

# Habitus lingüístico y derecho a la información en el campo médico\*

MARÍA DEL CARMEN CASTRO VÁSQUEZ\*\*

*Resumen: En este trabajo se analiza cómo se construyen las prácticas de subordinación que obstaculizan e invisibilizan el derecho a la información de las mujeres usuarias en el campo médico, en particular en dos programas de atención: detección y atención oportuna del cáncer cervicouterino y del cáncer de mama. La información se obtuvo con la técnica cualitativa de grupos focales; en su análisis se parte del marco teórico propuesto por la teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu, un enfoque conceptual integrador, usando los conceptos de habitus y campo, así como habitus y mercado lingüístico.*

*Abstract: This article analyzes how subordination practices are constructed that hamper and conceal the right to information of women users in the medical field, particularly in two programs: the timely detection and care of cervicouterine and breast cancer. The information was obtained through the qualitative technique of focus groups. The analysis is based on the theoretical framework proposed by Pierre Bourdieu's theory of practices, an integrative conceptual approach using the concepts of habitus and field and habitus and linguistic market.*

*Palabras clave:* derecho a la información, atención médica, subordinación, campo, habitus.  
*Key words:* right to information, health care, subordination, field, habitus.

**E**n la investigación sociocultural en el campo de la salud-enfermedad-atención, en distintos niveles de análisis, a menudo se genera la pregunta de cuáles son los mecanismos que reproducen las inequidades expresadas en las prácticas cotidianas de la atención médica

\* Este trabajo es producto del seminario de análisis del proyecto “Construcción de ciudadanía de las mujeres y su derecho a la información en salud: la atención del cáncer cervical y el cáncer de mama en Sonora”, con financiamiento del Conacyt (Ref. 60154), en desarrollo. Se agradecen los comentarios sobre la primera versión a la doctora Mercedes Zúñiga y el valioso apoyo de la M.C. María del Carmen Arellano, asistente del proyecto.

\*\* Doctora en Ciencias Políticas y Sociales, con orientación en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México. Temas de especialización: ciudadanía, salud y género, derechos en salud. El Colegio de Sonora-Centro de Estudios en Salud y Sociedad, Obregón 54, Col. Centro, Hermosillo, Sonora. Tel. (662) 595-300, ext. 2253. Fax: 212-5021. Correo electrónico: <ccastro@colson.edu.mx>.

y que se califican como violatorias de derechos. El presente texto tiene como objetivo analizar los resultados de una investigación acerca de las formas en que se construyen las prácticas de subordinación que obstaculizan e invisibilizan el derecho a la información de las mujeres usuarias en el campo médico, en particular en dos programas de atención: detección y atención oportuna del cáncer cervicouterino y del cáncer de mama.

Los derechos son parte constitutiva e indisoluble de la ciudadanía; la expresan y vuelven asibles sus múltiples aristas.

Para el análisis se parte del marco teórico propuesto por Pierre Bourdieu, un enfoque conceptual integrador que permite identificar y dejar enunciada la participación de varias dimensiones presentes, entre éstas los conceptos de habitus y campo, así como habitus y mercado lingüístico. En el presente análisis se identifica cómo las mujeres pacientes viven la experiencia de la atención médica frente a un profesional al que perciben en lo alto de la jerarquía social, y cómo a través de su lenguaje especializado, como una expresión en particular, mantiene los habitus diferenciados. Para señalar estas diferencias, Bourdieu elabora los conceptos de habitus y mercado lingüístico. La información que las mujeres pretenden obtener y comprender acerca de sus patologías y procesos de atención queda limitada y confusa, lo que obstaculiza el ejercicio del derecho a ser informadas.

La investigación se realizó principalmente con técnicas cualitativas: grupos focales (GF) y entrevistas en profundidad, aunque este texto se basa solamente en el análisis de la información de los GF, de los cuales se incluye un conjunto de testimonios de las mujeres participantes, que muestran y sustentan la argumentación. En total fueron 14 GF, con mujeres de 15 a 45 años, y que se habían realizado la prueba del Papanicolaou y la exploración mamaria cuando menos una vez en los tres últimos años. Los grupos se organizaron además haciendo la distinción entre mujeres que pertenecen a un grupo organizado y otras sin experiencia de participación.

El trabajo se estructura en cuatro grandes apartados. Los dos primeros representan el marco teórico: en uno se da una breve explicación de los conceptos de habitus y campo y habitus y mercado lingüístico, que interesan para el análisis, y el segundo establece definiciones como las de ciudadanía y derechos en salud (particularmente acotados al derecho a la información en la detección oportuna del cáncer cervicouterino y de mama). El tercero explica la metodología de la investigación y en el

cuarto se presenta el análisis de información empírica. Finalmente, se hacen algunos comentarios a manera de conclusión.

#### DESDE LA TEORÍA DE LAS PRÁCTICAS: HABITUS Y MERCADO LINGÜÍSTICO

Para el estudio de problemas sociales, Bourdieu propone un permanente y riguroso análisis relacional, para *develar* o descubrir las *relaciones ocultas* dentro de los sistemas de relaciones (los cuales han alcanzado carta de naturalización); al darse por obvias, éstas rigidizan percepciones y prácticas. Se trata, señala el autor, de que al rebasar el sentido común y el sentido común *científico* se revelen las estructuras más profundamente ocultas, que se traslucen en grupos, agentes y sociedad en su conjunto, y se identifiquen los mecanismos que tienden a asegurar su reproducción o transformación. Bourdieu, Chamboredon y Passeron sostienen un incisivo énfasis acerca de la necesidad de rebasar el sentido común en la categorización de la realidad social, más allá de una “sociología espontánea”, lo que permite deconstruir prácticas y percepciones de los actores. En palabras de los autores:

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 prenociones por las prenociones de quienes estudia o por una mezcla falsamente científica y falsamente objetiva de la sociología espontánea del “científico” y de la sociología espontánea de su objeto (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2004: 57).

En esta óptica, interesa retomar de Bourdieu los conceptos de habitus y mercado lingüístico, 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, pero enmarcándolos en la explicación del habitus (sin adjetivos) y campo.

Bourdieu define “habitus” como sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, *estructuras estructuradas* predispuestas para funcionar como *estructuras estructurantes*. Es decir, no se trata de una serie de disposiciones adquiridas en forma innata o “natural”, sino socialmente, que predisponen a actuar, sentir, pensar y percibir conforme al contexto y a la posición social que ocupan los actores. Una relación dialéctica en tanto el agente,

en palabras del autor, depende de las condiciones y las disposiciones culturales de su entorno, así como participa de las mismas, proveyendo con sus prácticas y capitales a las propias estructuras de mantenimiento y/o cambio.

Respecto al concepto de campo, Bourdieu lo define como:

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

Las estructuras sociales se componen de diferentes campos sociales, los cuales cuentan con lógicas particulares que sostienen, reproducen, cambian y adaptan a las distintas condicionantes que las circundan, con el objetivo de mantener el propio juego que las caracteriza. El campo médico representa un complejo campo social, el cual se trasluce a través de la información empírica contenida en documentos normativos, así como en los discursos de quienes intervienen en la atención cotidiana, como médicos, pacientes y personal paramédico. Es en dicho campo que se lleva a cabo el encuentro de los habitus de los médicos y mujeres pacientes, como situación particular.

Bourdieu (1991) señala que los diferentes campos, a través de mecanismos prácticos y simbólicos, aseguran agentes dotados del habitus necesario para su buen funcionamiento; de esta forma, la competencia por los capitales en juego define particularmente a dominantes y dominados que mantienen las estructuras del propio campo. Uno de los capitales principales que se juegan en el campo médico es el del saber; frente a éste las mujeres pacientes asumen una posición *de facto* subordinada, al legitimar la jerarquía médica en la que participan con la posición de las que no conocen esa información técnica especializada, que se conjuga con la verticalidad del trato en otras dimensiones de la interacción médico-paciente, como se verá más adelante.

En este marco, el poder se reconoce a la par del capital (de cualquier tipo) —como señala Bourdieu—, el cual es constitutivo de la sociedad y, como tal, existe ontológicamente en las cosas, en los cuerpos, en los

campos y en los habitus. Por lo tanto, el poder tiene una doble dimensión: existe físicamente, objetivamente, pero también simbólicamente.

De acuerdo con Bourdieu, en la constitución del sujeto social intervienen los distintos niveles de la realidad social y en dicha constitución se expresan el indisoluble vínculo entre el habitus y el campo, que se debe sobre todo a una *relación de condicionamiento*, del campo con respecto al habitus, pero en una relación de ida y vuelta, este último 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, 1995: 87). En el campo médico se juegan distintos poderes, como el poder de la autoridad o el monopolio de la misma; se da la competencia por el poder de decisión y de imposición de normas, así como 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.

Como parte de la concreción de los habitus, el posicionamiento de los agentes en los campos sociales se expresa en los rasgos del lenguaje usado, como se verá más adelante en la expresión de las mujeres entrevistadas; a través del lenguaje se reconoce la autoridad verbal de aquellos que tienen un mayor valor en dicho campo, tanto en términos profesionales como por sus roles de género. Al respecto, Bourdieu y Wacquant se refieren al habitus lingüístico y al mercado lingüístico como partes indisolubles de la construcción y la expresión del habitus de los sujetos involucrados. El habitus lingüístico se refiere al

sistema de disposiciones socialmente constituidas, que implica una propensión de hablar de cierta manera; una competencia para hablar inseparablemente definida como una aptitud lingüística; es la capacidad social para emplear adecuadamente esta competencia en una situación dada... la capacidad lingüística no es una simple capacidad técnica, sino también una capacidad estatutaria (Bourdieu y Wacquant, 1995: 104-105).

En el campo médico, en cada interacción entre los médicos y las pacientes se subraya la pertenencia al campo y la posición particular que en éste ocupan los agentes, lo que conlleva *propiedades de posición* que no son propiedades naturales, aunque los agentes las *incorporen* como tales, que van conformando los habitus (Bourdieu y Wacquant, 1995: 104-105). Pensemos en los lenguajes dotados de autoridad científica como el de los médicos, que contribuyen a la reproducción de la lógica del campo

médico, y el lenguaje lego, que las mujeres manejan para acceder a la información acerca de sus problemas y atención a su salud, el cual no es reconocido por su autoridad, a lo que se le suma un valor distinto en su categoría genérica de lenguaje femenino.

Es en lo que Bourdieu llama mercado lingüístico donde 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 como mercado lingüístico el

sistema de relaciones de fuerza simbólica que se imponen a través de un sistema de sanciones específicas... la anticipación práctica de [que] mi discurso será más o menos tenso, más o menos censurado, a veces hasta el silencio de la intimidación... Las desigualdades en la competencia lingüística se revelan constantemente en el mercado de las interacciones cotidianas... (Bourdieu y Wacquant, 1995: 104-105).

Se entiende que el mercado lingüístico es una situación dada en la que interviene un hablante “que produce un discurso dirigido a receptores capaces de evaluarlo, apreciarlo y darle un precio” (Bourdieu, 1990: 145). Dichas situaciones se observan en las interacciones sociales en la atención médica cotidiana, porque en ésta se realiza el encuentro de dos lenguajes, dos discursos particularmente distintos, que generan y a la vez son sostenidos por el capital y la dominación lingüística. Con esta lógica, la información en forma de producto lingüístico está sujeta a esa competencia que se objetiva en el espacio de la atención médica al darse la interacción médico-paciente, que se maneja con las reglas dominantes propias del campo médico.

#### DERECHOS EN SALUD Y CIUDADANÍA

Existe una amplia gama de definiciones y niveles de análisis acerca de la ciudadanía, lo que hace obligatoria una acotación: se entiende que ésta es una construcción netamente social e histórica, colectiva y jurídica; su ejercicio se observa a nivel colectivo e individual y se realiza a través de *derechos* y *obligaciones* establecidos en las distintas normatividades que regulan el funcionamiento de la sociedad en su conjunto; es la capacidad de autodeterminación del individuo, como actor social, en el sentido de actividad y de participación.

Rawls (1978) 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. Los ciudadanos son sujetos de derechos<sup>1</sup> y tienen la capacidad de ejercerlos. La ciudadanía no se define sólo a partir de ciertos principios, sino que se liga al tipo de prácticas que de ésta emanan; de allí su sentido de construcción histórica (Bobes, 2000; Mouffe, 2001).

Respecto al concepto de derecho, éste es una facultad de hacer o exigir todo lo que la ley o autoridad establece en favor de alguien; los derechos son parte de un orden normativo e institucional, inspirado en postulados de justicia, cuya base son las relaciones sociales existentes que determinan su contenido y carácter; además, “representan 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). En las instituciones de salud, los derechos a la información y al consentimiento informado (como instrumento jurídico) representan un ejercicio para las pacientes directamente relacionado con su ciudadanía, en tanto persona y en tanto cuerpo al implicar su autonomía; es a través de éstos que se reconoce la capacidad de la persona para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, y es una premisa indispensable acceder a la información acerca de sus problemas de salud. A los derechos a la información y al consentimiento informado se les considera como un derecho humano y legal<sup>2</sup>. Acerca del último se considera la forma en que

<sup>1</sup> 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”. Debemos tener presente que el SD (i.e. 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”. Tomado de la *Enciclopedia Jurídica Mexicana* (Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2002: 590) y de Hans Kelsen (1982).

<sup>2</sup> Entre los antecedentes más remotos del consentimiento informado se puede mencionar la *Ética Médica* de Thomas Percival (1803), que señalaba: “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), en la Decla-

“el paciente está haciendo uso de su libertad, de su derecho a disponer sobre sí se somete o no a una intervención curativa; a su derecho, en suma, a decidir sobre su mejora de su salud (aspecto positivo, frente al negativo de decidir sobre la lesión del bien jurídico)... es uno de los derechos fundamentales del paciente, basado en el principio de autonomía terapéutica, que debe observarse en toda atención médica y durante todo el tiempo que ésta dure” (Carrillo, 2002: 108-109).

Tanto el derecho a la información como el de consentimiento informado, como se señala, aluden a un concepto más amplio de libertad individual para decidir acerca de las medidas terapéuticas que afectan el cuerpo y la vida, y que se relaciona con el reconocimiento de la autonomía de las personas para tomar esas decisiones y contribuir a la libertad de elección. El derecho de consentir implica el conocimiento de los posibles resultados de las opciones que es posible tomar, cualquiera que éstas sean, seguir el procedimiento médico o no hacer nada; como señala Cook, “es el derecho a tomar decisiones con conocimiento de causa sobre el propio futuro” (1994: 31).

El respeto a la autonomía en la práctica médica implica escuchar a la persona, brindarle información y contar con su consentimiento informado voluntario y el registro del proceso de atención (García *et al.*, 2004). A pesar de los alcances y las limitaciones que el concepto de autonomía presenta al tratar de identificarlo y traducirlo a la práctica en la atención médica (Kukla, 2005; Núñez, 2006; O’Neill, 2003), se entiende que representa un concepto paraguas que cobija otros como el principio de justicia, de libertad para decidir, el derecho a la información y el del consentimiento informado (en sus distintas variantes, como el consentimiento educado); lo que interesa enfatizar aquí es cómo dichos conceptos, en su relación con la ciudadanía, implican los niveles individuales y colectivos.

En la normatividad en nuestro país se incluyó en la Ley General de Salud desde 1984 y posteriormente se ha ido reglamentando en distintos documentos<sup>3</sup>, como la Carta de los Derechos de los Pacientes (Secretaría de Salud, 2002); en ésta, tres derechos están íntimamente interrelacionados:

ración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948) y en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964).

<sup>3</sup> En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en 1984, se señalan elementos que constituyen el consentimiento y la información en los artículos 29, 30, 76, 80, 81, 82 y 83.



1) recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, 2) decidir libremente sobre su atención y 3) otorgar o no su consentimiento válidamente informado.<sup>4</sup>

El derecho a la información en la atención a la salud en general es una obligación legal y ética de los prestadores de salud; pero en problemas graves, como el cáncer, donde las decisiones que se tomen pueden tener consecuencias igualmente importantes, la información que se maneje puede representar una diferencia en las vidas de las personas. En estudios sobre el tema se sostiene que privar a las pacientes de información acerca del desarrollo de la enfermedad interfiere con su derecho a la apropiación de sus procesos de recuperación y búsqueda de bienestar (Castro, 2008). Pérez y Carmona (2005) señalan que brindar anticipadamente datos acerca de sus procesos en la atención al cáncer puede causar que las pacientes reciban información imprecisa, ambivalente o falsa, lo que evita un mejor seguimiento; estas mismas autoras afirman que no brindar la información oportunamente constituye una violación de los derechos de las pacientes.

El campo médico, particularmente la consulta médica, representa un espacio de reproducción de las estructuras sociales, de la profesión médica jerárquica y de las pautas socioculturales de la subordinación de las mujeres, en el que se conjugan distintos determinantes en diversos niveles y posiciones de poder, que aun en permanente recomposición aportan al mantenimiento de las estructuras.

El binomio ciudadanía-derechos representa una relación dialéctica e indisoluble. Partiendo de la distinción de las formas en que las mujeres acceden y hacen uso del derecho a la salud, y de sus condicionantes socioculturales y políticas, como el acceso a los servicios, las características universales de los derechos que sustentan la categoría de ciudadanía se diferenciarán en la cotidianidad de sus experiencias. Y es en ésta que es posible rastrear el condicionamiento del campo médico sobre los agentes participantes —siendo las pacientes una parte central en la atención médica— y donde se realiza el encuentro de los habitus, el de las mujeres y el de sus médicos. En el espacio de la consulta se objetivan las expresiones de las estructuras sociales y los mecanismos de subordinación que

<sup>4</sup> Cada uno de los derechos contenidos en esta Carta tiene su sustento jurídico en distintas 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, artículos 29 y 30. También se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-168SSA1-1998 del Expediente Clínico, Numeral 5.5.

obstaculizan la apropiación y el ejercicio de derechos. Hay que remarcar que el habitus produce prácticas tanto individuales como colectivas,

produce pues, historia... asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, depositadas en cada organismo bajo la forma de principios (*schemes*) de percepción, pensamiento y acción, tienden, con mayor seguridad que todas las reglas formales y normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo (Bourdieu, 1991: 94).

Al hablar de ciudadanía, hay que reconocer entre sus dimensiones el vínculo entre ésta y las relaciones y expresiones de poder, por lo que los derechos ciudadanos no son fijos, sino un objeto de lucha que debe ser defendido, reinterpretado y extendido (Castro, 2008). Para Meer y Sever (2004: 6), la ciudadanía también es “una condición —o una identidad— y una práctica o proceso de relacionarse con el mundo social mediante el ejercicio de derechos/protecciones y el cumplimiento de obligaciones”. En este sentido, las mujeres se posicionan con elementos particulares en el campo de la atención médica, que las caracteriza en una triple subordinación (Castro, 2008). En ésta se identifican las desventajas en los servicios de salud por: 1) su condición de género, que hace a las mujeres sujetos de discriminación; 2) su calidad de paciente, con la cual se enfrentan a una cultura jerárquica de los prestadores de servicios de salud, que no favorece la apropiación y el ejercicio de derechos, la toma de decisiones de manera informada, el acceso oportuno a los servicios especializados ni un adecuado seguimiento de casos, y 3) por su condición de mujeres pobres, que ya ha impreso serias limitantes a su capacidad para la gestión y la exigencia de derechos en la atención dentro de las instituciones de salud. Meer y Sever (2004: 16-21), desde un enfoque de género, señalan que el concepto de ciudadanía conforme a la definición universal invisibiliza las desigualdades y deteriora la ciudadanía de las mujeres en tanto no están ancladas en un contexto local; es decir, los procesos históricos en contextos diferentes dan lugar a formas distintas de ciudadanía.

Al deconstruir los mecanismos de la subordinación, es posible entender por qué, a pesar de la normatividad, los programas de acciones y el discurso en pro de la equidad y el respeto a los derechos, la política de salud no se refleja en acciones en un acceso oportuno a los servicios y en la interacción médico-paciente, que reconozca o fomente la apropiación y el ejercicio de derechos. Un hilo conductor en esta deconstrucción es

la identificación de las pautas de subordinación de las mujeres usuarias de los servicios de salud frente al profesional médico, y cómo el derecho a la información aparece limitado por la distancia entre los habitus de las mujeres frente al lenguaje médico especializado; es en el mercado lingüístico donde se concreta el valor de la voz, según el posicionamiento social, y se expresan las relaciones lingüísticas de fuerza, según se aprecia en las narrativas de las mujeres participantes en los GF, que se analizan más adelante.

### METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LAS INFORMANTES

Los datos empíricos del proyecto en el que se basa este texto se recogieron de 14 GF. Los criterios de inclusión de las participantes fueron tener entre 25 y 55 años y haberse realizado la prueba del Papanicolaou<sup>5</sup> y la exploración mamaria cuando menos una vez en los tres últimos años; los GF se organizaron con mujeres que pertenecieran a un grupo organizado y otros con mujeres sin experiencia de participación.<sup>6</sup> En total participaron 107 mujeres, de las cuales alrededor de 40% contaba con servicio médico de la seguridad social y el resto acudía a los servicios dirigidos a población abierta de la Secretaría de Salud. Un rasgo común entre éstas es su falta de recursos. Casi 43% de ellas tenían algún trabajo remunerado, formal o informal. El 50% contaba con primaria o secundaria completas (22% primaria y 28% secundaria) y sólo 8 del total de mujeres no habían ido a la escuela.

La estrategia de contacto fue básicamente la de *bola de nieve*, ya que a partir de un lugar de reunión, para el caso de las mujeres organizadas, se hizo la invitación a algunas de ellas, a quienes se les explicaron los criterios de inclusión, y éstas a su vez invitaron a otras; en otras ocasiones alguna de ellas, en colaboración con las coordinadoras de campo, hacían la invitación, sobre todo para el caso de las mujeres no organizadas. Los GF se organizaron por rango de edad, de 25 a 35 años y de 36 a 45. Se debe hacer la aclaración que, casi en su totalidad, las mujeres fueron

<sup>5</sup> Prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino.

<sup>6</sup> La organización diferenciada de los GF obedece al objetivo general del proyecto en el que se basa este trabajo: identificar las diferencias en las experiencias y las percepciones de mujeres organizadas y no organizadas respecto a su construcción de ciudadanía, particularmente en su ejercicio del derecho a la información en los servicios de salud, pero para este trabajo no se hace tal distinción.

atendidas por médicos varones, según refieren en sus narrativas. Esto es importante señalarlo aquí y tenerlo en cuenta para su análisis al referirnos a los *habitus* y mercado lingüístico.

La participación en los GF fue voluntaria y confidencial y se pidió autorización para grabar el audio de las reuniones, que fue transcrito literalmente. Para la sistematización y el análisis de la información se utilizó el software NVivo, programa de análisis cualitativo.

El grupo focal como estrategia metodológica pretende construir un diálogo y una discusión en el grupo de participantes, de tal forma que permite reconocer códigos socioculturales comunes e imaginarios sobre el asunto en discusión; aunque dirigida, ésta mantiene la flexibilidad para el descubrimiento (Krueger, 1994). Como técnica cualitativa, los GF permiten conocer la perspectiva de los actores, lograr información de la subjetividad de las personas, de sus experiencias y percepciones, expresadas en el contexto del grupo.

Para el análisis, las narrativas se codificaron en categorías y conceptos con base en una permanente lectura de las mismas; se recorrieron todas las transcripciones, identificando frases sustanciales, que se repetían regularmente, y aquellas que aparecían de manera irregular, pero que fueron incluidas por su peso ilustrativo y significativo y aportaron a las explicaciones, de tal forma que acercan a lo que los actores sienten o hacen.

Se muestran los testimonios respetando el orden y la expresión de las participantes, pero el énfasis analítico está en el grupo como unidad de análisis, de tal forma que se reconocen los temas (nodos) principales que emergieron en la discusión. Se incluyeron testimonios relativos al manejo de la información en la consulta médica, elegidos con base en lo ilustrativo de la expresión.

El abordaje teórico y metodológico abreva del enfoque de la teoría fundamentada, que permite construir conceptos y categorías de forma sistemática, con el objetivo de que la construcción teórica se ancle a la información empírica, y relaciona las categorías con su marco contextual al explicar sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 2002). Por ello, a medida que se hizo el análisis en fino de cada GF, las categorías se enriquecieron en un proceso permanente de análisis relacional y arrojaron luz sobre las expresiones de los *habitus* en práctica, en relación con el ejercicio del derecho a la información en la atención médica.

DECONSTRUIR PARA CONSTRUIR:  
EXPLICACIONES DESDE UNA MIRADA BOURDIANA

Retomando los conceptos de habitus y mercado lingüístico, ¿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 para que se apropien y ejerzan el derecho a la información?

La profesión médica goza de una legitimidad social que presenta a sus profesionales colocados de manera “natural” en lo alto de la jerarquía social. La distancia social que existe entre el médico y la paciente se basa en esta legitimidad, que se expresa en percepciones y prácticas que fortalecen los mecanismos de reproducción de la subordinación; Bourdieu se refiere a éstas como las estrategias institucionalizadas de distinción “mediante las cuales los ‘grupos de status’ tienden a hacer permanentes y cuasi-naturales, legítimas por tanto, las diferencias de hecho, redoblando simbólicamente el efecto de distinción asociado al hecho de ocupar una posición excepcional en la estructura social, constituyen la conciencia de sí de clase dominante” (1991: 233).

La legitimidad del campo médico se asegura desde la formación temprana de los recursos profesionales por medio del currículo, incorporando, a través de la institucionalización de la lógica de las prácticas propias, los esquemas necesarios que asegurarán la reproducción de dicho campo como exclusivo, al reforzar los habitus de sus participantes; éstos se expresan por medio de prácticas y percepciones individuales, aludiendo a su contenido estructural macro y meso social. La institucionalización “va a la par con su incorporación, que es la vía más segura hacia la naturalización: las disposiciones distintivas presentan los visos de una naturaleza naturalmente distinguida...” (*Ibid.*). Por otra parte, habría que preguntarse cómo se va formando a los pacientes. En el presente caso, se ha identificado que las pacientes comparten el campo médico al ser su objeto de atención y como usuarias de sus servicios; acuden a buscar ayuda de un profesional de la salud, a solicitar la atención para un problema médico, pero resuelta esta demanda, las pacientes dejan de participar activamente en el mismo, no sin antes haber aprendido y/o reforzado, así como ejercido, una serie de reglas del campo, las cuales las posicionan en un lugar con desventajas. La presente investigación ha profundizado particularmente en la relación médico-paciente y ha identificado varios

de los mecanismos de reproducción de la dominación-subordinación; uno de éstos es el manejo de la información.

Uno de los productos del campo, al imponerse y retroalimentarse de sus participantes (jugadores), lo constituye el habitus lingüístico, los especializados, producto de esa formación, y los legos, que se basan fundamentalmente en las condiciones socioculturales a las que han sido expuestos los individuos, y que se vive de manera “natural”. En esta naturalización, las mujeres usuarias de los servicios de salud aceptan la diferencia, pero rechazan no recibir de manera oportuna y accesible la información sobre sus problemas y rutinas de atención médica. Con el fin de ilustrar, el siguiente es un testimonio de una de las participantes en un GF:

Yo no he tenido una 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...<sup>7</sup> 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).

Lo que se trasluce en este testimonio es la forma en que opera un mecanismo de la subordinación, al reconocerse en una posición en desventaja frente al lenguaje técnico de su interlocutor, que lo posiciona en una mayor jerarquía; el hecho de no recibir o no entender la información que se le da no representa una mala experiencia, lo cual podría interpretarse como una expresión del habitus de la paciente; se observa también, como lo señala Bourdieu, cómo opera la autocensura, desde la forma verbal usada, al entrar un mecanismo de desconfianza en la reacción del prestador médico, al expresarse con una forma discursiva que pudiera tomarse como una queja:

Tratándose de producción simbólica, la coerción que el mercado ejerce por medio de la previsión de las *posibilidades de beneficio*<sup>8</sup> 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 (Bourdieu, 2008: 63-64).

<sup>7</sup> Los puntos suspensivos (...) representan ya sea un silencio (o palabra cortada por la propia participante), o que, por cuestiones de claridad, se ha omitido una frase repetitiva o muletilla, sin afectar la idea o el argumento central de la expresión.

<sup>8</sup> Cursivas de la autora.

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 ni 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, según plantea Bourdieu. Y en estos encuentros 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 la rutina de la toma del Papanicolaou, la jerarquía además se refleja en las prácticas de la atención, como algunas decisiones que los médicos toman sobre los cuerpos de las mujeres, que aparecen naturalizadas, como lo muestra el siguiente testimonio:

—Yo creo que los doctores asumen 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 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.:<sup>9</sup> —¿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 cuánto...<sup>10</sup> pero sí cierto, no te explican, o sea, no te dicen, “oye, se puede hacer otra cosa”, o algo así (GF 6).

<sup>9</sup> Ent. = Entrevistadora.

<sup>10</sup> Se está hablando de la exploración ginecológica mediante el colposcopio: examinar el canal cervical con una minicámara de video y ver la imagen de la mucosa en una pantalla que el médico va revisando. En ocasiones, según la posición de la pantalla, permite observar también a la paciente.

Pero en el fondo, a pesar del interés por saber más, o de recibir una 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 respecto a que las reglas es más “conveniente” respetarlas, 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 rehuye 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; sobre esto, el siguiente testimonio:

—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.

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



Ent.: —¿No saben si tienen el derecho [al servicio médico]?

—Bueno, no 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?

[...]

—Sí, ese día cuando exigimos allá, ¿se acuerdan? ¿Qué cosa dijo el doctor? Que no tenías derecho a exigir nada (GF 8).

O como se señala en otro GF:

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...

Ent.: —¿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).

En varios GF se escucharon explicaciones de por qué las pacientes no son mejor atendidas, que son reducidas a expresiones como “si nos portáramos mal” o “por miedo de que me vaya a decir algo”, sin señalar que ellas tienen el derecho o que los médicos incurren en falta al no cumplir con su obligación de ofrecer la información oportuna y accesible.

La información que los prestadores médicos están obligados legal y éticamente a ofrecer a sus pacientes opera en el mercado lingüístico; dentro de éste se distingue el micromercado profesional del lenguaje técnico y legitimado socialmente 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” (Bourdieu, 1990: 146). Las mujeres en general reconocieron las diferen-

cias en el valor social de su voz en relación con su posicionamiento por 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).

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).

El mecanismo de reproducción de la subordinación opera sutilmente a veces, pero en otras no queda lugar a dudas de la fuerza de la imposición de la voz del agente de mayor jerarquía. Aquí opera además el micromercado del género, donde la voz de hombres y mujeres está claramente diferenciada (Ureta, 2003). En el siguiente testimonio se aprecia:

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*,<sup>11</sup> 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).

Para que funcione el campo médico, se asumen las distintas posiciones que sus participantes están dispuestos a ocupar, respetando las reglas del juego; en particular, en el espacio de la consulta médica, por un lado están los médicos y por el otro las mujeres, que acuden y juegan en ese campo buscando la atención, aceptando, negociando, adaptando y a veces resistiendo las reglas de la institución, sin que necesariamente actúen de manera consciente y racional; lo que está presente de cualquier forma es buscar satisfacer una necesidad, se perciba o no, la pertenencia. El siguiente testimonio puede ilustrar:

<sup>11</sup> Cursivas de la autora.

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.

—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 ellos*,<sup>12</sup> que nos las ocultan como dicen, en los contratos, nunca se lee la letra chiquitita.

—Y ésa 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).

Como puede apreciarse, se expresan 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 pacientes son el objeto de atención y un eslabón constitutivo del servicio de salud. En el proceso, a fuerza de la práctica reiterada, se terminan legitimando prácticas explícitamente condenadas o consideradas formalmente reprobatorias; sobre esto, y en palabras de Bourdieu, “(se realiza) la operación fundamental de la alquimia social, transformar unas relaciones arbitrarias en relaciones legítimas, una diferencia de hecho en distinciones oficialmente reconocidas” (Bourdieu, 1991: 211). Enseguida se ilustra 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).

<sup>12</sup> Cursivas de la autora.

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

Dicha violencia simbólica se ve fortalecida como parte del condicionamiento del campo médico y se fortalece también el mensaje, a través de una práctica reiterada, de que el saber especializado y el consecuente lenguaje técnico, aun reconocido como expresión de la autoridad legitimada de los médicos, es exclusivo, y eso debe ser aceptado por sus contrapartes dominadas, las pacientes. Éstas, al reconocer que no tienen la capacidad de expresar “correctamente” sus dudas, ya que no manejan dichas expresiones técnicas, reducen sus posibilidades de plantearlas o de ir más allá, al intentar cuestionar la práctica, de parte de los médicos, de no ofrecer información. El habitus lingüístico de ambos agentes, médicos y pacientes, como lo señala Bourdieu, no sólo es una capacidad lingüística, como simple capacidad técnica, sino también estatutaria (Bourdieu y Wacquant, 1995).

El habitus y el mercado lingüístico son parte de la red de mecanismos que sostienen la dominación en el campo médico, entendida ésta como “el efecto indirecto de un conjunto complejo de acciones que se engendran en la red de coacciones (*contraintes*) cruzadas a las que cada uno de los dominantes, dominado de este modo por la estructura del campo a través del cual se ejerce la dominación, está sometido por parte de todos los demás” (2002, 51). Una de las expresiones de la dominación es la violencia simbólica, que representa una de sus formas más acabadas. Ésta es definida 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, 1991, 214).

En muchos de los testimonios se reconocen dichas prácticas (no entender, no preguntar, sentirse insatisfechas con la atención, quedarse con dudas); aunque no siempre aceptadas, participan de éstas de cualquier forma. La violencia simbólica opera, según señala el autor, ya que con base en estas prácticas los dominados contribuyen a su propia dominación al desconocerla como tal, al aceptar “este conjunto de premisas fundamentales, prerreflexivas, que (como) agentes sociales confirman al considerar el mundo como autoevidente, es decir, tal como es y encontrarlo natural” (Bourdieu y Wacquant, 1995, 120). 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).

Aceptar resignadamente las reglas del espacio al que acuden, aunque opere cierta previsión de las posibilidades de beneficio al respetarlas, mantiene en el fondo 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 representa dicho campo médico. 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 (2002: 119).

La política de salud, tanto normativa como discursivamente (Castro, 2004), ha impulsado e implementado una serie de 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 y 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 distintas normatividades en la atención de la salud, se hace complejo en su traducción cotidiana; a pesar de que las mujeres entrevistadas reconocen la falta en los servicios, no emprenden acciones encaminadas a la apropiación del derecho, por medio de la solicitud explícita, la exigencia o la demanda; la percepción de la distancia entre ellas y los médicos se fortalece a través de las prácticas, entre otras, de no recibir oportunamente y de manera accesible información sobre sus problemas de salud, de la falta de prácticas cálidas o de la expresión del alto estatus profesional del médico. Enseguida, dos testimonios ilustrativos:

Lejos de lo fría, es muy, muy limitada, a lo que estás preguntando [la respuesta a sus dudas]. Por ejemplo... un año que yo fui [me pregunta] “¿y tu periodo menstrual, cuánto dura?”, “tanto”, le respondo, eso te lo pregunta la doctora, pero son las preguntas establecidas en el formato, “¡ah!”, le digo, “aprovechando que me pregunta eso”, le digo, “tengo ya dos, tres meses que no es un flujo menstrual, ¿es normal?”, pero ella no me dijo... 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).

Depende del doctor que te toque, pues si... si está de mal humor pues *ya no te deja preguntar*,<sup>13</sup> 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).

Al analizar las narrativas, se identifican los hábitos de las mujeres que se posicionan en el campo como subordinadas, a pesar de los discursos racionales que expresan. En varios GF quedó claro que nadie emprendió alguna acción para confrontar esta deficiencia en la atención; en estos

<sup>13</sup> Cursivas de la autora.

dos testimonios en particular se le asigna al médico el poder de decisión sobre lo que se puede y no preguntar. Siguiendo esta tónica, en otro GF se observa el siguiente intercambio:

Ent: —¿Y ustedes consideran que, como usuarias de un servicio de salud, podemos exigir que se nos atienda?

—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 qué necesitaríamos nosotras, como mujeres, hacer para exigir ese derecho?

—Hablar. Todo el tiempo nos quedamos calladas (GF 13).

Esto se explica en términos más amplios, pues los habitus de las mujeres, que en este caso y de manera confirmada son mujeres de escasos recursos y baja escolaridad, se constituyen bajo condiciones que no les enseñan a asumir una posición de poder frente a los médicos y la institución, a pesar de reconocerlo. Los habitus, 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” (1991: 101). Se observa lo que Bourdieu refiere como la lógica lógica y la lógica práctica, donde la primera es la lógica de la norma, del deber ser. Para el caso de las pacientes, ellas tienen nociones, ideas, de que tienen el derecho (“podemos exigir”), aunque en la práctica (“todo el tiempo nos quedamos calladas”) no se objetiva su información. 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” (2002, 147). Enseñada, dos testimonios en este sentido:

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 ésa, pero no lo concebimos así, como sociedad creemos que como “no nos cuesta”, nos pueden maltratar, nos pueden marginar, no debe de ser, pero aun yo siendo consciente, *lo solapamos* (GF 4).

Ent: —Cuando ustedes tienen una duda y le preguntan al doctor, ¿le entienden a lo que responde?

—Pues sí...pero como dice, casi te hablan en chino, que te dejan en duda, y de volverle a preguntar y que se enoje, pues ahí nos quedamos.

—Y ha 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).

Bourdieu explica cómo dichas lógicas, a pesar de su contraposición, son sostenidas:

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, por medio de esta expresión recuerdan a sus pacientes quién tiene el poder de la autoridad:

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).

Tú vas con un diagnóstico, de cáncer por ejemplo, que es mi caso y llegas y te toca un doctor frío... al menos en mi caso, “¿sabes qué?, no puedo hacer nada por ti”, me dijo, “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).



Estos testimonios permiten reconocer los contenidos particulares 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: 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; 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, lo que prefieren evitar. En este sentido, es posible responder a preguntas como las planteadas al inicio de esta apartado.

La descripción de estas prácticas cotidianas identifica la distancia que media entre médicos y mujeres; son formas de obstaculizar la apropiación y el ejercicio del derecho a la información de estas mujeres. La información, en términos de saber médico, se define como uno de los capitales centrales de la profesión, aunque esté dirigido a la explicación a los sujetos de tal atención, las mujeres pacientes. Bourdieu lo categoriza como el capital lingüístico, que indica quién está autorizado para hablar, independientemente de lo que se dice; de esta manera se van concretando las relaciones de dominación lingüística, en palabras del autor:

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 de ninguna manera a la dominación estrictamente económica, ni en la manera en que se ejercen, ni en las ganancias que se procuran (Bourdieu, 1990: 150).

#### A MANERA DE CONCLUSIÓN

En términos discursivos, la normatividad sostiene una lógica coherente en muchos de sus planteamientos; sin embargo, en las dinámicas fácticas son las reglas del campo médico 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 contrario, al de participar en el impulso, el fomento y el 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 condeñarse así bien extraerle incoherencias, bien a imponerle una coherencia forzada” (1991: 145).

Con la serie de prácticas descritas en las narrativas de los GF, las mujeres no se reconocen a sí mismas como ciudadanas en el ejercicio de un derecho, como el de la información; tampoco como sujetos con capacidad de ejercer o exigir derechos en la atención, aunque discursivamente lo expresen; también se ha identificado cómo en el campo médico no se fomentan, impulsan ni construyen lógicas que partan de estas premisas, al formar a sus profesionales. La manera en que operan el habitus y el mercado lingüístico es una expresión de la dominación en el campo médico, es parte del monopolio de la autoridad en la atención médica, y el habitus lingüístico de los dominantes se queda con el juego.

Esto abona a la respuesta de la pregunta inicial: cómo la distancia entre médicos y mujeres influye en prácticas y 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 de expresar dudas. En estos términos se considera que, en las prácticas de atención, se invisibiliza el derecho a la información.

La teoría de las prácticas, según se ha mostrado en este texto, permite deconstruir sociológicamente estas dinámicas hegemónicas en la atención de la salud; hace posible *nombrar* esos problemas y comprender cómo las estructuras se componen de estos campos; se puede vincular cómo los habitus de las mujeres y de los médicos y prestadores de salud aportan y al mismo tiempo están constreñidos por los campos en que se desarrollan, y cómo éstos aportan a las estructuras.

## BIBLIOGRAFÍA

- BOBES, Velia Cecilia. 2000. “Ciudadanía”. En *Léxico de la política*, coordinado por Laura Baca Olamendi, J. Bockser-Liwerant, F. Castañeda, I.H. Cisneros y G. Pérez Fernández del Castillo. México: Flacso/SEP/Conacyt/Heinrich Böll Stiftung/FCE.

- BÓRQUEZ, G., G. Raineri, N. Horwitz y G. Huepe. 2007. "La noción de capacidad de la persona para tomar decisiones en la práctica médica y legal". *Revista Médica de Chile* 135: 1153-1159.
- BOURDIEU, Pierre. 1990. *Sociología y cultura*. México: Grijalbo/Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- . 1991. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- . 2002. *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- . 2003. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- . 2008. *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal.
- y Loic J.D. Wacquant. 1995. *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- , J.C. Chamboredon y J.C. Passeron. 2004. *El oficio de sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- CARRILLO FABELA, Luz María. 2002. *La responsabilidad profesional del médico*. México: Porrúa.
- CASTRO VÁSQUEZ, María del Carmen. 2004. "La cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica". *Región y Sociedad* XVI: 43-86.
- . 2008. *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. México: El Colegio de Sonora.
- 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. México: El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía.
- COOK, Rebeca. 1994. *La salud de la mujer y los derechos humanos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- ESCALANTE GONZALBO, Fernando. 2002. *Ciudadanos imaginarios*. México: El Colegio de México.

- GARCÍA ORTEGA, C., V. Cózar Murillo y J. Almenara Barrios. 2004. "La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002". *Revista Española de Salud Pública* 78: 469-479.
- KRUEGER, Richard. 1994. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- KUKLA, Rebecca. 2005. "Conscientious autonomy: displacing decisions in health care". *Hastings Center Report* 35: 34-44.
- MCNAY, Lois. 1999. "Gender, habitus and the field: Pierre Bourdieu and the limits of reflexivity". *Theory Culture Society* 16: 95-117.
- MEER, Shamim y Charlie Sever. 2004. *Género y ciudadanía. Informe general* [en línea]. Disponible en: <<http://www.ids.ac.uk/bridge/reports/Spanish-OR-citizenshipw2.doc>> [Consulta: 15 de junio de 2009].
- MOCTEZUMA BARRAGÁN, Gonzalo. 2001. *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*. México: Cámara de Diputados/Universidad Nacional Autónoma de México.
- MOUFFE, Chantal. 2001. "Feminismo, ciudadanía y política democrática radical". En *Ciudadanía y feminismo*, compilado por Martha Lamas. México: IFE/Unifem.
- NÚÑEZ DE VILLAVICENCIO, Fernando. 2006. "Consentimiento educado vs. consentimiento informado". *Revista Cubana de Salud Pública* 32 [en línea]. Disponible en <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000400011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400011&lng=es&nrm=iso)> [Consulta: 9 de marzo de 2010].
- O'NEILL, O. 2003. "Some limits of informed consent". *Journal of Medical Ethics* 29: 4-7.
- ONWUEGBUZIE, A.; W. Dickinson; N. Leech; y A. Zoran. 2009. "A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research" [en línea]. *International Journal of Qualitative Methods* 8. Disponible en: <<http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4554/5593>> [Consulta: 26 de febrero de 2010].
- 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* 15: 85-95.

- RAWLS, John. 1978. *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- . 2002. *La justicia como equidad. Una reformulación*. Barcelona: Paidós.
- SALLES, Vania. 2001. “El debate micro-macro: dilemas y contextos”. *Perfiles Latinoamericanos* 18: 115-152.
- Secretaría de Salud. 2002. “Carta de los derechos generales de los pacientes”. *Revista de Enfermería IMSS* 10: 103-105.
- . 2001. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: SSA.
- STRAUSS, Anselm y Juliet Corbin. 2002. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- TENA TAMAYO, C., E. Ruelas, J. Sánchez, A. Rivera, G. Moctezuma, G. Manuell Lee, A. Ramírez, S. Casares, L. Hernández y A. Migoya. 2002. “Derechos de los pacientes en México”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 40: 523-529.
- URETA CALDERÓN, Clara Angélica. 2003. “El mercado lingüístico como campo de definición de poderes en la sociedad” [en línea]. *Graffylia, Revista de la Facultad de Filosofía y Letras* 1: 99-104. Disponible en: <<http://www.filosofia.buap.mx/Graffylia/1/99.pdf>> [Consulta: 26 de agosto de 2009].
- WIENER, Antje. 1997. “La ciudadanía como estrategia política”. *La Ventana* 5: 14-22.
- WILSON, Karen. 2004. “Relating categories in Grounded Theory analysis: using Conditional Relationship Guide and Reflective Coding Matrix” [en línea]. *The Qualitative Report* 9: 113-126. Disponible en: <<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR9-1/wilsonscott.pdf>> [Consulta: 26 de febrero de 2010].

Recibido: 10 de marzo de 2010

Aceptado: 31 de enero de 2011