad de la persona, o sea, la persona necesitada, la más necesitada así, es la que siempre se calla por la misma necesidad y se conforma. Entonces ellos se agarran de esa necesidad y parte de su ignorancia para decir, ‘ah, ya esto y esto otro ya, ya cumplí, vete,

así?. Y pues la gente de tanta ignorancia y de la humildad de uno y que muchas veces se calla porque lo necesita y ya no dice nada y de eso se aprovechan los médicos (Rebeca, 32, NO).

A pesar de que la participación organizada ha abonado al reconocimiento de derechos y ciudadanía, los procesos de exigencia de las mujeres aún no sobrepasan el nivel individual, incluso en aquéllas con años de participación, lo que puede relacionarse con la desconfianza de ser escuchadas y de obtener resultados positivos. Esta resignación e impotencia es un aprendizaje colectivo e individual; la percepción de que poco se logra se ha sedimentado en las mujeres que se mueven en el campo médico, han aprendido y asumido su posición en desventaja.

ENT: ¿Y qué pasa en esos casos? donde nos dicen que el Papanicolaou es gratuito y todas podemos ir y que no nos atienden.

No pues no pasa nada, aquí nos quedamos en blanco, el gobierno promete y promete pero nomás hasta ahí se queda.

ENT: Usted, ¿alguna vez se ha quejado por esto?

Pues no, porque no remedio nada, ¿cuánta queja no tiene él y todas las clínicas? Y vas y ahí ves a los doctores haciéndose [...] yo soy una de las personas que digo, ‘¿para qué?, si no remedio nada’ (GF 2-O).

[...] mucha gente se queja del Seguro Social y lamentablemente no hacemos nada porque realmente yo creo que las autoridades correspondientes no están aquí, nosotros tenemos que ir [...] por ejemplo, a la dirección, pero si no actúan en dirección, a dónde ir más arriba, o sea y no hay, no hay dónde, entonces no vemos resultados, muchas veces en las quejas y la gente pues se tiene que conformar (Olga, 39, O).

Las respuestas negativas en la mejora de la atención posiciona a las mujeres en un no hacer, no actuar y no percibirse con el derecho a exigir. Las participantes esperan una mala atención por parte del personal de salud, aunque se emprendan acciones de denuncia contra un campo hegemónico como el médico, que subordina a las pacientes frente a la alta jerarquía que representa. La interiorización de estos hábitos de paciente se ha ido construyendo con cada experiencia propia y de lo que ha conocido en sus redes sociales; y ese hábito se manifiesta en sus encuentros subsiguientes con variaciones, según la situación particular. Esto no quiere decir que al final, como agente con margen de libertad, actúe y busque estrategias que le permitan conseguir la atención o mejorar la que recibe.

Pues nosotros también debemos de ser amables [...] con las enfermeras, con los doctores, tampoco no ir, no porque tenemos el derecho de que se nos atiendan, vamos a ir y a exigirles así de mala forma. No, también tenemos que tenerles respeto y, por qué no cierta consideración también, porque ellos también merecen que se les trate bien.

ENT: ¿A usted en alguna ocasión le ha tocado exigir un servicio de salud?

Exigir, exigir no, pero, o sea de mala forma no, como la vez que le dije a la muchacha que estaba dando las fichas, le dije: ‘Deme un número más, no le hace que me dejen a lo último, para que lo atiendan, es que sí urge, me urge que me lo atiendan al niño ahora’, le dije. No le exigí de mala manera, casi le lloraba pidiéndole amablemente, como [...] y por favor, no fui yo a exigirle o a gritarle, nada. La prueba está en que le dije: ‘Déjeme al último’. No le dije: ‘No, pues viene enfermo, deme uno ahorita o dígame al doctor que salga y me lo atiendan ya, ahorita’, no. ‘Déjemelo al último’, le dije, ‘no importa’, o sea también uno tiene que tratarlos bien a ellos (Elvira, 45, O).

Las mujeres viven la condición de ciudadanas por lo general a partir de un reconocimiento parcial de derechos y una conciencia débil del “merecimiento”, lo que hace eco de la desvalorización social de la ciudadanía femenina, que implica reconocer a las mujeres como sujetas de derechos, poder, responsabilidad y autonomía en la toma de decisiones, sin embargo “el desafío en la construcción ciudadana de las mujeres es que muchas todavía no se auto-perciben como sujetas de derechos, situación que trasciende en la visión que tienen de sí mismas como ciudadanas” (Sánchez 2006, 4).

Tanto en las expresiones de la percepción de sí en desventaja, como en la de resignación, se atiende lo aprendido en el campo médico, no necesariamente de manera consciente y racional. Sobre esto, Bourdieu explica:

El orden simbólico se asienta sobre la imposición al conjunto de los agentes de estructuras cognitivas que deben una parte de su consistencia y de su resistencia al hecho de ser, por lo menos en apariencia, coherentes y sistemáticas y de estar objetivamente en consonancia con las estructuras objetivas del mundo social. Esta consonancia inmediata y tácita [en todo opuesta a un contrato explícito] fundamenta la relación de sumisión dóxica que nos ata, a través de todos los lazos del inconsciente, al orden establecido (1997, 119).

En el siguiente testimonio se aprecia lo que se dijo en un GF.

ENT: [Los derechos son], ¿para todos por igual?

- Claro.

- Pues no, no, no lo veo tan derecho, el derecho.

ENT: ese derecho chueco como dice M, ¿qué hacemos para tratar de exigirlo?

- ¿De obtenerlo, de exigirlo?

- Pues unirnos, exigir el servicio.

ENT: ¿Cómo unirnos, S?

- Pues [...]

- Protestar, hacer una marcha masiva.

- Silenciosa y luego [...]

- Muchas veces no quieren [...] no quieren, pues, ahí nos quedamos.

ENT: ¿No quieren unirse?

- Nos quedamos en las mismas.

- Por miedo, porque puede haber [...] que vaya a pasar algo.

- Y muchas veces por [...] porque ya está cansada, realmente uno ya está cansada de tocar puertas; a menos que sea una emergencia, como a mi hija, entonces sí, yo hasta le [...] ¿sí me entiendes? voy hasta el fin del mundo, pero si no es emergencia, te quedas como si nada, cansada.

ENT: Usted, ¿qué opina de esto, N?

- Pues es que yo siempre he dicho, hágase lo que se haga va quedar a donde mismo.

ENT: Entonces, nuestros derechos?

- Se pierden ahí.

- Están por los suelos, pisoteados (GF 5-O).

Como se aprecia en muchos de los testimonios, se presenta una discrepancia entre la formalidad del derecho, la praxis en la atención médica y la apropiación subjetiva del derecho.

Percepción de sí: en resistencia y apropiación de derechos

Hay diferencias dentro de los grupos con los que se trabajó, y entre las mujeres entrevistadas y participantes en general. Asimismo, la percepción de sí en resistencia y apropiación de derechos entre ellas se diferencia en los niveles y las formas en los que se concretan en la atención. Todas las entrevistadas, en algún momento de sus narrativas sobre experiencias y nociones del deber ser, expresaron resistencia apropiándose del margen de libertad individual en su vida, y expresando su autonomía en la toma de decisiones, aunque fueran muy limitadas. En los subapartados anteriores se muestran indicios sobre esto, pues “los dominados, en cualquier universo social, pueden ejercer siempre una cierta fuerza, en tanto que pertenecer a un campo significa por definición ser capaz de producir efectos en él (aunque sólo sea para generar reacciones de exclusión por parte de aquellos que ocupan las posiciones dominantes)” (Bourdieu y Wacquant 2005, 128).

Sin embargo, hay que recalcar que estas resistencias terminan donde inicia el poder mayor de su entorno, de la imposición de reglas del campo médico y donde no obtienen mayor reconocimiento. Sobre esto es pertinente retomar la definición de autonomía relacional, que enfatiza la influencia de los condicionantes del campo para comprender cómo se lleva a cabo dicha autonomía. De ahí lo relacional: “la convicción de que las personas están inmersas en el contexto y las identidades de los agentes se forman dentro de ese contexto de las relaciones sociales, conformadas por la compleja intersección de los determinantes sociales, como la raza, clase, género y etnia” (Mackenzie y Stoljar 2000, 4). McLeod y Sherwin señalan, en el mismo sentido, que más allá de la discusión tradicional sobre autonomía soportada en lo individual, hay que considerar que la opresión a la que están sujetas las mujeres como pacientes en los servicios de salud, en términos relacionales “la opresión puede implicar en sí dimensiones de la coacción, compulsión y la ignorancia, pero funciona de manera compleja y a menudo invisibles en gran medida, que afectan a grupos sociales enteros en lugar de solo individuos aislados” (2000, 259).

Cuando las mujeres diseñan y emprenden una serie de estrategias y acciones individuales para resolver un problema de salud, ejercen lo que Amuchástegui (1999) llama el ejercicio de derecho en acto, es decir, esas acciones llevadas a cabo para solucionar problemas concretos y urgentes en la búsqueda de atención, es un acto considerado en sí mismo como ejercicio de un derecho. Y es en esas situaciones que emergen las resistencias y la autonomía, aunque dicho marco constriña en grados distintos a las mujeres en condiciones similares; se diferencian en la particularidad de sus habitus, aunque compartan las bases. Al respecto, Bourdieu señala que: “Los habitus son principios generadores de prácticas distintas y distintivas [...] pero también son esquemas clasificatorios, principios de clasificación, principios de visión y de división, aficiones, diferentes. Establecen diferencias pero no son las mismas diferencias para unos y otros” (1997, 25). Este proceso se aprecia en el testimonio siguiente.

[...] me pasó una amarga experiencia, yo tenía trece semanas de embarazo, fui a mi control... que me van haciendo un ultrasonido y que el bebé estaba muerto [...] cuando yo llego al hospital me dejan internada, pasa un día, jueves, viernes, sábado y domingo, me tenían en ayunas [...] me bajaron cuatro veces al quirófano, me pusieron ampollitas vaginales cuatro veces [...] No se me abrió el cuello de la matriz ni nada, pero ahí sólo me tenían y como yo estaba tranquila [...] o sea, no les daba lata, no me atendían [...] [pero a los días] a mí se me atendió porque ¡yo grité y amenacé a los doctores! Me bajaron

a trabajo de parto [...] un doctor muy prepotente que fue el que me ingresó, me dice, ‘¿tú todavía aquí?’, me dijo bien prepotente, le digo, ‘sí, porque no me han hecho nada’, le digo; ‘¿cómo que no!’, me dice, entonces él ya tenía, veinticuatro horas de trabajo el doctor, ¡sin dormir, estresado!, y a todas las estaba lastimando cuando les estaba haciendo el tacto [...] Cuando llega el turno a mí, le dije, ‘ni un dedo me va a meter usted’, le dije, ‘a mí usted no me va a tocar, ¡váyase a descansar a su casa y luego se viene a trabajar!’, le digo. Porque les ponen jornadas de trabajo muchísimo muy cargadas, a veces hasta setenta y dos horas los doctores y las enfermeras ahí, porque de todo eso yo me di cuenta toda esos días que estuve en el hospital. ‘Cuál?’, me dijo, ‘no, yo te voy a revisar’, ‘y a mí ningún dedo usted me va a poner’, le digo, ‘me pone un dedo y lo voy a demandar’, le digo, ‘es que tú eres mi paciente’, ‘pues usted a mí no me va a tocar’ [...]. lo amenacé, llega el otro doctor, pobrecito y le digo, ‘¿sabe qué?, usted me va a hacer el legrado’, le dije, ‘no’, me dice, ‘es que tú no eres paciente mía’, ‘a mí no me importa, usted se va a hacer cargo de mí y usted me va a hacer el legrado’, le dije, ‘y yo lo quiero ¡ya! o me salgo en este mismo momento del hospital y los voy a demandar y sobre ustedes va a caer y me encargo de que les quiten la licencia de doctores y si me pasa algo a mí, porque ya son muchos días, el producto está muerto, ¿qué están esperando?, ¿que mi cuerpo reaccione mal y me vaya a pasar algo peor?’ Entonces, el doctor me dijo, ‘*okay*, perfecto, voy a pedir autorización inmediatamente’, me mandó al anesthesiólogo, me mandó y él se hizo cargo de mí [...] (GF 9-NO).

Son varias las observaciones que se pueden hacer sobre este testimonio, que muestra las estrategias de resistencia en el campo médico. Si bien se expresa con claridad el habitus de paciente en las primeras horas de hospitalización, caracterizado por su obediencia, tranquilidad y a la espera de las decisiones del personal, esto tiene un límite. Éste se define a partir de, por un lado, la urgencia de la atención y, por otro, el aprendizaje sobre la organización hospitalaria. Saber de las jornadas extenuantes de los médicos, por ejemplo, genera desconfianza y un argumento válido para cuestionar el desempeño del profesionalista, sin dejar de calificar su conducta de “prepotente”. Además, el hecho de saberse en riesgo de un daño mayor como perder la vida, termina por proveer la fuerza a la paciente para la queja. Según se aprecia en su narrativa, ella no habla directamente de derechos.

También llama la atención cómo se expresa el habitus de paciente, de saberse en deuda con quien debe proveerle la atención, al calificar al otro médico de “pobrecito”. Este calificativo justifica que alguien tenga que pagar por sus reclamos y resistencia a ser atendidas en condiciones que evidentemente, en términos de derechos, es una violación. Es lo que Bourdieu refiere como violencia simbólica, misma que se refleja en este testimonio.

Hubo uno [un médico] [...] que hasta me dio mi regañada dentro del consultorio; no me ofendí, no me enojé, no me enojé y menos porque, aunque regañón [...] le dio su buen medicamento a mi niño (Elvira, 45, O).

Elvira, a raíz de la necesidad de atención para su hijo, aceptó el regaño. Como madres, la protección de sus hijos actúa en un sentido distinto en la gestión de servicios para sí mismas, lo que ilustra el rol de género. Muchas de las entrevistadas contaron haber emprendido acciones de quejas y resistencia cuando se trataba de la atención de su/s hijo/s.

Unos tres meses atrás mi niño más grande se me puso enfermo y llego al [hospital] [...] Esperé ahí como una hora para que me pudieran atender y no me gustó el servicio que me dio el doctor [me dijo], ‘el niño traí una infección viral, le va a surtir este medicamento’, y le dije yo, ‘¿No me lo va a hospitalizar, a hidratarlo, ponerle un suero?’ ‘¡No, estamos llenos! Está lleno el hospital’ [...] Entonces

yo me quedé bien seria y me le quedé viendo a la cara y le digo, ‘mi hijo no es un perrito, de que sólo: vaya y busque una enfermera’ [...] Pues, ‘yo soy el doctor y usted no me va venir a dar las órdenes’, me dijo, ‘pues él es mi hijo y yo tengo el derecho, yo tengo el derecho y mi hijo tiene derecho a salud, y a mi hijo se le va atender porque si no, lo voy a ir a reportar’, le dije, ‘voy a ir a surtir la receta y váyamele buscando lugar a mi hijo, porque a mi hijo, me lo va a hospitalizar y me lo va a hidratar, por dinero no queda, porque dinero tengo, hasta para pagarle lo que usted me quiera cobrar’ [...] uno no está para aguantarle el genio a ningún doctor, porque uno va a recibir un buen servicio. Porque va uno enfermo, va uno afligido y ¿[recibir] un mal trato? [...] (Edna, 30, NO).

La experiencia de participación en grupos ha permeado la percepción de sí de algunas mujeres, y se han identificado como personas con derechos, con mayor valor y seguridad personal; Macaria reflexiona sobre su experiencia.

[...] como que me he soltado más, por lo mismo porque por ejemplo a mí cuando me han preguntado a mí ‘¿de qué te ha servido ahí?’ [estar en el grupo], o sea, de qué he visto las cosas muy difereentes [...] aprendes como a ser más fuerte [...] más que no te quedas callaaada porque, por ejemplo, yo antes me quedaba mucho callaaada por todas partes, o sea, si me decían algo yo [...] ‘bueno’ [...] y ahora sí ‘¿por qué, a ver dime por qué?’ [...] Si a la mejor en aquel entonces yo hubiera estado segura [...] cómo eran las cosas a la mejor sí le digo ‘oiga doctor, pero ¿por qué?’, o sea, a ver, ‘explícame, a ver, hazme la prueba y haztela tú’ [un médico que le insinuó que por el consumo de drogas su hijo había nacido con un problema visual], o sea, me hubiera agarrado con él [...] en aquel entonces estaba muy tonta (Macaria, 28, O).

Macaria se refirió a cuando un médico le dijo que su hijo tenía problemas congénitos en su ojo, debido al posible consumo de drogas de ella o de su pareja, ante lo cual ella se sintió indignada pero no supo cómo enfrentar al médico y se fue. Petchesky et al. (2006) señalan que las experiencias y los aprendizajes pasados permiten construir en las mujeres una percepción de sí para situaciones posteriores, y situarse en posiciones distintas en el presente y en el futuro. En este estudio, las autoras identificaron que la etapa reproductiva y el cuidado de los hijos, por el valor que representa este rol de género en la vida de las mujeres, es una posibilidad de acción que puede abonar a una apropiación situacional del derecho, ya que este no es un proceso lineal, sino en reedificación constante en función de las condiciones contextuales e individuales. Y el cuidado de los hijos detona en las mujeres ser más proactivas, como se escuchó en un GF.

- Yo también, a cada ratito me agarro con todos y me dicen que soy medio escandalosa, por lo mismo porque yo defiendo lo que es y a mí ya me han dicho varias personas ‘es que tú eres muy escandalosa’, ‘¿Por qué?, ¿porque defiendo a mis hijos?, ¿porque defiendo lo mío y porque digo la verdad?, ¿por eso?’ [...] ¡No!, ¡es que yo estoy defendiendo a mi hijo, yo lo estoy viendo enfermo!’

ENT: ¿Y alguien ha presentado algo así cuando va al Papanicolaou, que tenga que exigir?

- Pues yo creo que por sus hijos, uno, cualquiera hace eso, pero por uno, yo creo que no, no sé [...]

ENT: ¿Por qué?

- No sé, a lo mejor por no batallar, ¿por? [...] no sé. Porque yo por mis hijos también me agarro con quien sea, pero yo por mí, pues yo creo que no (GF 13-NO).

La percepción de sí mismas, como cuidadoras de la salud y responsables de la crianza de los hijos, es una norma de percepción aprendida desde la infancia, como expone Butler (2001), delimitada por las

estructuras sociales, que establecen lo que está socialmente permitido percibir, incluso la percepción de sí. Y, en este sentido, se espera que sean más protectoras de sus hijos, que de ellas mismas. Las participantes no son sujetos pasivos, se autorizan a emprender ciertas acciones para gestionar y exigir la atención médica, a través de un proceso subjetivo de evaluación de sus necesidades, como Olga, que va a la coordinación médica para que le den una cita.

[...] te desanimas [por la atención deficiente] y pues se te viene el cansancio por tantas horas, pero igual hay que insistir [...] yo lo que hago es ir a coordinadores y a que me den la consulta, como te digo yo no voy regularmente al Seguro, cuando llego a ir, es porque en verdad lo ocupó, igual si voy por el medicamento, pues voy a coordinadores y no me vengo sin el medicamento (Olga, 39, O).

ENT: ¿Y qué podemos hacer para que se nos oriente sobre este servicio?

- Pues hemos preguntado miles de cosas y no hay respuesta.
- Contra el Seguro ¿no? No.
- Contra el Seguro no se puede hacer nada.
- Hay que hacer una marcha.
- Hacer un nuevo Seguro.
- Se cubren los doctores, unos a otros.
- ¿Cómo?
- Se cubren los doctores unos a otros.

Así, las mujeres emprenden ciertas acciones de gestión de la atención, protestas individuales, de resistencia o de cuestionamiento al servicio; la percepción de sí con capacidades de autorizarse a, para satisfacer sus necesidades. Y esto no sería posible si no se tiene la seguridad, o cuando menos nociones de que esto es posible, y de reconocer que existen condiciones para ejercer dichas acciones. Rebeca afirma que pertenecer a un grupo le ha dado una mayor seguridad para tomar decisiones en situaciones que “antes” no hubiera tomado.

Yo antes sentía como que: ‘ay ellos’ [los médicos], uno se siente como de menos, o sea, en ese ámbito porque necesita el servicio y tiene que soportar con todo esto, pero yo pienso ahora ¡no! No tengo por qué andar soportando eso, yo pago o sea, ‘yo pago para que tú me cures, para que tú me recetes el medicamento adecuado, para que tú hagas tu trabajo’, para eso le pagan ¿no? Pero ellos se ven juuu!, o sea, como que pasan cuerpos, ven pasar cuerpos enfermos, o sea así lo veo yo y no los atienden correctamente (Rebeca, 32, NO).

Hay participantes que perciben la edad como un factor importante en la exigencia de la atención, pues representa experiencia.

[...] o sea que, nosotros por falta de dinero, por eso no le meniamos [cuando su madre perdió el ojo por una negligencia], y luego pues yo estaba chamacona, yo no sabía mucho de nada, de nada de eso [...]. o sea que a la mejor si hubiéramos averiguado, pero no, no supimos ni cómo. Yo estaba más chamaca, pues, no sabía ni qué (Corintia, 45, NO).

ENT: ¿Y por qué crees que a veces nos quedamos calladas?

[...] yo pienso que, no sé [...] a la mejor [...] miedo, o que uno estaba muy chica y no sabe decir: ‘oye, pues, ¿qué onda? De perdida saca mi expediente’. Creo que ahorita no me pasaría eso, sería una de las primeras cosas por las que saltaría [...] no sé, no sé, dejada, como dejada [...] o eres muy chica y no sabes qué onda [...] (Argentina, 30, O).

Como menciona Vargas, el reconocimiento de las experiencias cotidianas, de las pautas aprendidas en el grupo y la clase sociales entre otros elementos influyen en la percepción no sólo del entorno, sino de sí misma, “el reconocimiento es un proceso importante involucrado en la percepción, porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno” (1994, 49). Dicho reconocimiento, hecho habitus, facilita la actuación en situación, con nuevos conocimientos en el campo, aunque éste busque imponer sus reglas, a fuerza de la reiteración. Al respecto, Bourdieu y Wacquant señalan que

las personas saben cómo ‘leer’ el futuro que les cuadra, hecho para ellos y para el cual están hechos [por contraposición con todo lo que designa la expresión ‘no es para gente como nosotros’], por medio de anticipaciones prácticas que captan, en la superficie misma del presente, lo que se impone incuestionablemente como aquello que ‘debe’ ser hecho o dicho [y que será visto retrospectivamente como lo ‘único’ que era posible hacer o decir] (2005, 191).

La idea de luchar implica un proceso de enfrentamiento a la autoridad, lo cual pocas de las entrevistadas están dispuestas a vivir, porque no tienen la suficiente fuerza social, autonomía, preparación, capacitación, tiempo y conciencia para emprender acciones de este tipo. Zaldúa et al. (2006) afirman que la autonomía se logra por la compañía solidaria y la conformación de redes que cuestionan el orden social y ayudan a construir una subjetividad libre de condicionamientos. En las narrativas de las mujeres con más conciencia de sus derechos, se escuchó lo siguiente.

También es parte de nuestro compromiso saber si a otras personas les está pasando eso [recibiendo un mal servicio]. A veces somos muuuy [...] en nuestra desorganización, así que lo dejamos, que no sabemos si al de enseguida también le está pasando y [...]. no nos interesa [...] yo creo que también somos responsables de ver a cuántas personas le está pasando, ¿no?, y acompañarte de esas personas [...]. Para exigir las cosas que quieres que cambien (Argentina, 30, O).

[...] Conocer mis derechos sexuales y reproductivos, tener alguna red de apoyo en cuanto a esto, de que siento que no estoy sola en esto, que si hago una exigencia no va a hacer mi voz gritando en el desierto o sea, que de alguna forma los puedo exhibir, la violación de derechos que hagan sobre mí o sobre otra persona (Ilse, 32, O).

A veces mi esposo me dice y mis cuñadas ‘es que tú con todo mundo te estás peleando’, con todo mundo que me falte al respeto, con el mundo que a mí no me dé mi lugar, yo a nadie trato mal, nadie tiene por qué tratarme mal [...] tú tienes derecho a ser bien tratada, no a que te maltraten. Les digo yo ‘aquí, aquí y en China, a mí el que me trate bien, lo voy a tratar bien, el que me falte el respeto se lo voy a faltar’. ¿Por qué?, para que vea lo que se siente y en lo que está mal, y sí me ha tocado de todo [...] gente buena [...] mala, a la gente buena, yo lo sé reconocer y yo se los agradezco y yo soy buena

también, pero a la gente prepotente que quiere sobrepasar por mí, nunca se lo voy a permitir, nunca, porque todos tenemos dar un buen trato, por más humilde que sea la persona, tanto como al que usa corbata y tiene carro, como al que trae bicicleta y tiene sus huarachitos, en mi opinión ¿no?, y yo así soy porque por lo regular hay muchas injusticias y yo no las dejo pasar. Y hay mucha gente que se doblega por pena, por vergüenza o por miedo, que más que nada es el miedo, pero pues a nadie se le debe de tener miedo (Edna, 30, NO).

¡No! para mí lo mismo es el presidente, lo mismo el licenciado, lo mismo es el albañil, lo mismo es el panadero, todos valemos igual, en mi rango, ni uno vale más que otro. Vale más una persona buena, una persona respetuosa que un estudiado prepotente [...] hay mucha gente sí es cierto que no tiene tal vez el valor de exigir porque piensan que con las sobras que les den que con eso ya le hicieron un gran favor. Para mí no, para mí si se me va a dar un servicio, se me va a dar un servicio de calidad, igual yo en cualquier parte, en mis trabajos, yo cuando doy un servicio doy no sólo el servicio, doy calidad, entonces, igual ¿no? De igual manera yo pido lo mismo [...] ¡Yo exijo!, siempre exijo, a mí me conocen como muy exigente (Edna, 30, NO).

Algunas de las mujeres que han tenido una participación activa en la lucha por los derechos de las mujeres y el derecho a la salud han enfrentado situaciones de violación a sus derechos por el personal médico, y reconocen que están en una relación desigual de poder, que existe subordinación ante la figura y el saber médico.

ENT: ¿Por qué crees que a veces nos quedamos con esas dudas, que a la mejor tú podías haber tenido y no se las preguntamos al médico?

Pues yo creo que puede ser, por este, a la mejor por sobrevalorar el tiempo de los doctores ¿no?, como que están muy idealizados o muy sublimizados los doctores y los maestros ¿no? Entonces como que quitarle, entre comillas, el tiempo a los doctores o a los maestros, es así como que no, su profesión es sagrada y tienen muchas cosas que hacer, entonces entre menos quites tiempo pues mejor (Ilse, 32, O).

Es así, como a pesar de percibirse a sí mismas como sujetos de derechos, la conformación de los habitus de las pacientes y el reconocimiento del habitus médico impide el ejercicio de derechos, ya que socialmente se ha sacralizado la figura del médico, como un personaje del que se espera ayuda.

Alsop, Berselten y Holland (2006) definen el empoderamiento en términos de la capacidad para tomar decisiones y emprender acciones que lleven a los resultados esperados, pero donde intervienen las condiciones institucionales donde viven las personas, que incluye los reglamentos de los servicios públicos. Ilse reconoce sus derechos, pero se enfrenta a una serie de reglamentos que dificultan su ejercicio, por lo que habría que cuestionar cómo, a pesar de que algunas mujeres se perciben como empoderadas, las condiciones institucionales impiden alcanzar los resultados deseados, en este caso en la atención en el servicio de salud. Así, el empoderamiento alude a un proceso activo de conciencia, crítica, reflexión, toma de decisiones y acciones para cambiar la realidad (García 2003), aunque algunas mujeres prefieren evitarlas para exigir una mejor atención en el servicio de salud, y cuestionar el servicio brindado.

Sí nos quejábamos ahí entre nosotros, pero nunca [...] como que le tenemos miedo a las responsabilidades, yo creo [...] porque ya decir algo es como ‘ve, a donde está el médico y regrésate a ver qué te dice’ (Macaria, 28, O).

No nomás hay que quejarnos, hay que demandar pero no, nadie tomamos la iniciativa, algo se tiene que hacer porque se están lavando las manos y nosotros las estamos doblando [...] yo creo que sí sería bueno, pero hay una cosa, que buscas apoyo y la gente por el negocio [trabajo doméstico], no salir de su casa, por las [tele] novelas y ahí vamos a seguir nomás, doblando las manos y que hagan lo que les dé la gana (Olga, 38, O).

En las narrativas, las mujeres se saben y se piensan con el derecho a la salud y como ciudadanas, sin embargo reconocen que no lo exigen en su práctica, debido a condiciones institucionales que identifican como limitantes o por la desconfianza en el servicio. Tanto Olga como Macaria participan en organizaciones por la lucha de los derechos (sexuales y reproductivos y el derecho a la salud), se definen a sí mismas como informadas, no obstante les parece difícil afrontar el proceso de apropiarse de los derechos y de estar empoderadas, que implica tomar decisiones y acciones para ejercer tales derechos.

El Estado permite que los ciudadanos gocen de ciertos derechos [...] pero yo creo que depende de las circunstancias en que estemos, yo creo que ahí se define si eres de primera, de segunda o de tercera. Yo creo que yo soy una ciudadana que tiene un mucho de reticencia a acercarse a los servicios médicos públicos, y tengo un servicio de gastos médicos mayores que nunca he necesitado [...] En cuanto a accesibilidad, me puedo dar ese lujo de que si no quiero ir, voy a otro lado, pero no es algo que aplaudiría, no es algo que está bien. No es algo que está bien, porque como te digo, es más bien [...] yo me tendría que enfrentar a esos lugares, y si no está como yo debo de recibir el servicio, hacer lo imposible para que sea como lo quiero recibir (Argentina, 30, O).

Hasta aquí se han mostrado expresiones sobre lo que las mujeres de este estudio hacen o dejan de hacer, sobre sus percepciones y disposiciones ante diversas situaciones en la atención de su salud. Ellas buscan estrategias de resistencia, algunas débiles y apenas perceptibles, otras expresadas con claridad, pero todas hacen uso de su margen de libertad y autonomía; es importante reparar en las dimensiones sociológicas presentes, en sus relaciones con los capitales económicos y socioculturales de partida, y en cómo es su posicionamiento social desarrollado a lo largo de la sociabilidad primaria (familia, escuela) y secundaria (amistades, participación política, instituciones, etcétera) (Álvarez-Uría y Varela, 2009; Bourdieu, 2007; 2003). Estas dimensiones son especialmente importantes en la construcción y el análisis de las historias vertidas en las narrativas, como las presentadas aquí, en la medida en que permiten dilucidar correspondencias entre itinerarios y trayectorias de autonomía, de procesos de subordinación y determinados procesos de subjetivación, que abonan a la construcción de su ciudadanía y apropiación de derechos.

VI. EL HABITUS LINGÜÍSTICO COMO MECANISMO DE SUBORDINACIÓN EN SALUD⁶⁹

Como se ha expuesto en los capítulos anteriores, el derecho a la información se expresa con limitaciones serias en la atención médica y con el personal de salud. Entre las mujeres que contaron haber recibido explicaciones, fue común escucharlas afirmar que habían entendido poco o nada; casi todas expresaron su interés en recibir información sobre sus problemas de salud, con claridad y oportunidad. Sin embargo, también se constató que pocas hicieron “algo”, ya sea para evidenciar esta falta, exigir en el momento, poner una queja o alzar la voz directamente frente al médico. Esta situación y otras de violación a derechos en salud constituyen mecanismos que generan, mantienen y reproducen la subordinación de las mujeres en los servicios de salud.

En este capítulo se analizan dos conceptos centrales en la teoría de las prácticas de P. Bourdieu, el habitus y el mercado lingüístico, con los que se ubica, en la relación médico-paciente, un mecanismo de subordinación respecto a la información que se juega como poder y capital en el espacio de la atención médica. Aunque se puede afirmar que dichas violaciones son parte de una competencia más amplia en el campo médico, donde se conjugan los capitales y poderes sobre la autoridad de la medicina como disciplina hegemónica, y que descarta otras visiones como válidas; también se da una competencia entre la dimensión jurídica, que explicita y legitima una serie de derechos, y las prácticas que se montan en la misma hegemonía de la medicina.⁷⁰

Al buscar explicaciones, las preguntas fueron: ¿cómo se construyen las prácticas de subordinación que obstaculizan e invisibilizan el derecho a la información de las mujeres usuarias en el campo médico?, es decir, ¿cómo la distancia entre médicos y mujeres influye en prácticas y percepciones de las pacientes y obstruye la apropiación y ejercicio del derecho a la información?

HABITUS Y MERCADO LINGÜÍSTICO EN EL CAMPO MÉDICO

Los habitus lingüísticos⁷¹ son expresados en el campo médico; se imponen y retroalimentan de sus participantes (jugadores), por un lado, los especializados, producto de la formación profesional y cultural y, por otro, los legos, que se basan en las condiciones socioculturales a las que han sido expuestos los agentes y que viven de manera “natural”. Cabe recordar que la mayoría de las participantes son mujeres cuyas condiciones de vida son precarias y con un nivel de escolaridad bajo. En esta naturalización, las usuarias de

⁶⁹ En este capítulo se retoma gran parte del análisis publicado en Castro Vásquez (2011).

⁷⁰ Algunos autores que han profundizado sobre esta construcción sociohistórica de la hegemonía de la medicina son Freidson (1978), Parson (1982) y Foucault (1997); y en México, Menéndez (1992) y Castro (2014; 2011).

⁷¹ El concepto se definió en el capítulo 1: “Sistema de disposiciones socialmente constituidas, que implica una propensión de hablar de ciertas maneras[...] una competencia definida tanto como la capacidad lingüística de engendrar una batería infinita de discursos conformes a la gramática y la capacidad social de utilizar adecuadamente esta competencia en una situación dada[...] la capacidad lingüística no es una simple capacidad técnica, sino también una capacidad estatutaria” (Bourdieu y Wacquant 2005, 211-212).

los servicios de salud aceptan la diferencia, pero rechazan el no recibir de manera oportuna y accesible la información sobre sus problemas y rutinas de atención médica. Esto se ilustra en el testimonio siguiente:

Yo no he tenido mala experiencia, simplemente que me explique bien, como te decía anteriormente a veces explican en términos médicos que uno no entiende, en ese sentido yo exi[...] no es que exija, sino que le pido de favor que me explique bien porque a veces no entiende uno, pero malas experiencias no he tenido hasta ahorita, gracias a Dios (GF 3-O).

Lo que se trasluce en este testimonio es la forma de operar de un mecanismo de subordinación de las mujeres, al reconocerse en desventaja frente al lenguaje técnico de su interlocutor, que lo posiciona en una jerarquía mayor. El hecho de no recibir o no entender la información que se le da a esta participante *no* representa una mala experiencia, lo cual podría interpretarse como una expresión del habitus de la paciente y una evidencia de la naturalización de estas prácticas. La diferencia de lenguajes es una expresión de la jerarquía, y las pacientes la asumen como tal, por eso, como se observa en el testimonio, se opera la autocensura desde la forma verbal usada, al entrar un mecanismo de desconfianza en la reacción del prestador médico. Sobre esto Bourdieu señala:

Tratándose de producción simbólica, la coerción que el mercado ejerce por medio de la previsión de las *posibilidades de beneficio*⁷² reviste naturalmente la forma de censura anticipada, de una autocensura, que determina no sólo la forma de hablar, de decir, la elección del lenguaje [...] sino también lo que puede o no puede decirse (2008, 63-64).

Si la petición de la paciente se plantea en forma de *exigencia*, tal como debería hacerse valer un derecho, en el imaginario social se sostiene que es probable que la atención que se reciba no sea oportuna, ni de calidad o, cuando menos, *de buenas maneras*. Se trasluce un mecanismo de disciplinamiento del campo médico, al establecer las reglas del juego en su propio espacio. Y el habitus de la paciente, en su posición de desventaja, es reforzado a través de las maneras de expresarse oralmente en estos encuentros. Aquí opera el mercado lingüístico como

algo muy concreto y a la vez muy abstracto. Es una situación social determinada, más o menos oficial y ritualizada, un conjunto de interlocutores que se sitúan en un nivel más o menos elevado de la jerarquía social; todas éstas son propiedades que se perciben y juzgan de manera infraconsciente y que orientan inconscientemente la producción lingüística (Bourdieu 1990, 145).

En las rutinas de la atención en la prueba del PAP, así como en la exploración mamaria, por ejemplo, la jerarquía se refleja no sólo en las formas del lenguaje, sino en cómo éste acompaña a las prácticas en la toma de decisiones ya que, según se escuchó en varias narrativas, los médicos y el personal de enfermería⁷³ deciden cómo pueden tocar o manipular los cuerpos de las mujeres, práctica que aparece naturalizada, como lo muestra este testimonio:

Yo creo que los que ya porque vas a ir, te pueden hacer todo ¿no?, o sea, no hay como un previo [...] asumen que abras las piernas [...] y ya ¿qué más?, pues, o sea, eso ya es como, que ya te pueden hacer, sí cierto, por ejemplo yo ahorita estoy pensando, yo no me sentí incómoda, de hecho me gustó el

⁷² Las cursivas son nuestras.

⁷³ En algunas instituciones, como el IMSS, el personal de enfermería toma la prueba del PAP y realiza la exploración mamaria.

resultado ¿no?, que te digan, ‘mira, es tanto y estás bien y no sé cuánto’, pero ciertamente no me [...] o sea, no me explicaron, no me dijeron, ‘oye fíjate, mira, tal’, no [...]

ENT: ¿No te pidieron permiso para realizarte ese procedimiento?

No, nunca ¿no?, o sea, yo, todo vi al final, el resultado fue, ‘ah, esto va junto con pegado, igual me tengo que esperar ¿no?’, y fue bueno, porque te entregan la fotito como si fuera el bebé y no sé cuánto⁷⁴ [...], pero sí cierto, no te explican, o sea, no te dicen, ‘oye, se puede hacer otra cosa’, o algo así (GF 6-O).

La trama de la dominación inhibe en las usuarias la manifestación de su interés por saber más, o por recibir mayor información, las pacientes no lo expresan al médico, asunto que es aceptado de manera generalizada entre ellas. Sus experiencias muestran el condicionamiento del campo, queda patente que es más “conveniente” respetar las reglas de la institución y del personal médico, aun a costa de quedarse con las emociones de frustración, enojo o desconfianza. Al respecto, Bourdieu identifica cómo, en el campo de los dominantes, los dominados

al aceptar tácitamente los límites impuestos, adoptan a menudo la forma de emociones corporales – vergüenza, humillación, timidez, ansiedad, culpabilidad– o de pasiones y de sentimientos –amor, admiración, respeto–; emociones a veces aún más dolorosas cuando se traducen en unas manifestaciones visibles, como el rubor, la confusión verbal, la torpeza, el temblor, la ira o la rabia impotente, maneras todas ellas de someterse, aunque sea a pesar de uno mismo y como de mala gana, a la opinión dominante y de manera también de experimentar, a veces en el conflicto interior y el desacuerdo con uno mismo, la complicidad subterránea que un cuerpo rehúye las directrices de la conciencia y de la voluntad que mantiene con las censuras inherentes a las estructuras sociales (2003, 55).

Es interesante reconocer que la percepción de impotencia fue generalizada en algunos de los grupos, como se ve a continuación.

- No, pues luego que no sabe uno con quién quejarse bien y ¿qué dice?: ‘No, va a andar dando vueltas para nada, para que siga pasando lo mismo’.

- En vez de animarlo, lo desaniman a uno: ‘Sí, vamos’, ¿verdad?

- Cierto.

- ‘A ver qué hacemos, a ver qué se hace’ –decimos- pero no, ya uno ‘no, ¿pa’ qué vas a ir? Es más lo que vas a gastar’.

- Las vueltas que vas a dar.

- Pues si trabaja uno, pues no tiene ni tiempo.

ENT: (Ustedes dicen): ‘Pues no sabemos a dónde’, ¿han preguntado a dónde pueden ir a quejarse, con quién, a qué autoridad, o a qué lugar?

- No, nomás llega rezongando uno a su casa.

[Risas]

- Nomás se le pasa el coraje a uno [...]

- Sí, se le pasa el coraje y a aguantarse (GF 14-NO).

⁷⁴ La persona se refiere a la exploración ginecológica mediante el colposcopio, que es examinar el canal cervical con una minicámara de video; se puede ver la imagen de la mucosa en una pantalla que el médico va revisando y, según la posición de ésta, en ocasiones permite observar también a la paciente.

Así que, a pesar del discurso en algunos GF, de reconocer y saberse con derechos en la atención médica, éste queda lejos de objetivarse. Lo siguiente se apoya con esta observación.

- Bueno, no nos han platicado, pero yo digo que el derecho lo tenemos [de la atención médica], de tener un buen servicio ¿qué no?, porque nosotros no [...], bueno mire, *si nos portáramos mal* nosotros con las enfermeras, con los médicos, yo pienso que tuviéramos un mal trato ¿no?, porque somos groseras, pero nosotros, al menos yo no soy grosera con nadie en el centro [de salud].

[...]

- Sí, ese día cuando exigimos allá, ¿se acuerdan?, ¿qué cosa dijo el doctor?, que no tenías derecho a exigir nada (GF 8-O).

ENT: ¿Se ha quedado usted con dudas cuando le dice [el médico] que tiene una infección?

- Mmm, de repente sí, pero no le pregunto. O sea, de repente no le pregunté por qué era la infección, simplemente dice que es una infección normal, leve que así como dice ella que te dan unos óvulos y así ya con eso.

ENT: Y, ¿qué pasa con esas dudas con que nos quedamos?

- Pues nos las quedamos, bueno, yo de mi parte sí me las he quedado porque no [...]

- ¿De qué viene la infección?

- No he preguntado la respuesta de por qué [...], no, no, o sea nunca le he preguntado a nadie.

ENT: ¿Por qué no le ha preguntado?

- Pues no sé, será por vergüenza o por miedo, que me vaya a decir algo o [...] no sé (GF 10-NO).

En varios GF se escucharon explicaciones de por qué las pacientes no son mejor atendidas, y se redujeron a expresiones como “si nos portáramos mal” o bien, “por miedo, que me vaya a decir algo”, sin señalar que ellas tienen el derecho, o bien, que los médicos incurren en falta, al no cumplir con su obligación de ofrecer la información oportuna y accesible. Maier (2006) señala en un estudio con jornaleras agrícolas, cómo el sentimiento de vergüenza actúa para que la mujeres no se apropien de sus derechos.

Los médicos y el personal de enfermería están obligados legal y éticamente a ofrecer información comprensible a sus pacientes; sin embargo, opera el mercado lingüístico y en éste se distingue el micromercado profesional del lenguaje técnico y legitimado como de alta especialización y jerarquía; en palabras de Bourdieu, “todas las interacciones lingüísticas son tipos de micromercados que están siempre dominados por las estructuras globales” (1990, 146). Las mujeres en general reconocieron las diferencias en el valor social de su voz leiga y la de los profesionales, con base en su nivel educativo, como se expresa en los siguientes testimonios.

También tiene que ver mucho con la educación y el estrato social, porque nosotras tenemos cierto nivel educativo, porque nosotras podemos exigir, estamos informadas, ¿pero la gente que es humilde? No tiene acceso y no puede alzar la voz porque la tratan de manera diferente y la discriminan, o sea, una persona que realmente es humilde no tiene el valor ni el soporte atrás para poder alzar la voz (GF 3-O).

ENT: ¿Por qué no preguntamos al doctor?

Porque nosotros creemos que ellos son los que saben lo que están haciendo, que nosotros somos las ignorantes y que ellos son los inteligentes. Digo ‘no, pues, si él me lo quiere hacer es porque él sabe y está cuidando mi salud’, pero [...] (GF 1-O).

El mecanismo que reproduce la subordinación a veces opera de manera sutil, pero en otras no queda duda sobre la fuerza de la imposición de la voz del agente de mayor jerarquía. Y para enfatizar más, aquí actúa además el micromercado del género, donde la voz de hombres y mujeres está claramente diferenciada (Ureta 2003).

Una vez fui al Seguro [...] y llegué con el ginecólogo y le comenté pues que ‘ya tengo tantos días sangrando’, casi el mes tenía y luego me dice ‘a ver’, me dijo, ‘súbete allí’ ¿no? ‘En la camilla’. Pero nunca me dijo ‘te voy a hacer la prueba de cáncer’, nunca me dijo ‘te voy a checar’, nunca me dijo nada y ya ves, *y luego hombre*,⁷⁵ ginecólogo hombre y me subí, me acosté, subí las piernas y ¡fum! me metió el aparatón ese ¿no?, que meten ahí, pero nunca me dijo qué me iba a hacer y me lastimó mucho, porque yo no sabía pues [...] (GF 2-O).

Los estudios de West (1984), Waitzkin (1991) y Menz y Al-Roubaie (2008) han documentado cómo el género también emerge en la relación médico-paciente, para que se asuma una posición de mayor poder. El de Menz y Al-Roubaie (2008) hace una medición de las interrupciones entre médicos y pacientes, para conocer el peso del estatus y del género en la consulta. Los resultados arrojan que son los especialistas (de mayor estatus) quienes hacen más interrupciones negativas durante la conversación. Esta posición asimétrica de poder ubica a las pacientes en una situación de doble vulnerabilidad, por su estatus y su género, y dificulta el intercambio de información sobre su salud.⁷⁶ En un GF se expresó que el trato era insensible, lo que impide el diálogo.

Yo creo que les falta mucha sensibilidad a los doctores [...] y yo digo que es algo tan importante para uno y ellos no lo consideran. No sé si porque hay tanto paciente, no sé, no sé a qué se deberá, pero yo he notado mucha falta de sensibilidad para tratar a los pacientes [...] tú vas con un diagnóstico de cáncer que es mi caso y llegas y te toca con un doctor frío, con un doctor que [...] ‘¿sabes qué?, no puedo hacer nada por ti [...] te voy a mandar a quimio y si me pides garantías no te las doy’. O sea, tú vas por primera vez con ese diagnóstico y estás traumada, estás devastada y llegas y es lo primero con lo que te topas, con un doctor insensible, inhumano (GF 4-O).

Para participar en el campo médico, los agentes deben estar dispuestos a asumir las reglas del juego y a respetar las posiciones, no necesariamente de manera consciente. En el espacio de la consulta, por un lado están los médicos y, por el otro, las pacientes, que acuden y juegan en ese campo buscando la atención, aceptando, negociando, adaptando y a veces resistiendo las reglas de la institución y del médico. Lo que está presente de cualquier forma es la búsqueda de satisfacer una necesidad, se perciba o no, y la posición que están ocupando en el juego del campo, como se ilustra a continuación.

ENT: Como ustedes decían, ‘nos agachamos’, ¿por qué cree que pasa eso?

- ¡Mmm! ¿Por qué [...]?

- Porque sabemos que no, no, no tiene fuerza nuestra voz, no tiene fuerza.

- Por prudencia, porque no nos van a hacer caso.

- Ante el gobierno, ante las autoridades.

- Nos van a ignorar.

- Nos ignoran, nos ignoran.

⁷⁵ Las cursivas son nuestras.

⁷⁶ Boltanski (1977) tiene un estudio excelente sobre cómo las clases bajas y las altas se apropian del lenguaje médico.

- No tenemos el conocimiento a veces [...]
- De las leyes.
- De las leyes, de educación o de [...]
- O de las leyes con las que podemos protegernos y protestar, *las leyes que tienen*⁷⁷ ellos que nos las ocultan como dicen, en los contratos, nunca se lee la *letra chiquitita*.
- Y esa es la peligrosa.
- Y yo creo que allí es donde tenemos el error nosotros y es donde ellos no nos dejan entrar, ¿por qué?, porque nunca nos ponen las leyes allí enfrente así como nos ponen la publicidad. ¿Por qué el servicio médico no te pone las leyes allí a la entrada del servicio médico y te dice, ‘tú tienes derecho a esto y a esto?’ Entonces, por derecho, por esta ley, tienes derecho a [...], entonces uno, como no sabe nada (GF 3-O).

Como se aprecia, se expresa una desconfianza y un reconocimiento implícito de la distancia que media entre “ellos”, como se refieren a los médicos, y “nosotras”, las usuarias, a pesar de que como paciente es el objeto de atención y un eslabón constitutivo del servicio de salud y del campo médico. En el proceso, a fuerza de la práctica reiterada, se terminan legitimando prácticas condenadas de manera explícita o consideradas formalmente reprobatorias.

La aceptación del lugar que cada uno ocupa en la relación paciente-médico establece los límites y las formas de actuar, de la manera de pedir la información y de evaluar la calidad de la atención brindada. Así, algunas pacientes pueden argumentar que han recibido buena atención a pesar de que la información no sea clara y comprensible, además, como se mencionó, la noción de pedir “de favor” una buena atención o información indica la falta de apropiación de los derechos en dos sentidos, porque se desconocen y se ignora la posibilidad de exigirlos, y también porque sabiéndose sujetos de derecho deciden no exigirlos por impotencia, resignación o adaptación a las condiciones existentes, así como por “conveniencia”. Así lo comentaron las participantes en el GF 3-O.

ENT: ¿Te explican por ejemplo, cuando vas tú o llevas a alguno de tus hijos, la enfermedad, te dicen por qué [...]?

No. Y yo le he preguntado y dicen, ‘ay, es una infección’. Pero no, no me ha tocado que un doctor y [...] yo es lo que he visto ahora que los doctores de ahora no le dicen a uno [...] y si pregunta uno se molestan, se molestan porque uno pregunta (Eduwiges, 27, NO).

ENT: ¿A ustedes les ha tocado un caso que no entiendan lo que dice el médico de su diagnóstico?

- No, yo siempre le digo, ‘hábleme en español, por favor’.

- Pero muchas veces les dices, ‘oiga, pues es que no le entiendo’, y se molestan y ya nos los explican pero ya con mala gana (GF 12-NO).

ENT: ¿Te has quedado alguna vez inconforme con la explicación?

Sí, porque a veces no les entiendo [risas]. Es que los doctores, a veces explican medio raro y les digo, ‘explíquemelo con dibujitos’, entonces me dan los folletos (Edna, 30, NO).

⁷⁷ Las cursivas son nuestras.

Mostrarse molestos y enojados ante las preguntas de las pacientes es una forma de mantener las posiciones diferenciadas. Los estudios de Salas (2004) y Castro V. (2008), que hicieron observación de consultas, describen cómo los médicos establecen los límites en la relación médico-paciente y la información que están dispuestos a dar. Estos trabajos muestran las relaciones de subordinación, donde el médico ocupa una posición privilegiada y deja en claro el lugar de la paciente, se observaron situaciones de irritación cuando ella preguntaba o requería mayor información. Fueron pocas las ocasiones en que los médicos la brindaron de manera anticipada, o bien que respondieron en un lenguaje menos técnico, para aclarar las dudas.

El uso del lenguaje técnico influye para mantener la relación asimétrica entre médico y pacientes, el poder simbólico del lenguaje funciona para conservar el control sobre la relación de dominación, determinada por el conocimiento científico sobre la salud, mientras que las pacientes no comprenden la terminología.

Es que a veces los doctores usan unas palabras que dices: ‘¿En qué idioma me estás hablando?’ ¿No? Como que me dejan volando [...] te dicen unos nombres bien raros, la verdad a veces digo: ‘¿Qué dijo?’ Ya le digo: ‘Explíqueme un poquito más’. Yo cuando voy le digo al doctor: ‘Póngame la letra lo más clara que pueda, porque no le entiendo nada’, unos garabatos que: ‘¡Ay! ¿Qué dice aquí? Pues quién sabe’ (GF 13-NO).

Tengo unos cuatitos y los dos tienen ocho años, el varoncito, se me puso mal, tiene bronquitis, es asmático y el doctor me explicó que mi hijo se me estaba muriendo, pero en ese idioma que ellos me explicaron yo no lo entendía [...] en la manera en que a uno le hablan, uno no lo entiende (GF 12-NO).

Con estas prácticas, como señala Bourdieu “[se realiza] la operación fundamental de la alquimia social, transformar unas relaciones arbitrarias en relaciones legítimas, diferencias de hecho en distinciones oficialmente reconocidas” (2007, 202). Enseguida ilustramos esta afirmación.

Y es que yo creo que es como que ellos [los médicos] se sienten más altos que uno, yo creo o no sé [...] así me imagino yo ¿no?, como a veces la tratan a uno, como que ellos son más que uno, así todo el tiempo (GF 14-NO).

Pero al mismo tiempo, en varias expresiones entre las participantes de los GF se identifica cómo se establece la dominación, al escuchar en las narrativas la justificación de las propias prácticas de los dominantes, a lo que Bourdieu calificó de violencia simbólica.

- Lo que pasa es que son pocos médicos, muchos derechohabientes y ¿qué pasa?, el médico se cansa, se enfada, se harta porque [...]

- Peor si te dan ficha allá cuando ya [casi] se va...

- ¡No! y luego, al médico lo debemos de entender, porque somos muchas personas, no todas las personas tenemos la cultura de la limpieza, también, salen asqueados los doctores, si solamente hay veces que estás ahí en la [...] sala de espera y sientes aquello que te da [mueca con la nariz], pero yo digo que es eso, que necesitamos más médicos en los servicios, ¿para qué?, para que no se cansen ellos y nos traten mejor a los derechohabientes.

- Pero sí tiene mucho que ver que aunado a todos estos factores, definitivamente la región donde nos hacen el Papanicolaou es muy sensible para la mujer (GF 3-O).

El poder simbólico del lenguaje en la relación médico-paciente también plantea la posibilidad de recibir la atención que se busca, o bien tener una respuesta negativa por parte del personal de salud. Se aprende así a ser paciente, a identificar el papel que cada uno juega en el campo médico y las relaciones de poder que entran en juego.

Sí, nosotros tenemos un derecho, pedir con cordialidad, yo pienso que vamos a dar un buen resultado de la otra parte. Pero si nosotros llegamos con una manera prepotente exigiendo, porque yo tengo el derecho [...] Entonces ahí puedes provocar una ira, o sea, de una acción sale una reacción. Si tú llegas y le pides cordialmente lo que ella sabe que te tiene que dar, te lo da, pero si tu llegas, altaneramente exigiendo, la otra se monta en su macho y ahí queda, no lo hace (Rebeca, 32, NO).

El castigo por exigir atención médica de una forma “altanera”, como menciona Rebeca, deja al descubierto estas relaciones de poder asimétricas, donde se acreditan o desacreditan ciertas prácticas de las pacientes durante la consulta, y así se define a las que son fáciles o difíciles. A decir de Lorber (1982), aquí se expresa el habitus de paciente, de cómo las entrevistadas han interiorizado una serie de prácticas para obtener la atención que requieren. A través de la experiencia, Macaria ha aprendido a que es mejor mantenerse callada para recibir atención y no ser castigada por parte del personal médico.

Es como todo, en el Seguro y en el DIF [Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia] entre menos gritos más rápido te hacen caso, a las más gritonas no les hacen caso (Macaria, 28, O).

Dicha violencia simbólica se fortalece, como parte del condicionamiento del campo médico, así como también el mensaje, a través de una práctica reiterada de que el saber especializado y el consecuente lenguaje técnico representan una autoridad legitimada de los médicos, es exclusivo, y eso debe ser aceptado por las pacientes, sus contrapartes dominadas. Éstas, al reconocer que no tienen la capacidad de expresar “correctamente” sus dudas, ya que no manejan las expresiones técnicas, reduce sus posibilidades de plantearlas, o de ir más allá cuando intentan cuestionar dichas prácticas de parte de los médicos, al no ofrecer la información. Bourdieu señala que los habitus lingüísticos de ambos agentes, médicos y pacientes “no solo es una capacidad técnica, sino una capacidad estatutaria” (Bourdieu y Wacquant 1995, 212).

El habitus, así como el mercado lingüístico son parte de la red de mecanismos que sostienen la dominación en el campo médico, entendida como “el efecto indirecto de un conjunto complejo de acciones que se engendran en la red de coacciones cruzadas a las que cada uno de los dominantes, dominado de este modo por la estructura del campo a través del cual se ejerce la dominación, está sometido por parte de todos los demás” (Bourdieu 1997, 51). Una de las expresiones de la dominación es a través de la violencia simbólica, como se ha señalado (Bourdieu 2007, 214).

En muchas narrativas se expresan las inconformidades y se reconocen prácticas como: no entender, no preguntar, sentirse insatisfechas con la atención o quedarse con dudas y, aunque no siempre son aceptadas, participan en ellas de cualquier forma, pues se consideran como obvias en la atención médica. La violencia simbólica opera, según señala Bourdieu, ya que con base en ella los dominados contribuyen a su propia dominación, al desconocerla como tal, y al aceptar “este conjunto de premisas fundamentales, prerreflexivas, que (como) agentes sociales confirman al considerar el mundo como autoevidente, es decir, tal como es y encontrarlo natural” (Bourdieu y Wacquant 1995, 120). El siguiente testimonio puede ilustrar al respecto.

ENT: Ahorita me decían ‘fui al mes y no estaban [los resultados de la prueba del Papanicolaou] y al siguiente mes y tampoco estaban’. ¿Cómo reaccionamos o qué hacemos cuando vamos y no están los resultados?

- Pues nomás te da coraje, pero pues ¿qué voy a hacer?

- Pues va de oquis [en vano] uno nomás y no están.

ENT: ¿Te quejas con alguien?

- No [...] conmigo misma [risas], sí pues, ¿qué va a hacer uno? nomás devolverse porque le dicen nomás llegas: ‘No están, no están y si no ha llegado, es que porque estás bien’, ¿qué va a decirles uno? (GF 13-NO).

Aceptar con resignación las reglas del espacio al que acuden, aunque con cierta previsión de las posibilidades del beneficio que se obtiene al respetarlas, en el fondo mantiene las diferencias de estatus y de posición en el propio espacio que refleja la dominación del campo médico; desde allí opera el orden simbólico que éste representa. En palabras de Bourdieu:

El orden simbólico se asienta sobre la imposición al conjunto de los agentes de estructuras cognitivas que deben una parte de su consistencia y de su resistencia al hecho de ser, por lo menos en apariencia, coherentes y sistemáticas y de estar objetivamente en consonancia con las estructuras objetivas del mundo social. Esta consonancia inmediata y tácita (en todo opuesta a un contrato explícito) fundamenta la relación de sumisión dóxica que nos ata, a través de todos los lazos del inconsciente, al orden establecido (1997, 119).

La política de salud, tanto en la normatividad como en el discurso (Castro V. 2004), ha impulsado e implementado programas y acciones con el objetivo de mejorar la calidad de la atención. Entre sus directrices principales está el fomento de los derechos de los pacientes, como el acceso a la información clara y oportuna, el respeto a las creencias y valores, así como la no discriminación (de ningún tipo).

El derecho a la información, que se considera en las normatividades en la atención de la salud, se complica en su traducción cotidiana; a pesar de que las entrevistadas reconocen la falta en los servicios, no emprenden acciones encaminadas a la apropiación del derecho, a través de la solicitud explícita, la exigencia o la demanda; la percepción de la distancia entre ellas y los médicos se fortalece al no recibir de manera oportuna y accesible la información sobre sus problemas de salud, a la falta de calidez o a la expresión del alto estatus profesional del médico, entre otras prácticas.

Lejos de lo fría, es muy, muy limitada, a lo que estás preguntando [la respuesta a sus dudas] [...] muy limitada la respuesta, me dice, ‘todo está normal, todo está bien’, y en las otras ocasiones, si no le preguntas nada, ni siquiera te comunicas, no es la confianza de que [...] porque sientes [...] sabe, como muy hostil el trato (GF 4-O).

Depende del doctor que te toque, pues si [...] si está de mal humor pues *ya no te deja preguntar*,⁷⁸ te cierra las puertas y te quedas con muchas dudas tú y ya, ¿qué haces ahí en ese caso?, pues venirte con todas tus dudas (GF 5-O).

Al analizar las narrativas se identificaron los habitus de las mujeres como subordinadas, a pesar de los explicaciones racionales que expresaron al verbalizar las respuestas en la discusión. En varios GF quedó claro que nadie emprendió alguna acción para confrontar esta deficiencia en la atención; en estos dos testimonios se le asigna al médico el poder de decisión sobre lo que se puede y no preguntar. En otro GF se observó este intercambio.

⁷⁸ Las cursivas son nuestras.

ENT: ¿Y ustedes consideran que, como usuarias de un servicio de salud, podemos exigir que se nos atiendan?

- Sí.

- Pues yo digo que sí.

ENT: ¿Por qué?

- Porque tenemos el derecho, de exigirlo.

- Y porque somos mujeres.

ENT: ¿El derecho a qué?, me decían ‘podemos exigir’.

- Pues sí, porque es algo que a nosotros nos interesa lo que estamos tratando.

- Es algo que merecemos, ser bien tratados.

ENT: ¿Y cómo exigimos? ¿Tú has exigido alguna vez?

- Pues no, porque yo cuando voy, pues, ahí están los resultados [...] [de la prueba del Papanicolaou].

ENT: ¿Y tú?

-[Niega con la cabeza] no he exigido.

ENT: ¿Y que necesitaríamos nosotras, como mujeres, hacer para exigir ese derecho?

- Hablar, todo el tiempo nos quedamos calladas (GF 13-NO).

Esto se explica en términos más amplios, pues los hábitos de las mujeres, que en este caso la mayoría son de escasos recursos y de baja escolaridad, se constituyen en condiciones que no les enseñan a asumir una posición de poder frente a los médicos y la institución, a pesar de reconocer que dichas prácticas no las benefician. Los hábitos, en palabras de Bourdieu, comparten características en su expresión, lo que “resulta de la homogeneidad de las condiciones de existencia, es lo que hace que las prácticas puedan ser objetivamente concertadas sin cálculo estratégico alguno, ni referencia consciente a una norma, y mutuamente ajustadas *sin interacción directa alguna* y, a *fortiori*, sin concertación explícita” (2007, 95).

Bourdieu habla de la lógica lógica y la lógica práctica; la primera es la lógica de la norma, del deber ser. Las pacientes tienen nociones, y en algunas existe la certeza de que tienen el derecho (“podemos exigir”), aunque en la práctica (“todo el tiempo nos quedamos calladas”), no se objetivan dichas nociones. En palabras de Bourdieu: “La práctica tiene una lógica que no es la de la lógica y, por consiguiente, aplicar a las lógicas prácticas la lógica lógica es exponerse a destruir, a través del instrumento empleado para describirla, la lógica que se pretende describir” (1997, 147).

A veces como sociedad pensamos que, como no pago el servicio público y el privado sí, pero no, pues si tú tienes Seguro Social sí pagas, tu esposo paga, trabaja, les cuesta [...] ¿no? La diferencia debe ser esa, pero no lo concebimos así, como sociedad creemos que como ‘no nos cuesta’, nos pueden maltratar, nos pueden marginar, no debe de ser, pero aún yo siendo consciente, *lo solapamos* (GF 4- O).

ENT: Cuando ustedes tienen una duda y le preguntan al doctor, ¿le entienden a lo que responde?

- Pues sí [...] pero como dice, casi te dejan en chino, que te dejan en duda y de volverle a preguntar y que se enoje, pues ahí nos quedamos.

- Y han tocado que te dicen: ‘Es que ya te expliqué, ¿te explico otra vez?’ Yo he sido testigo, por favor, pero ya si me lo explicaron de mala gana, pues peor (GF 13-NO).

Bourdieu explica cómo se sostienen dichas lógicas, a pesar de su contraposición:

La especificidad del discurso de autoridad (clase magistral, sermón, etc.) reside en el hecho de que no basta con que sea comprendido (incluso, en algunos casos, puede no serlo sin perder su poder), sino que sólo ejerce su efecto propio cuando es reconocido como tal. Este reconocimiento –acompañado o no de la comprensión– sólo se acuerda bajo determinadas condiciones que definen el uso legítimo: debe ser pronunciado por la persona legitimada para ello (2008, 91).

Para el caso de los médicos, la lógica lógica no es la lógica práctica; aunque ellos tienen la obligación de respetar el derecho a la información y de intentar ofrecerla en formas distintas, por lo general dan las explicaciones en un tono técnico.

Muchas veces nos dicen [los médicos]: ‘¿A poco van a saber más ustedes que yo?’, nos dicen: ‘Yo soy la doctora y tú eres mi paciente’ (GF 13-NO).

[...] tú vas con un diagnóstico de cáncer que es mi caso y llegas y te toca con un doctor frío, con un doctor que [...] ‘¿sabes qué?, no puedo hacer nada por ti [...] te voy a mandar a quimio y si me pides garantías no te las doy’ (GF 4-O).

Estos testimonios permiten reconocer los contenidos de esas pautas más generales en la sociedad, al observar cómo las pacientes comparten opiniones y experiencias similares, como expresión de los campos en los que son objeto de la atención, aunque ellas tengan historias particulares; dichas prácticas aportan y reproducen la dominación en el campo médico que, a fuerza de la reiteración, las pacientes refuerzan su percepción de inmovilidad en estas situaciones. Se asume que la información especializada es propia del profesional y así tiene que ser; al participar del campo médico, en su calidad de pacientes, las hace susceptibles de otras sanciones si no se atienden las reglas más particulares de las instituciones y los prestadores, que prefieren evitar.

Las mujeres reconocen que la educación da la posibilidad de encarar mejor las situaciones de inequidad del campo médico. Cuando la mayoría se percibe sin esta formación, las prácticas se limitan seriamente. Bourdieu considera que los agentes con menos formación y educación desempeñan sus habitus de clase, que contribuyen, de maneras diferentes, a mantener la estructura del campo.

Pues es el habitus total de clase, esto es, la posición sincrónica y diacrónica que se ocupa en la estructura social, lo que se expresa a través del habitus lingüístico que no es sino una de sus dimensiones. *El lenguaje es una técnica del cuerpo*, y la competencia lingüística (especialmente la fonológica) es una dimensión de la *hexis* corporal en que se expresa a sí misma toda la relación con el mundo social (Bourdieu 2007, 216).

La descripción de estas prácticas cotidianas identifica la distancia que media entre médicos y mujeres, y son formas de obstaculizar la apropiación y ejercicio del derecho de ellas a la información. El manejo de ésta para las pacientes es una de las expresiones del saber médico, y se define como uno de los capitales centrales de la profesión. El poseedor de dicho capital lingüístico es el autorizado para hablar, independientemente de lo que se dice. En la relación médico-paciente, esta es una forma de cómo se van concretando las relaciones de dominación lingüística. Bourdieu explica que:

En el mercado lingüístico se ejercen formas de dominación que poseen una lógica específica y, al igual que en cualquier mercado de bienes simbólicos, existen formas de dominación específica que no se pueden reducir a ninguna manera a la dominación estrictamente económica, ni en la manera en que se ejercen, ni en las ganancias que se procuran (1990, 150).

En términos discursivos, la normatividad sostiene una lógica coherente en muchos de sus planteamientos, sin embargo, en las dinámicas fácticas, las reglas del campo médico son las que dominan las prácticas de sus agentes (médicos, pacientes, entre otros); es al servicio de su propia lógica que traduce y operacionaliza las pautas de la atención de las mujeres, que corre en un sentido distinto, si no es que contrario, al de participar en el impulso, fomento y respeto del derecho a la información, es decir, la lógica de la norma no es la lógica de la práctica. Como lo reitera Bourdieu, “es necesario reconocer a la práctica una lógica que no es la de la lógica, para evitar pedirle más lógica de la que puede dar y condenarse así bien extraerle incoherencias, bien a imponerle una coherencia forzada” (2007, 137).

En la forma en que opera el habitus y el mercado lingüístico se expresa la dominación en el campo médico, es parte del monopolio de la autoridad en la atención y es el habitus lingüístico de los dominantes el que se queda con el juego. Esto abona a la respuesta de lo que se preguntó al principio en este eje de análisis: ¿cómo la distancia entre médicos y mujeres influye en las prácticas y las percepciones de las pacientes para su apropiación y ejercicio del derecho a la información?

Los médicos parecen no darse cuenta de las necesidades de información oportuna y accesible de las pacientes, a pesar de que ellas en ocasiones hagan el esfuerzo por expresar dudas, así que es en estos términos que se considera que en las prácticas de atención, si no se invisibiliza por completo el derecho a la información, sí se presenta de manera difusa.

Con estos testimonios, las mujeres expresaron de diversas formas su derecho a saber más sobre los motivos y problemas de salud por los que acuden a buscar atención en los servicios de salud, sin embargo, los capitales y poder con los que cuentan no alcanza para cuestionar lo establecido en el campo médico. La mayoría de las entrevistadas se perciben como ciudadanas y con el derecho a la información en salud pero, ante las condiciones de posibilidad que no están a su favor, *optan* por callarse.

VII. REFLEXIONES FINALES

La construcción de ciudadanía y la apropiación y ejercicio de derechos en salud es un problema multidimensional y teóricamente complejo. En esta investigación se recopiló información estratégica que abona a la comprensión del problema, sobre la cual se ofrece un recuento de los hallazgos principales.

1. Una característica general entre todas las mujeres participantes, organizadas o no, es que cuentan con nociones sobre derechos; aunque fueron las menos quienes pudieron concretar las definiciones más acabadas. Es importante enfatizar esto, sobre todo para la mayoría de las entrevistadas, que pertenecen al sector de población más vulnerable, cuyas condiciones de vida son más precarias y cuentan con menos años de escolaridad. Todas consideran que tienen derechos, aunque los signifiquen con contenidos distintos. Quedó claro que la capacidad de gestión y resistencia ante una omisión en el servicio médico emerge con mayor fuerza en quienes desempeñan el rol de género de madres.
2. Entre los obstáculos en la apropiación y el ejercicio de derechos en la atención médica, sobre todo a la información, identificados por las mujeres, se señaló la falta de educación, la pobreza y la relación desigual entre médicos y pacientes. Estos obstáculos son una expresión de las desigualdades sociales que limitan el acceso no sólo a la salud, sino también a otros derechos como la educación, el empleo y la seguridad social.
3. Todas las mujeres, a reserva de matizar las diferencias entre ellas por sus trayectorias de vida como agentes sociales, han elaborado estrategias de resolución cuando han enfrentado un problema de salud. A pesar de la omisión de derechos básicos y particulares, como a la información en la atención médica, las mujeres movilizan su margen de libertad para optar, decidir y actuar en consecuencia; aunque dichas estrategias no confronten al campo médico o busquen un cambio estructural de las condiciones de dominación o subordinación, no son víctimas pasivas de la estructura y del campo. Entre las entrevistadas, a pesar del contexto que limita sus derechos, quedó evidente la importancia de sus capacidades individuales para gestionar, resistir y resolver las limitaciones en la atención médica.
4. El margen de toma de decisiones es muy estrecho para muchas mujeres, en tanto que sus condiciones de vida también son restringidas. A pesar de que la mayoría de las participantes cuenta con nociones de derechos, los significan como beneficencia, una ayuda o dádiva, un favor que les hacen por ser mujeres pobres, lo que reduce su estatus de ciudadanas, una agencia activa y el ejercicio de derechos. Tampoco existe una apropiación en los términos expuestos a lo largo del trabajo, cuando el ejercicio de derechos se acompaña de una exigencia ante situaciones de violación de éstos.
5. Quedó claro que para las mujeres con mayor conciencia de derechos, una clara apropiación de ellos y con capacidades de gestión y de exigencia, sus esfuerzos topaban con las condiciones de posibilidad externas, referidas al sistema y al campo médico. Esto quiere decir que aunque la apropiación de derechos sea posible, el ejercicio pleno no, porque no es un acto de voluntad, sino de la confluencia de varios factores

estructurales, en los que quedan patentes los poderes y capitales mayores, así como la inequidad y la cultura hegemónica del campo médico.

6. En algunas de las entrevistadas se expresaron rasgos de empoderamiento, tanto en lo personal como en sus relaciones próximas, y también en el ámbito colectivo, referido al grupo de pertenencia. Sin embargo, dichas dimensiones no están presentes en todas de la misma forma, por lo que este empoderamiento, según sostiene Rowlands, no puede considerarse como tal, ya que una dimensión potencia a las demás. Aun así, parece que la apropiación y el ejercicio de derechos es más posible para aquéllas que han logrado un empoderamiento, cualquiera que sea. Pues “los dominados, en cualquier universo social, pueden ejercer siempre una cierta fuerza, en tanto que pertenecer a un campo significa por definición ser capaz de producir efectos en él” (Bourdieu 2005, 128), y el campo médico es uno de estos.
7. “No es derecho-derecho, si hay que pagar por él”, decían en un GF. Tampoco es un derecho cuando se omite, se niega, se relativiza y se viola, a pesar de estar normado. Pero, en el lado contrario, en esta expresión lo importante por resaltar es que muchas de las participantes coincidieron en señalar que “tiene más derecho quien puede pagar por él”. Dicha expresión se puede interpretar en dos sentidos: por un lado, la resignación que se asume de las limitaciones de la atención y, por otro, la influencia de la mercantilización de la salud que ha avanzado bajo el modelo neoliberal del sistema de salud en México, ya que se le asigna al ciudadano la mayor responsabilidad de resolver, con sus medios, sus necesidades básicas, como la salud.
8. Las condiciones de posibilidad existen en la normativa; los derechos están legislados, reglamentados y regulados por el Estado, en general el derecho a la salud y a la información en lo particular. Sin embargo, dichas condiciones no se traducen en posibilidades reales y concretas en las instituciones, aquí se pueden señalar dos ámbitos involucrados para que dichas condiciones sean posibles: a) el papel del Estado, desde el cual las políticas sociales deberían ofrecer la promoción y protección de los derechos de la salud; de cómo se opera el ejercicio de derechos en una cultura hegemónica y jerárquica como la médica, cobijada por el campo médico y el Estado y b) la subjetividad, expresada en los hábitos de sus usuarias, que han incorporado no sólo la subordinación a dicho campo, sino la del género, la etnia y el estatus socioeconómico.
9. El campo médico tiene varios mecanismos que reproducen la subordinación de sus pacientes, aquí se documentó a detalle el hábito y mercado lingüístico expresados en la relación médico-paciente. Dicho mecanismo opera como un disciplinamiento y condicionamiento del campo médico sobre sus agentes; en la relación médico-paciente se encuentran y se confrontan los hábitos. Por parte de las mujeres es la oportunidad de desplegar las capacidades de gestión, para obtener la atención y la información lo mejor posible respetando las reglas. Por parte del médico se mantiene el estatus del poder, al considerarse que él tiene la formación técnica para resolver un problema de salud. En este sentido se opera el orden simbólico que representa dicho campo médico, que rebasa cualquier malestar, inconformidad o inseguridad en sus pacientes.
10. La experiencia de participación beneficia la apropiación y el ejercicio de derechos, cuando es activa y autónoma. La conciencia que genera el grupo sobre el *yo tengo derechos* se ve limitada por las condiciones de posibilidad externas al agente, como contar con servicios médicos, las reglas institucionales en la prestación de ellos y la falta de claridad en los procedimientos de exigibilidad, propia de todo derecho. Asimismo, al entrar al campo médico las mujeres se saben en desventaja.
11. En general, entre las mujeres persiste una percepción negativa sobre la calidad de la atención que reciben, así como que sus derechos no son respetados en las instituciones de salud.

12. La teoría de las prácticas, según se mostró en este trabajo, permite deconstruir sociológicamente las dinámicas hegemónicas en la atención de la salud; *nominar* esos problemas, y comprender cómo las estructuras se componen de estos campos. Es posible establecer el vínculo entre lo que aportan los hábitos de las mujeres, de los médicos y de los prestadores de salud, pero que al mismo tiempo están constreñidos por los campos en los que se desarrollan, y cómo contribuyen a formar las estructuras.

BIBLIOGRAFÍA

- AbouZahr, Carla, Carol Vlassoff y Anand Kumar. 1996. Quality health care for women: a global challenge. *Health Care for Women International* XVII (5): 449-467.
- Abram, Morris B. 1982. *Making health care decisions. A report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship*. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Washington: U.S. Government Printing Office Washington, D.C. 20402. Volume one: Report. https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559354/making_health_care_decisions.pdf?sequence=1&isAllowed=y (enero de 2016).
- Adúriz, Isidro y Pablo Ava. 2006. Construcción de ciudadanía: experiencia de implementación de un índice de participación ciudadana en América Latina. *América Latina, Hoy* XLII: 15-35.
- Agoff, María Carolina. 2012. Del sentimiento de injusticia y el rol de las nuevas legislaciones contra la violencia de género en México. En *Democracia y reconfiguraciones contemporáneas del derecho en América Latina*, editado por Stefanie Kron, Sérgio Costa y Marianne Braig, 369-386. Madrid: Iberoamericana Frankfurt am Main: Vervuert. Serie *Bibliotheca Ibero-Americana*. http://publications.iai.spk-berlin.de/receive/reposisiai_mods_00000524 (septiembre de 2016).
- Alatorre Winter, Edda. 1998. Las mujeres y el derecho a la salud. *Revista Mexicana de Justicia* IV: 51-56.
- Alfonso Rodríguez, Ada C. 2006. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Revista Cubana de Salud Pública* XXXII (1): 1-15.
- Alsop, Ruth, Mette Frost Berselten y Jeremy Holland. 2006. *Empowerment and practices. From analysis to implementation*. Washington: The World Bank.
- Altamirano Jiménez, Isabel. 2004. Ciudadanía y mujeres indígenas en Oaxaca: las paradojas de la tradición. En *Women in Mexico: towards a new type of citizenship in the 21st century*, editado por Edmé Domínguez, 286-304. Finlandia: Haine Series, Nordic Network of Research on Women in Latin America.
- Álvarez Gordillo, Julio y Guadalupe Álvarez Gordillo. 2011. Las percepciones sobre la práctica médica en la región fronteriza de Chiapas. *Andamios* viii (16): 287-321.
- Álvarez-Uría, Fernando y Julia Varela. 2009. *Sociología de las instituciones: bases sociales y culturales de la conducta*. Madrid: Morata.

- Amorós, Celia. 2001. *Feminismo. Igualdad y diferencia*. México: Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México (PUEG/UNAM).
- Amuchástegui, Ana y Marta Rivas. 2008. Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: género, heteronormatividad y ética. En *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía. Diálogos sobre un proyecto en construcción*, coordinado por Ivonne Szasz y Guadalupe Salas, 57-133. México: El Colegio de México (COLMEX).
- Amuchástegui, Ana y Marta Rivas. 2004. Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. *Estudios Demográficos y Urbanos* XIX (3): 543-597.
- Amuchástegui, Ana y Marta Rivas. 1999. *La construcción de noción de derechos reproductivos entre mujeres mexicanas: el caso del Distrito Federal*. México: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, COLMEX.
- Aragón Rivera, Álvaro. 2012. Ciudadanía y derechos sociales: las dificultades de la ciudadanía social. *Andamios* IX (18): 141-159.
- Aranda Gallegos, Patricia. 2010. Los motivos de la desidia. Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino. Hermosillo: El Colegio de Sonora (COLSON).
- Arellano, María del Carmen. 2008. Cicatrices del silencio: estudio sobre la violencia en la pareja en un contexto de migración en Sonora. Tesis de maestría en ciencias sociales, COLSON.
- Arendt, Hannah. 1982. *Los orígenes del totalitarismo*. España: Alianza.
- Arora, Neera. 2003. Interacting with cancer patients. The significance of physicians communications behavior. *Social Science and Medicine* LVII (5): 791-806.
- Arribas Mir, Lorenzo. 2006. La entrevista clínica en la prevención del cáncer de cérvix. Ponencia presentada en el XVIII Congreso de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, Granada.
- Astelarra, Judith (coordinadora). 2007. *Género y cohesión social*. España: Fundación Carolina.
- Ávila, María B. 2001. Feminismo y ciudadanía: la producción de nuevos derechos. En *Mujeres al timón. Cuadernos para la incidencia política feminista no. 2*. Lima: Flora Tristán Centro de la Mujer Peruana: Acoes em Genero Ciudadania e Desenvolvimento: Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia: 1-16.
- Bañuelos-Barrera, Patricia, Yolanda Bañuelos-Barrera, Martha Esquivel-Rodríguez y Vanessa Moreno-Ávila. 2007. Autoconcepto de mujeres con cáncer de mama. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* XV (3): 129-134.
- Barbero Gutiérrez, Javier. 2006. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 29 (suplemento 3): 19-27.

- Barnato, Amber, Hilary Llewellyn-Thomas, Ellen Peters, Laura Siminoff, Dale Collins y Michael Barry. 2007. Communication and decision making in cancer care: setting research priorities for decision support/patient's decision aids. *Medical Decision Making* XXVII (5): 626-634.
- Baron, Roy, Barbara Rimer, Rosalind Breslow, Ralph Coates, Jon Kerner, Stephanie Melillo, Nancy Habarta, Geetika Kalra, Sajal Chattopadhyay, Katherine Wilson, Nancy Lee, Patricia Dolan, Steven Coughlin, Peter Briss y Task Force on Community Preventive Services. 2008. Client-directed interventions to increase community demand for breast, cervical and colorectal cancer screening. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* XXXV (18): 34-55.
- Bedín, Paula. 2013. Críticas y dilemas feministas sobre el universalismo androcéntrico de la ciudadanía liberal clásica. *Temas y Debates* 26 (17): 127-143.
- Beltrán-Salazar, Oscar Alberto. 2014. Health care institutions do not favor care. Meaning of humanized care for people directly participating in it. *Investigación y Educación en Enfermería* XXXII (2): 194-205.
- Bobes, Velia Cecilia. 2000. Ciudadanía. En *Léxico de la política*, compilado por Laura Baca, Judith Bockser, Fernando Castañeda, Isidro Cisneros y Germán Pérez, 50-53. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Secretaría de Educación Pública-Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Heinrich Böll Stiftung, Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Boltanski, Luc. 1977. *Descubrimiento de la enfermedad. Medicina popular y medicina científica. Relación médico-paciente y distancia social*. Argentina: Ciencia Nueva.
- Bono Olvera, Isaura y Monserrat Salas Valenzuela. 2002. Calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva: propuesta desde la perspectiva de género y la ciudadanía. *Mujer Salud* II: 48-50.
- Booth, Katie, K. Beaver, H. Kitchener, J. O'Neill y C. Farrell. 2005. Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Education and Counseling* LVI: 225-232.
- Bórquez E., Gladys, Gina Raineri B. y Mireya Bravo L. 2004. La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. *Revista Médica de Chile* CXXXII: 1243-1248.
- Borrayo, Evelin, Lydia Buki y Benjamin Feigal. 2005. Breast cancer detection among older latinas: is it worth the risk? *Qualitative Health Research* XV (9): 1244-1263.
- Borrero, Yadira. 2011. Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* XXIX (3): 299-307.
- Bourdieu, Pierre. 2008. *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. España: Akal.
- Bourdieu, Pierre. 2007. *El sentido práctico*. Argentina: Siglo XXI.

- Bourdieu, Pierre. 2001. *Poder, derecho y clases sociales*. España: Palimpsesto.
- Bourdieu, Pierre. 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. 1997. *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. España: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. 1990. *Sociología y cultura. México*. México: Grijalbo, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Bourdieu, Pierre y Loïc Wacquant. 2005. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Argentina: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron. 2002. *El oficio de sociólogo*. Argentina: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre, Alain Accardo, Gabrielle Balazs, Stéphane Beaud, Emmanuel Bourdieu, Philippe Bourgois, Sylvain Broccolinchi, Patrick Champagne, Rosine Christin, Jean-Pierre Faguer, Sandrine García, Remi Lenoir, Françoise CEuvrard, Michel Pialoux, Louis Pinto, Abdelmalek, Sayad, Charles Soulié y Loïc J. Wacquant. 1999. Comprender. En *La miseria del mundo*, dirigido por Pierre Bourdieu, 527-543. Argentina: FCE.
- Bourdieu, Pierre y Loïc Wacquant. 1995. *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Bronfman, Mario, Sergio López-Moreno, Carlos Magis-Rodríguez, Alejandra Moreno-Altamirano y Shea Rutstein. 2003. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública de México* XLV (6): 445-454.
- Bronfman, Mario, Roberto Castro, Elena Zúñiga Herrera, Carlos Miranda y Jorge Oviedo. 1997. Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México* XXXIX (6): 546-552.
- Bruce, Judith. 1998. *Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual sencillo*. México: Population Council
- Bustelo Graffigna, Eduardo. 1999. Salud y ciudadanía: una mirada a la salud en el futuro. *Cuadernos Médico Sociales* (76): 5-30.
- Butler, Judith. 2001. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: PUEG/UNAM.
- Campero, Lourdes. 1996. Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género. *Salud Pública de México* XXXVIII (3): 217-222.
- Cano, Fernando. 2001. *Percepciones acerca de la medicina y el derecho*. México: Facultad de Medicina, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

- Carosio, Alba. 2012. *Feminismo y cambio social en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Cartwright, Elizabeth, Gilda Salazar y Ma. del Carmen Castro. 2004. "Soy muy mujer". Percepciones del cáncer cervicouterino en mujeres mayores: Hermosillo, Sonora, y Tucson, Arizona. En *Compartiendo historias de fronteras: cuerpos, géneros, generaciones y salud*, editado por Catalina Denman, Janice Monk y Norma Ojeda de la Peña, 181-209. Hermosillo: COLSON.
- Carrillo Fabela, Luz Ma. 2002. *La responsabilidad profesional del médico*. México: Editorial Porrúa.
- Casas-Martínez, María de la Luz y Emilia Guadalupe Zepeda-López. 2012. Percepción del cumplimiento de la Carta de Derechos de los Pacientes: experiencia de 8 años en un hospital público. *Revista CONAMED* XVII (3): 120-125.
- Castro Vásquez, María del Carmen. 2011. *Habitus* lingüístico y derecho a la información en el campo médico. *Revista Mexicana de Sociología* LXXIII (2): 231-259.
- Castro Vásquez, María del Carmen. 2008. *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. Hermosillo: COLSON.
- Castro Vásquez, María del Carmen. 2004. La cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica. *región y sociedad* XVI: 43-86.
- Castro Vásquez, María del Carmen, María del Carmen Arellano Gálvez, Carolina Gil Durán y Patricia Aranda Gallegos. 2011. *Ciudadanía y salud. Revisión bibliográfica para el estado del arte* (libro electrónico). Hermosillo: COLSON.
- Castro Vásquez, María del Carmen y María del Carmen Arellano Gálvez. 2010. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical *in situ*. *Salud Pública de México* LII (3): 207-212.
- Castro Vásquez, María del Carmen y Gilda Salazar Antúnez. 2001. Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora. Hermosillo: COLSON.
- Castro Vásquez, María del Carmen y Gilda Salazar Antúnez. 2000. Salud reproductiva en Sonora: un estudio exploratorio. Hermosillo: COLSON.
- Castro, Roberto. 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.
- Castro, Roberto. 2011. *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, UNAM.

- Cervantes, Alejandro. 2000. Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: una propuesta analítica. En *Mujer, género y población en México*, coordinado por Brígida García, 363-430. México: COLMEX, Sociedad Mexicana de Demografía.
- Cervantes, Alejandro. 1996. De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México. En *Ética y salud reproductiva*, compilado por Gloria Careaga Pérez, Juan Guillermo Figueroa Perea y María Consuelo Mejía, 315-346. México: Porrúa, PUEG/UNAM, Programa Universitario de Investigación en Salud.
- Christman, John. 2004. Relational autonomy, liberal individualism, and the social constitution of selves. *Philosophical Studies* CXVII (1/2): 143-164.
- Comes, Yamila y Alicia Stolkiner. 2005. “Si pudiera pagaría”: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones* XII: 137-143.
- CEPAL. 2007. *Objetivos de desarrollo del milenio. Informe 2006: una mirada a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: ONU.
- CONAMED. 2014. Informe anual de actividades. México: CONAMED.
- CONAMED. 2004. *Consentimiento válidamente informado*. México: CONAMED.
- Cook, Rebeca. 1994. *La salud de la mujer y los derechos humanos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Correa, Sonia y Roselind Petchesky. 2001. Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, coordinado por Juan Guillermo Figueroa, 99-135. México: Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM.
- D'Aubeterre Buznego, María Eugenia. 2005. Mujeres trabajando por el pueblo: género y ciudadanía en una comunidad de transmigrantes oriundos del estado de Puebla. *Estudios Sociológicos* XXIII (67): 185-215.
- De la Vara-Salazar, Elvia, Leticia Suárez-López, Angélica Ángeles-Llerenas, Gabriela Torres-Mejía y Eduardo Lazcano-Ponce. 2011. Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud Pública de México* LIII (5): 385-393.
- Declaración de Helsinki 1964. Asociación Médica Mundial. [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage]).
- Delgado Rodríguez, Janet. 2012. Nuevas perspectivas bioéticas: autonomía relacional. *ENE. Revista de Enfermería* VI (1): 36-43.

- Denman, Catalina, Jill Guernsey de Zapien, Kathryn Coe, José Luis Navarro Enza, Anne Guiliano, Jennifer Stephan, Luis S. Ortega, Bogomil Djambazov, Elena Méndez Brown de Galaz, Eva Moncada y Kenneth Hatch. 1999. The problem of invasive cervical cancer along the U.S.-Mexico border: planning and implementation of a bi-national research project. *Women & Cancer* I (5): 45-50.
- Diario Oficial de la Federación* (DOF). 1986. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_lgs_mpsam.pdf
- Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*. <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/86> (junio de 2015).
- Dundas, Todd. 1993. Exploring women's experiences: power and resistance in medical discourse. En *The social organization of doctor-patient communication*, coordinado por Alexandra Dundas Todd y Sue Fisher, 267-285. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Echarri, Carlos. 2008. Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable. En *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, coordinado por Susana Lerner e Ivonne Szasz, 59-116. México: COLMEX.
- Elizondo, Carlos. 2007. El derecho a la protección a la salud. *Salud Pública de México*. XLIX (2):144-145
- Enciclopedia cubana EcuRed*. Conocimiento con todos y para todos. http://www.ecured.cu/EcuRed:Enciclopedia_cubana (diciembre de 2015.)
- Erviti, Joaquina, Roberto Castro e Itzel Sosa. 2006. Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios Sociológicos* XXIV (72): 637-665.
- Espinoza Damián, Gisela. 2004. Ciudadanía y feminismos: entre el género y la clase. En *Mujeres, ciudadanía y participación política en México*, editado por Edmé Domínguez, 171-204. Gotenbergo: Red Haina: Instituto Iberoamericano, Universidad de Gotemburgo.
- Fajardo, Germán, Francisco Hernández, Javier Santacruz, Mauricio Hernández, Pablo Kuri y Enrique Gómez. 2009. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Salud Pública de México* LI (2): 119-25.
- Fassler, Clara. 2007. Desarrollo y participación política de las mujeres. En *Publicación: repensar la teoría del desarrollo en un contexto de globalización. Homenaje a Celso Furtado*, compilado por Gregorio Vidal y Arturo Guillén, 377-393. http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/vidal_guillen/22Fassler.pdf (13 de septiembre de 2015).
- Fernández Fernández, José Manuel. 2013. Capital simbólico, dominación y legitimidad. Las raíces weberianas de la sociología de Pierre Bourdieu. *Papers. Revista de Sociología* XCVIII (1): 33-60.
- Fierro, Jaime. 2016. Crítica feminista a la concepción liberal de la ciudadanía. *Estudios Políticos* 48: 1-7.

- Figueroa-Perea, Juan Guillermo. 2007. Avances y retos en la incorporación del enfoque de género en políticas de salud reproductiva. *Salud Pública de México* XLIX, edición especial: 166-178.
- Figueroa-Perea, Juan Guillermo. 2003. La evaluación ética de proyectos de investigación desde una perspectiva de género. *Revista Mexicana de Bioética* I (1): 65-77.
- Foucault, Michel. 1999. *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós Básica.
- Foucault, Michel. 1997. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Fraser, Nancy y Axel Honneth. 2006. *¿Redistribución o reconocimiento?* Madrid: Ediciones Morata.
- Freidson, Eliot. 1978. *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Galván-Meléndez, Manuel Fernando, Lucy Yolanda Castañeda-Martínez, Margarita Camacho-Sánchez, Enrique Ortiz-Jiménez, Roxanna Bertha Meléndez-Hurtado y Jesús Javier Basio-Reyes. 2013. Conocimiento sobre consentimiento informado para atención médica en unidades de primer y segundo nivel de atención. *Revista CONAMED* XLIII (2): 53-58.
- García, Brígida. 2003. Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual. *Estudios Demográficos y Urbanos* XVIII (2): 221-253.
- Gomes, Romeu y Márcia Thereza Couto. 2014. Relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género. *Salud Colectiva* X (3): 353-363.
- Gómez Gómez, Elsa (editora). 1993. *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington: OPS.
- Gómez Mena, Carolina. 2016. De casos en CONAMED, 60% por mala relación médico-paciente. *La Jornada*. 25 de septiembre.
- Gómez-Ullate Rasines, Susana. 2014. Historia de los derechos de los pacientes. *Revista de Derecho UNED* XV: 261-291.
- González de la Rocha, Mercedes y Agustín Escobar Latapí. 2008. Choices or constraints? *Ids Bulletin* 39 (2): 37-47.
- Gordo López, Ángel J. 2013. Los procesos de subjetivación de las nuevas élites culturales. Itinerarios de autonomía e (in)dependencia emocional de mujeres de clase media. *Papers* XCVIII (4): 731-750.
- Grilo Diliz, Simone, Cecilia de Mello e Souza y Ana Paula Portella. 2006. No como nuestras madres. La elección reproductiva y el surgimiento de la ciudadanía entre trabajadoras rurales, trabajadoras domésticas y amas de casa brasileñas. En *Cómo negocian las mujeres en el mundo. Una intersección entre culturas, política y religiones*, compilado por Rosalind Petchesky y Karen Judd, 85-139. México: COLMEX.

- Guimarães, Maria Cristina Soares, Henrique Silva, Cícera e Ilma Horsth Noronha. 2011. El acceso a la información como determinante social de la salud. *Salud Colectiva* 7, suplemento 1: S9-S18.
- Gutiérrez, Alicia B. 2003. Con Marx y contra Marx: el materialismo en Pierre Bourdieu. *Revista Complutense de Educación* XIV (2): 453-482.
- Hamilton, Gabriela. 2001. Exclusión de la protección social en salud en Argentina: tres enfoques metodológicos. Ponencia presentada en AES 2001. X Jornadas internacionales de economía de la salud, Mar de Plata, Argentina.
- Heritage, John y Douglas W. Maynard. 2011. After 30 years, problems and prospects in the study of doctor-patient interaction. En *Handbook of the sociology of health, illness, and healing. A blueprint for the 21st century*, editado por Berenice A. Pescosolido, Jack K. Martin, Jane D. McLeod y Anne Rogers, 323-342. Nueva York: Springer.
- Herrera, Cristina. 2010. De “pacientita” a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México. En *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*, editado por Roberto Castro y Alejandra López Gómez, 73-99. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Herrera, Cristina. 2009. *Invisible al ojo clínico: violencia de pareja y política de salud en México*. México: FLACSO-México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Herrera, Cristina, Lourdes Campero, Marta Caballero y Tamil Kendall. 2008. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Saúde Pública* XLII (2): 249-55.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas. 2002. *Enciclopedia jurídica mexicana*. México: Porrúa, UNAM.
- Instituto Nacional de Salud Pública. 2012. Encuesta nacional de salud y nutrición. Resultados nacionales 2012. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública. 2006. Encuesta nacional de salud y nutrición. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública. 2000. Encuesta nacional de salud. México.
- Jaramillo, Ángela María. 2013. Las mujeres: entre el sacrificio y la negociación. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia* XXVIII (45): 62-75.
- Kabeer, Naila. 2011. Between affiliation and autonomy: navigating pathways of women’s empowerment and gender justice in rural Bangladesh. *Development and Change* XLII (2): 499-528.
- Kabeer, Naila. 1999. The conditions and consequences of choice: reflections on the measurement of womens empowerment. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), Suiza.

- Kelsen, Hans. 1982. *Teoría pura del derecho*. México: UNAM.
- King, Anthony. Thinking with Bourdieu against Bourdieu: a 'practical' critique of the habitus. *Sociological Theory* XVIII (3): 417- 433.
- Kukla, Rebecca. 2005. Conscientious autonomy. Displacing decisions in health care. *Hastings Center Report* XXXV (2): 34-44.
- Lister, Ruth. 2007. Inclusive citizenship: realizing the potential. *Citizenship Studies* XI (1): 49-61.
- Lamas, Marta. 2001. Movimiento feminista y discurso político: los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna. En *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, coordinado por Guillermo Figueroa y Claudio Stern, 177-194. México: COLMEX.
- Lamas, Marta. 1999. Uso, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Población* v (21): 147-178.
- Lamas, Marta. 1996. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG/UNAM.
- Lantis, Kristin, Cynthia P. Green y Stephanie Joyce. 2002. La calidad de atención y los proveedores del servicio. *Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención* (3). Washington, D.C.: Population Reference Bureau y Population Council.
- Lavielle-Sotomayor, María del Pilar, Maricela Cerón-Ruiz, Patricia Tovar-Larrea y Juan José Bustamante-Rojano. 2008. Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* XLVI (2): 129-134.
- Lázaro, J. y D. Gracia. 2006. La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* XXIX (3): 7-17.
- Lazcano Ponce, Eduardo César, Roberto Castro, Betania Allen, Patricia Nájera Aguilar, Patricia Alonso de Ruiz y Mauricio Hernández Ávila. 2000. *Cáncer cervicouterino, diagnóstico, prevención y control*. México: Panamericana, UNAM, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Leyva Piña, Marco Antonio y Santiago Pichardo Palacios. 2012. Los médicos de las farmacias similares: ¿degradación de la profesión médica? *Polis* VIII (1):143-175.
- López-García, Araceli, Edith Valdez, María Goycochea y Miguel Bedolla. 2009. A snapshot of medical care quality: health professional and patient satisfaction. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* XLVII (6): 603-610.
- Lorber, Judith. 1982. Pacientes fáciles y difíciles: concordancia y divergencia en un hospital general. En *Pacientes, médicos y enfermedades*, compilado por Gartly E. Jaco, 335-359. México: IMSS.

- Lozano-Ascencio, Rafael, Héctor Gómez-Dantés, Sarah Lewis, Luisa Torres-Sánchez y Lizbeth López-Carrillo. 2009. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Salud Pública de México* LI, suplemento 2: S147-S156.
- Macarena Hirmas, Adauy, Lucy Poffald Angulo, Anita María Jasmen Sepúlveda, Ximena Aguilera Sanhueza, Iris Delgado Becerra y Jeanette Vega Morales. 2013. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública* XXXIII (3): 223-229.
- Mackenzie, Catriona y Natalie Stoljar (editoras). 2000. En *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency and the social self*. Nueva York: Oxford University.
- Maier, Elizabeth. 2006. Tránsitos territoriales e identidad de las mujeres indígenas migrantes *Papeles de Población* 12 (47): 201-225.
- Malo, Miguel. 2010. Introducción. La participación en salud: una cuestión política. En *De la participación en salud a la construcción del poder popular: experiencias para el debate*, editado por Johanna Lévy y Miguel Malo, 5-14. Maracay: Instituto de los Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”.
- Manzelli, Hernán, Mariela Bertolino, Martín Gutiérrez Taddío, Mario Pecheny, Gisella Farías y Clara Cullen. 2004. Satisfacción en cuidados paliativos. Un abordaje cualitativo. Ponencia presentada en Seminario V-2004, de la serie de seminarios Salud y política pública del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires.
- Marques Pereira, Berénjere y Enrique Rajchenberg. 1998. Ciudadanía social y democratización: la sociedad civil frente al neoliberalismo. *Estudios Latinoamericanos* v (10): 7-22.
- Martínez-Montañez, Olga Georgina, Patricia Uribe-Zúñiga y Mauricio Hernández-Ávila. 2009. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México* LI, suplemento 2: S350-S360.
- Marzano, Marco. 2007. Informed consent, deception, and research freedom in qualitative research. *Qualitative Inquiry* XIII (3): 417-436.
- Matamala, María Isabel, Fanny Berlagosky, Gloria Salazar y Lorena Núñez. 1995. *Calidad de la atención. Género ¿salud reproductiva de las mujeres?* Chile: Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social- Asociación Chilena Pro Naciones Unidas.
- Maza-Fernández, María Elena y Elda Vecchi-Martini. 2009. El cáncer de mama en México: evolución, panorama actual y retos de la sociedad civil. *Salud Pública de México* LI (2): 329-334.
- McLeod, Caroly y Susan Sherwin. 2000. Relational autonomy, self-trust, and health care for patients who are oppressed. En *Relational autonomy. Feminist perspectives on autonomy, agency and the social self*, editado por Catriona Mackenzie y Natalie Stoljar, 259-279. Nueva York: Oxford University.

- McMullen, Linda M. 2012. Discourses of influence and autonomy in physicians' accounts of treatment decision making for depression. *Qualitative Health Research* XII (2): 238-249.
- Meer, Shamim y Charlie Server. 2004. *Género y ciudadanía*. Londres: Institute of Development Studies.
- Mendick, Nicola, Bridget Young, Christopher Holcombe y Peter Salmon. 2010. The ethics of responsibility and ownership in decision-making about treatment for breast cancer: triangulation of consultation with patient and surgeon perspectives. *Social Science & Medicine* LXX (12): 1904-1911.
- Menéndez, Eduardo. 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. *Estudios Sociológicos* XVI (46): 37-67.
- Menéndez, Eduardo. 1992. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales. En *La antropología médica en México*, compilado por Roberto Campos, 97-114. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menz, Florian y Ali Al-Roubaie. 2008. Interruptions, status and gender in medical interviews: the harder you brake, the longer it takes. *Discourse and Society* XIX (5): 645-646.
- Meza Ojeda, Alejandro y Esperanza Tuñón Pablos. 2002. "Progresá" y el empoderamiento de las mujeres: estudio de caso en Vista Hermosa, Chiapas. *Papeles de Población* XXXI: 67-93.
- Miczó, Nathan. 2003. Beyond the "fetishism of words": considerations on the use of the interview to gather chronic illness narratives. *Qualitative Health Research* XIII: 469-490.
- Moctezuma, Gonzalo. 2001. *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*. México: Cámara de Diputados, UNAM.
- Morales Hernández, María de los Ángeles. 2008. Representaciones sociales sobre la detección oportuna de cáncer cervicouterino en un contexto multicultural y de migración en Estación Pesqueira, Sonora. Tesis de maestría en ciencias sociales, COLSON.
- Mouffe, Chantal. 2001. Feminismo, ciudadanía y política democrática radical. En *Ciudadanía y feminismo*, compilado por Martha Lamas, 2-14. México: Instituto Federal Electoral, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.
- Muecke, Marjorie. 1996. The gender analysis imperative: introduction to the special issue. *Health Care for Women International* XVI (5): 385-392.
- Murtagh, Madeleine J. y Julie Hepworth. 2003. Feminist ethics and menopause: autonomy and decision-making in primary medical care. *Social Science & Medicine* LVI (8): 1643-1652.
- Nash, Kate. 2009. Between citizenship and human rights. *Sociology* XLIII (6): 1067-1083.

- Nigenda, Gustavo, Marta Caballero y Luz María González-Robledo. 2009. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública de México* LI (2): 254-262.
- Nishijima Azeredo, Yuri y Lilia Blima Schraiber. 2016. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva* 12 (1): 9-21.
- Normas para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino y de mama. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html> (15 de abril de 2014).
- Núñez de Villavicencio, Fernando. 2006. Consentimiento educado vs consentimiento informado. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400011&lng=es&nrm=iso (28 de octubre de 2010).
- O'Brien, Mary Ann, Peter M. Ellis, Timothy J. Whelan, Cathy Charles, Amiram Gafni, Peter Lovrics, Som D. Mukherjee y Nicole Hodgson. 2011. Physician-related facilitators and barriers to patient involvement in treatment decision making in early stage breast cancer: perspectives of physicians and patients. *Health Expectations* XVI (4): 373-384.
- O'Donnell, Guillermo. 2004. Notas sobre la democracia en América Latina. En *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*, coordinado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 11-82. Argentina: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara.
- O'Neill, O. 2003. Some limits of informed consent. *Journal of Medical Ethics* XXIX (1): 4-7.
- Omprakash Sridevi, Tandle. 2005. Empowerment of women: a systematic analysis. India: India Development Foundation. <http://www.idfresearch.org/pdf/0411.pdf> (7 de agosto de 2015).
- ONU-CEPAL. Agencia Española de Cooperación Internacional y Secretaría General Iberoamericana. 2007. Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: ONU. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2812/2/S2007000_es.pdf (noviembre de 2016).
- ONU. 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU. http://www.ohchr.org/en/udhr/Documents/udhr_Translations/spn.pdf (20 de junio de 2013).
- Ortiz Ortega, Adriana. 2004. Elementos y obstáculos a tomar en cuenta en la conceptualización y apropiación de los derechos sexuales. *Estudios Demográficos y Urbanos* XIX (3): 599-637.
- Ortiz Ortega, Adriana. 1999. Introducción. En *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*, compilado por Adriana Ortiz, 27-68. México: COLMEX.

- Ortiz Ortega, Adriana, Ana Amuchástegui y Marta Rivas. 2006. "Porque yo los traje al mundo". La negociación de los derechos de las mujeres en México. En *Cómo negocian las mujeres en el mundo. Una intersección entre culturas, política y religiones*, compilado por Rosalind Petchesky y Karen Judd, 251-300. México: COLMEX.
- Oxaal, Zoe y Sally Baden. 1997. Gender and empowerment: definitions, approaches and implications for policy. Briefing prepared for the Swedish International Development Cooperation Agency (sida). Bighton: Institute of Development Studies.
- Pacheco Lizette, Luis Durán, Mario Rojas, Ricardo Escamilla y Malaquiaz López. 2011. Diagnóstico de la enfermedad renal crónica como trazador de la capacidad técnica en la atención médica en 20 estados de México. *Salud Pública México* LIII (4): 499-505.
- Pacheco, Carlos, Catalina Latorre, Carolina Enríquez y Eberto Guevara. 2006. Los derechos sexuales y reproductivos: estudio de caso de unidades de prestación de servicios. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* v (10): 94-115.
- Palacio-Mejía, Lina Sofía, Eduardo Lazcano-Ponce, Betania Allen-Leigh y Mauricio Hernández-Ávila. 2009. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Pública de México* LI, suplemento 2: S208-S219.
- Parsons, Talcott. 1982. *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad.
- Peña-Vivieros, Raúl, José Raymundo Rodríguez y Juan Manuel López. 2004. Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México* XLVI (3): 210-215.
- Pérez, Lourdes y Dolores Carmona. 2005. Información sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino y satisfacción con la atención médica. *Psicología y Salud* XV (1): 85-95.
- Petchesky, Rosalind y Karen Judd (compiladoras). 2006. *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, políticas y religiones*. México: COLMEX.
- Peterson, Andrew y Joseph Hughey. 2004. Social cohesion and intra- personal empowerment: gender as moderator. *Health Education Research: Theory and Practice* IX (5): 533-542.
- Petracci, Mónica. 2004. Calidad total en la atención de la salud: las perspectivas del equipo médico y de los usuarios. Ponencia presentada en el Seminario V. Serie de seminarios salud y política pública, Buenos Aires.
- Poblano-Verástegui, Ofelia, Juan Guillermo Figueroa-Perea y Lizbeth López-Carrillo. 2004. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Pública de México* XLVI (4): 294-305.

- Pollack, Daniel. 2004. Getting informed consent. More than just a signature. *Social Science Journals* LXII (2): 28.
- Powell, Anastasia. 2008. *Amor fati?* Gender habitus and young people's negotiation of (hetero)sexual consent. *Journal of Sociology* XLIV (2): 167-184
- Puentes Rosas, Esteban, Octavio Gómez Dantés y Francisco Garrido Latorre. 2006. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamericana de Salud Pública* XIX (6): 394-402.
- Puyol González, Ángel. 2004. La herencia igualitarista de John Rawls. *Isegoría* (31): 115-130.
- Raj, Rita, Chee Heng y Rashida Shuib. 2006. Entre la modernización y el resurgimiento patriarcal. Las negociaciones reproductivas de las mujeres en la península de Malasia. En *Cómo negocian las mujeres en el mundo. Una intersección entre culturas, política y religiones*, compilado por Rosalind Petchesky y Karen Judd, 199-250. México: COLMEX.
- Ramírez, Juan Manuel. 2003. La construcción de ciudadanía colectiva en Guadalajara, 1990-2001. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad* X (28): 179-211.
- Rappaport, Julian. 1987. Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology* IX (1): 1-26.
- Rawls, John. 1971. *Teoría de la justicia*. México: FCE.
- Reygadas, Luis. 2004. Más allá de la clase, la etnia y el género: acciones frente a diversas formas de desigualdad en América Latina. *Alteridades* XIV (28): 91-106
- Rifkin, Susan. 2003. A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of choice. *J Health Population and Nutrition* XXI (3): 168-180.
- Rifkin Susan. 1996. Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Tropica* LXI (2): 79-92.
- Rodríguez Ruiz, Blanca. 2013. ¿Identidad o autonomía? La autonomía relacional como pilar de la ciudadanía democrática. *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid* XVII: 75-104.
- Rowlands, Jo. 1995. Empowerment examined. *Development in Practice* V (2): 101-107.
- Salas, Monserrat. 2004. ¿Androcentrismo o sistema biomédico?... algunos datos, algunas hipótesis. En *Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México*, coordinado por Sara Elena Pérez-Gil Romo y Patricia Ravelo Blancas, 223-253. México: Porrúa, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social.

- Sánchez Olvera, Alma Rosa. 2006. El feminismo en la construcción de la ciudadanía de las mujeres en México. *Revista Itinerario de la Miradas* LVIII: 1-19.
- Schutz, Alfred. 1995. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Scott, Joan. 1996. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 265-302. México: Porrúa, PUEG/UNAM.
- Seale, Clive y Jonathan Charteris-Black. 2008. The interaction of class and gender in illness narratives. *Sociology* XLII (3): 453-469.
- Sen, Amartya. 2000. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.
- Sen, Amartya. 1995. *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sen, Gita y Veloshnee Govender. 2015. Sexual and reproductive health and rights in changing health systems. *Global Public Health* x (2): 228-242.
- Sen, Gita, Asha George y Pirooska Östlin. 2005. *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Boston: OPS y Harvard Center for Population and Development Studies.
- Serra Vázquez, Luis. 2008. La participación ciudadana: un marco conceptual. *Encuentro* LXXXI: 7-29.
- Sherwin, Susan. 1998. A relational approach to autonomy in health care. En *The politics of women's health. Exploring agency and autonomy*, coordinado por Susan Sherwin, 19-47. Filadelfia: Temple University Press.
- Simón, Pablo. 2006. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* XXIX (2): 29-40.
- Sinding, Christina, Pamela Hudak, Jennifer Wiernikowski, Jane Aronson, Pat Miller, Judy Gould y Donna Fitzpatrick-Lewis. 2010. "I like to be an informed person but." Negotiating responsibility for treatment decisions in cancer care. *Social Science & Medicine* LXXI: 1094-1101.
- Smith, Sian K., Ann Dixon, Lyndal Trevena, Don Nutbeam and Kirsten J. McCaffery. 2009. Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social Science & Medicine* LXIX: 1805-1812.
- Solitario, Romina, Pamela Garbus y Alicia Stolkiner. 2008. Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones* XV: 263-269.
- SSA. 2015. Ley General de Salud. México: DOF. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf (enero de 2016).

- SSA. 2013. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México: DOF. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_lgs_mpss.pdf (enero de 2016).
- SSA. 2012. Encuesta nacional “Calidad de vida profesional y compromiso con la calidad” 2012. México. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
- SSA. 2011. Norma oficial mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México: DOF.
- SSA. 2007. Norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. México: DOF.
- SSA. 2002. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* x (2): 103-105.
- SSA. 1999. Norma oficial mexicana NOM168-SSA1-1998, del expediente clínico. México: DOF.
- Stewart, Donna E., Susan E. Abbey, Zachary M. Shnek, Jane Irvine y Sherry Grace. 2004. Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event. *Psychosomatic Medicine* LXVI (1): 42-48.
- Strauss, Anselm y Juliet Corbin. 2002. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Contus, Editorial Universidad de Antioquia.
- Straw, Cecilia y Marina Mattioli. 2013. Entre el discurso legal y las opiniones de las mujeres: reflexiones sobre la apropiación subjetiva de derechos sexuales y reproductivos. *Revista Pilquen*. XV (16-2): 1-11.
- Street Jr., Richard L. 2002. Gender differences in health care provider-patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation? *Patient Education and Counseling* XLVIII (3): 201-206.
- Svampa, Maristella. 2005. *La sociedad excluyente*. Buenos Aires: Taurus.
- Syed, Jawad. 2010. Reconstructing gender empowerment. *Women's Studies International Forum* XXXIII (3): 283-294.
- Szasz, Ivonne. 2002. El papel de algunas instituciones sociales en el derecho a decidir la regulación de la fecundidad. *Papeles de Población* VIII (31):177-188.
- Szasz, Ivonne. 1999. Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. *En Salud, cambio social y política. Perspectiva desde América Latina*, editado por Mario Bronfman y Roberto Castro, 109-121. México: EDAMEX
- Taffoya García, Mónica y Valeria Rojo Lagarde. 2004. Los grupos de reflexión de mujeres: una alternativa metodológica para el proceso de ciudadanía. *Otras Miradas* IV (1): 50-59.

- Taylor, S. J. y R. Bogdan. 1992. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tejada, Luz María y Francisco Mercado. 2010. Entre la disponibilidad y el acceso a la atención médica. La mirada de los enfermos crónicos en condiciones de pobreza. *Salud Colectiva* VI (1): 35-45.
- Tellería, Jaime. 2002. Actores emergentes en el campo de los derechos humanos. Comunidades de las diversidades sexuales, uniones de trabajadoras sexuales comerciales, asociaciones de personas viviendo con VIH y sida. La Paz: Coordinadora de la Mujer, Programa Andino de Derechos Humanos
- Tena Tamayo, Carlos. 2005. Derecho de autonomía de los pacientes. *Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico* X (2): 3-5.
- Tena, Carlos, Enrique Ruelas, Jorge Sánchez, Antonio Rivera, Gonzalo Moctezuma, Gabriel Lee, Agustín Ramírez, Salvador Casares, Luis Hernandez y Alonso Migoya. 2002. Derechos de los pacientes en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* XL (6): 523-529.
- Toomey, Anne Helen. 2008. A transition to sustainable development. Empowerment and disempowerment in a Nicaraguan community. Master of Arts in Natural Resources and Sustainable Development of America University, Washington D.C.
- Torres Lobatón, Alfonso, Guadalupe Rojo Herrera, Alfonso Torres Rojo, Gabino Hurtado Estrada y Edgar Román Bassaure. 2004. Cáncer del cuello uterino. Panorama actual de su epidemiología y de sus factores de riesgo. *Ginecología y Obstetricia de México* LXXII (9): 466-474.
- Torres-Mejía, Gabriela, Carolina Ortega-Olvera, Angélica Ángeles-Llerenas, Aremis Litai Villalobos-Hernández, Jorge Salmerón-Castro, Eduardo Lazcano-Ponce y Mauricio Hernández-Ávila. 2013. Patrones de utilización de programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer. *Salud Pública de México*. LV, suplemento 2: S241-S248.
- Torres, Maria Beatriz y Nagesh Rao. 2007. Disclosure and truth in physician-patient communication an exploratory analysis in Argentina, Brazil, India and the United States. *Journal of Creative Communications* II (3): 279-305.
- Trejo, Ulises, José Granados, Luis Ortiz y Guadalupe Delgado. 2005. Diferencias sociales de la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las mujeres trabajadoras de una universidad de la ciudad de México. *Revista Española de Salud Pública* LXXIX (3): 403-414.
- Turner, Bryan S. 1995. *Medical power and social knowledge*. Londres: Sage.
- Umut Bespinar, Fatma. 2010. Questioning agency and empowerment: Women's work-related strategies and social class in urban Turkey. *Women's Studies International Forum* XXXIII (6): 523-532.

- Ureta Calderón, Clara Angélica. 2003. El mercado lingüístico como campo de definición de poderes en la sociedad. *Graffylia, Revista de la Facultad de Filosofía y Letras* 1: 99-104. <http://www.filosofia.buap.mx/Graffylia/1/99.pdf> (agosto de 2009).
- Uscanga-Sánchez, Santos, Gabriela Torres-Mejía, Angélica Ángeles-Llerenas, Raúl Domínguez-Malpica, Eduardo Lazcano-Ponce. 2014. Indicadores del proceso de tamizaje de cáncer de mama en México: un estudio de caso. *Salud Pública de México* 56 (5): 528-537.
- Valdés, Raydel, Joaquín Molina y C. Solís. 2001. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Pública de México* XLIII (5): 444-454.
- Valdivieso, Magdalena. 2012. Aportes e incidencia de los feminismos en el debate sobre ciudadanía y democracia en América Latina. En *Feminismo y cambio social en América Latina y el Caribe*, coordinado por Alba Carosio, 19-42. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Varela, Berta, Bettina Caporale, Lucía Delgado, Mercedes Viera, Ana Galain y Laura Schwartzmann. 2007. Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *Ciencia y Enfermería* XIII (2): 33-40.
- Vargas Melgarejo, Luz María. 1994. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades* IV (8): 47-53.
- Vélez Bautista, Graciela. 2008. *La construcción social del sujeto político femenino. Un enfoque identitario-subjetivo*. México: Porrúa.
- Vélez Bautista, Graciela. 2006. Género y ciudadanía. Las mujeres en el proceso de construcción de la ciudadanía. *Espacios Públicos* IX (17): 376-390
- Verkerk, Marian A. 2001. The care perspective and autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy* IV (3): 289-294.
- Villagra, Soledad. 2005. Mujer, género y desarrollo. Hacia la integralidad de los derechos humanos. Ponencia presentada en Curso interdisciplinario de alta formación en derechos humanos, Ciudad de México.
- Waitzkin, Howard. 1991. *The politics of medical encounters. How patients and doctors deal with social problems*. Estados Unidos: Vail-Ballou Press.
- Wallace, Danelle, Jennifer Hunter, Mary Papenfuss, Jill Guernsey de Zapien, Catalina Denman y Anna Giuliano. 2007. Pap smear screening among women ≥ 40 years residing at the United States-Mexico Border. *Health Care for Women International* XXVIII (9): 799-816.
- Weisner, Carolina, Marcela Vejarano, Juan Caicedo, Sandra Tovar y Ricardo Cendales. 2006. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Revista de Salud Pública* VIII (3): 185-196.

- West, Candance. 1984. When the doctor is a 'lady': power, status, and gender in physicians-patient encounters. *Symbolic Interactionism* VII (1): 87-106.
- Zaldúa, Graciela, María Belén Sopransi y Roxana Longo. 2006. Vulnerabilidad, género y prácticas de autonomía en dos organizaciones de trabajadores desocupados en Gral. Mosconi y conurbano bonaerense. *Anuario de Investigaciones* XIV: 183-198.
- Zúñiga Añazco, Yanira. 2009. La "generización" de la ciudadanía. Apuntes sobre el rol de la diferencia sexual en el pensamiento feminista. *Revista de Derecho* XXII (2): 39-64.
- Zurutuza, Cristina. 1998. El derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos: ¿utopía y estrategia? En *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o poder para decidir)*, editado por Maribel Bianco, Teresa Durand, María Gutiérrez y Cristina Zurutuza, 45-72. México: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer.

Diciembre de 2016
(edición impresa)

Marzo de 2017
(edición electrónica)

Diseño de portada:
Miguel Ángel Campuzano Meza

Pintura de portada:
“Una rosa es una rosa es una rosa”
de Venecia López
Técnica: óleo y pétalos sobre lienzo
Dimensiones: 25x60 cm
Colección particular, 2010

Corrección:
Alma Celina Quiroz Trujillo

Compuedición:
Orfilia Arvizu Trujillo

Departamento de Difusión Cultural de
El Colegio de Sonora

