

Formación médica, diferencias y desigualdades en la atención materna: una mirada crítica a la gineco-obstetricia

Manuela Gutiérrez* • Liz Hamui Sutton**

RESUMEN

Este artículo examina cómo la formación médica en ginecología y obstetricia incide en la producción y reproducción de desigualdades en la atención materna dentro de dos hospitales públicos de la Ciudad de México. Desde una perspectiva crítica de la salud colectiva y a partir de un trabajo etnográfico que combina observación participante y entrevistas a profesionales en distintas etapas de su trayectoria, se analizan los aprendizajes explícitos e implícitos que configuran el habitus médico gineco-obstétrico. Los hallazgos expresan que la enseñanza médica está atravesada por jerarquías, sanciones simbólicas y materiales, así como por lógicas institucionales orientadas a la eficiencia, las cuales tienden a invisibilizar los derechos reproductivos y a naturalizar ciertas formas de violencia obstétrica. Se argumenta que, aunque los discursos institucionales promueven la humanización del parto y la atención con perspectiva de género, las prácticas cotidianas suelen reproducir desigualdades de género y clase. Este análisis evidencia la necesidad de replantear los procesos formativos y las políticas hospitalarias para garantizar una atención materna equitativa y culturalmente pertinente.

PALABRAS CLAVE: educación médica, gineco-obstetricia, desigualdades de género.

Medical education, differences, and inequalities in maternal care: a critical perspective on gynecology and obstetrics

ABSTRACT

This article examines how medical training in gynecology and obstetrics shapes the production and reproduction of inequalities in maternal care within two public hospitals in Mexico City. From a critical collective health perspective and based on ethnographic work combining participant observation and interviews with professionals at different stages of their careers, the study analyzes both explicit and

* Docencia e investigación. Correo electrónico: mg.manuela.gutierrez@gmail.com

** Profesora en Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: lizhamui@hotmail.com

Fecha de recepción: 19 de septiembre de 2025

Fecha de aceptación: 17 de marzo de 2026

implicit learning processes that configure the gyneco-obstetric medical habitus. The findings show that medical education is permeated by vertical hierarchies, symbolic and material sanctions, as well as institutional logics oriented toward efficiency, which tend to render reproductive rights invisible and to naturalize certain forms of obstetric violence. It is argued that, although institutional discourses promote the humanization of childbirth and gender-sensitive care, everyday practices often reproduce inequalities of gender and class. This analysis highlights the need to rethink training processes and hospital policies to ensure equitable and culturally relevant maternal care.

KEYWORDS: medical education, obstetrics and gynecology, gender inequalities.

Introducción

La salud materna constituye un campo privilegiado para analizar desigualdades sociales y de género, ya que en ella se cruzan dimensiones estructurales —como el acceso desigual a servicios, recursos y derechos— junto a dinámicas interpersonales en los espacios de atención. La literatura reciente muestra que las desigualdades en salud no solo se vinculan a factores económicos, sino a diferencias de género y étnicas, que impactan la calidad y el acceso a la atención médica (Almeida-Filho, 2020; Martínez y López, 2020). En muchos casos, los propios médicos sostienen que las mujeres no realizan de manera adecuada su control prenatal, atribuyéndoles la responsabilidad del desenlace de los embarazos, lo que invisibiliza los determinantes sociales y las barreras institucionales que condicionan sus trayectorias de cuidado.

El objetivo general de este artículo consiste en reflexionar de qué manera la formación médica en ginecología y obstetricia contribuye a la producción y reproducción de desigualdades en la atención materna en hospitales públicos de la Ciudad de México, a partir de los aprendizajes explícitos

e implícitos que configuran el habitus médico gineco-obstétrico.

En este marco, la formación médica en ginecología y obstetricia adquiere una relevancia central para comprender de qué manera se configuran las prácticas de atención. La diferencia entre una médica formada, como doula y otra sin esta formación ilustra la influencia que tienen las experiencias educativas y de socialización profesional en las formas de interacción con las pacientes: mientras la primera tiende a promover un acompañamiento más empático y centrado en la mujer, la segunda suele reproducir patrones autoritarios instituidos en la enseñanza hospitalaria. Estos patrones no son anecdóticos, sino que reflejan habitus médicos que la institución médica produce y legitima, con efectos directos en los modos de atención.

La literatura especializada ha documentado estas tensiones. Estudios sobre la formación médica expresan que, aunque el número de mujeres en medicina ha aumentado, persisten desigualdades en oportunidades profesionales y reconocimiento, lo

que afecta sus trayectorias de aprendizaje y desarrollo (Díaz y García, 2023). A su vez, estudios sobre *habitus* médico en la medicina muestran cómo la jerarquía y la disciplina modelan disposiciones que se reflejan en la práctica clínica cotidiana. En América Latina, la investigación sobre violencia obstétrica ha visibilizado cómo estas disposiciones pueden traducirse en maltrato, deshumanización y control sobre los cuerpos de las mujeres. A su vez, los análisis sobre la formación médica en México y la región destacan la persistencia de currículos biomédicos centrados en la patología y el control, más que en una perspectiva integral de salud materna con enfoque de derechos.

La atención materna y la formación médica en ginecología y obstetricia son procesos que se encuentran atravesados por dimensiones históricas, sociales, culturales y políticas que exceden el campo estrictamente biomédico. Desde la perspectiva de la salud colectiva, se entiende que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado se encuentran condicionados por los determinantes sociales de la salud —como el género, la clase social, el origen étnico y la condición migratoria—, y por las relaciones de poder que operan tanto en el ámbito institucional como en las interacciones clínicas (cfr. Breilh, 2013; Laurell, 1982).

En este contexto, la formación médica no es sólo un proceso de adquisición de competencias técnicas, sino un espacio de socialización profesional (Delvaux, 2013) en el cual se transmiten saberes, valores, jerarquías y normas implícitas que configuran un *habitus* (Bourdieu, 2007). Este *habitus* se produce y reproduce en ámbitos institucionales que asignan posiciones de prestigio, subordinación o exclusión, y que pueden reforzar desigualdades preexistentes en la sociedad.

La antropología médica crítica (cfr. Farmer, 2005; Kleinman, 1995) proporciona herramientas para comprender de qué manera las prácticas clínicas así como las políticas de salud operan en estructuras sociales más amplias, y cómo las nociones de “buena práctica” o “atención humanizada” pueden convivir con dinámicas de violencia estructural (Galtung, 1969). En el caso de la atención obstétrica, estas violencias se manifiestan en la forma de violencia obstétrica, definida como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, con un trato deshumanizado, abuso de medicalización y pérdida de autonomía en la toma de decisiones (Castro y Erviti, 2015). El estudio de las diferencias y desigualdades en la formación gineco-obstétrica requiere incorporar la perspectiva de género como categoría analítica transversal (Scott, 1986) para visibilizar cómo la organización del trabajo médico, la autoridad profesional y la distribución de responsabilidades clínicas reproducen patrones de dominación patriarcal.

A su vez, la interseccionalidad (Crenshaw, 1989) permite analizar cómo el género se entrelaza con otros ejes de desigualdad, como la clase, generando experiencias diferenciadas de atención para las mujeres usuarias de hospitales públicos. El concepto de poder disciplinario (Foucault, 1976) es útil para comprender de qué manera las instituciones hospitalarias performan conductas y saberes mediante sistemas de vigilancia, sanción y normalización, y cómo estas lógicas se incorporan en la identidad profesional del personal en formación. Esta combinación de marcos conceptuales —salud colectiva, *habitus*, antropología médica crítica, género e interseccionalidad— permite analizar con mayor profundidad las prácticas formativas y sus implicaciones para la equidad en la atención materna.

A diferencia de la mayoría de los estudios sobre violencia obstétrica, que priorizan la experiencia de las mujeres usuarias o la relación médico-paciente, este artículo propone desplazar la mirada hacia la formación del personal médico. El aporte principal aquí radica en analizar cómo las desigualdades en la atención materna no se producen sólo en el momento del encuentro clínico, sino que se gestan de manera previa durante los itinerarios formativos, en la residencia, en las jerarquías hospitalarias y en los aprendizajes explícitos e implícitos que configuran el *habitus* gineco-obstétrico. A partir de un enfoque etnográfico, el trabajo muestra cómo la socialización profesional reproduce —pero también tensiona— lógicas de control, tecnificación y autoridad, al tiempo que identifica fisuras vinculadas a marcos feministas y de derechos humanos que permiten reconfigurar las prácticas. Con ello, el artículo contribuye a comprender la formación médica como un espacio estratégico para intervenir estructuralmente en la producción de desigualdades en la atención materna.

Marco teórico

La salud materna refleja desigualdades sociales y de género de manera cruda. No se trata sólo de estadísticas sobre mortalidad o de protocolos clínicos: detrás de cada parto, de cada consulta prenatal, existen historias atravesadas por la clase social, el territorio y las condiciones en que una mujer arriba a un hospital. El embarazo y el nacimiento son momentos donde se condensan estructuras de poder más amplias, y donde las desigualdades se vuelven visibles en los cuerpos y en las experiencias de quienes buscan atención.

En este escenario, resulta central detenerse en quienes atienden: las y los ginecólogos y obste-

tras. La manera en que ejercen su práctica no surge de manera espontánea; está marcada por una trayectoria de formación que va más allá de lo técnico. La residencia, las guardias interminables, la jerarquía hospitalaria, el contacto con los cuerpos de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, todo ello performa un *habitus*, una forma de estar y de hacer en la sala de partos. Preguntarse por esa formación es preguntarse por cómo se transmiten valores, rutinas, formas de autoridad y así como silencios.

La literatura ofrece pistas para comprender este entramado. El concepto de *habitus* contribuye a observar de qué manera los médicos interiorizan disposiciones que después parecen naturales en su práctica cotidiana. Los estudios sobre violencia obstétrica en América Latina muestran cómo esas disposiciones se traducen, muchas veces, en prácticas que limitan la autonomía de las mujeres o reproducen relaciones de poder asimétricas. Y los trabajos en torno a la formación médica en la región señalan cómo los programas de especialización refuerzan jerarquías y un modelo de atención centrado en la autoridad del médico más que en el cuidado mancomunado.

Todo esto nos coloca frente a una pregunta: ¿cómo se configuran las prácticas de atención a la salud materna en los cruces entre desigualdad social, género y formación médica? Observar de cerca estos cruces no es solo un ejercicio académico, sino una forma de abrir grietas para reflexionar qué significa atender y cuidar en contextos signados por profundas desigualdades.

El recorrido por las trayectorias profesionales de ginecólogos y obstetras permite afirmar que la formación médica es un espacio decisivo en la configuración de las prácticas de atención materna.

Lo aprendido en las aulas, pero sobre todo en la residencia y en los hospitales, no se limita a conocimientos clínicos; también moldea formas de relación, estilos de autoridad y visiones sobre el cuerpo y la maternidad. Este conjunto de aprendizajes explícitos e implícitos conforma un hábitus que se despliega en las interacciones con las pacientes y en la organización de los servicios de salud. En este sentido, la atención obstétrica se convierte en un espejo de las desigualdades sociales y de género: en ella se materializan jerarquías históricas que colocan a las mujeres en una posición subordinada frente al saber médico y a las instituciones. Por ello, sería pertinente incorporar la perspectiva de género en la educación médica ya que permite visibilizar sesgos y preparar a los estudiantes para una práctica clínica más equitativa y sensible a las diferencias sociales (Ruiz Cantero, 2019).

El análisis muestra que la formación médica reproduce desigualdades de diversas maneras. En el plano curricular, el énfasis en la tecnificación del parto —inducido, monitorizado, intervenido— refuerza una visión del cuerpo femenino como un objeto de control y manipulación, más que como un sujeto de experiencia y decisión. En el plano implícito, las jerarquías hospitalarias, la cultura de obediencia y las dinámicas de disciplina consolidan un modelo de práctica centrado en la autoridad, donde la comunicación con la paciente ocupa un lugar secundario. Estas dinámicas no sólo organizan la práctica, también pueden interpretarse como formas de producción de subjetividad profesional, donde el poder disciplinario se internaliza y se reproduce en la relación clínica (*cfr. Foucault, 1976*). De este modo, se generan condiciones que favorecen la naturalización de procedimientos sin consentimiento informado, la minimización de la voz de las mujeres y la consolidación de estereoti-

pos de género. Este hallazgo coincide con lo señalado por investigaciones sobre violencia obstétrica en América Latina, que identifican la atención médica como un campo de tensiones entre derechos, poder y saber biomédico.

Sin embargo, limitar el análisis a la reproducción sería insuficiente. En las trayectorias analizadas también emergen experiencias que desafían el modelo hegemónico. Algunos profesionales, a partir de su contacto con discursos sobre derechos sexuales y reproductivos, de la influencia de los movimientos feministas o de la exposición a programas académicos innovadores, reinterpretan sus aprendizajes y transforman su práctica. Estas fisuras son relevantes porque muestran que la formación médica, aunque marcada por lógicas dominantes, no es un proceso homogéneo ni cerrado: es un terreno de disputa donde se entrecruzan la tradición biomédica, las exigencias institucionales y las demandas sociales por una atención más humana y equitativa.

Desde una perspectiva teórica, este estudio contribuye a complejizar el debate en torno al hábitus. Lejos de entenderlo como un conjunto de disposiciones inamovibles, se evidencia que está atravesado por tensiones y contradicciones que permiten su reconfiguración. La trayectoria profesional de cada médico u obstetra no es un camino lineal, sino un entramado de experiencias formativas, encuentros con pacientes, presiones institucionales y reflexiones personales que pueden abrir espacio para la innovación y el cambio. Este hallazgo dialoga con enfoques críticos en la sociología de la salud que insisten en mirar la práctica médica como un campo de relaciones de poder, pero también de agencia y transformación.

En el plano de las políticas de salud, los resultados sugieren la urgencia de intervenir en la formación médica para avanzar hacia un modelo de atención más justo. No basta con normativas que promuevan la humanización del parto si las lógicas de socialización hospitalaria continúan reforzando jerarquías y medicalización excesiva. Es necesario repensar los programas de especialización en ginecología y obstetricia desde un enfoque integral que combine la enseñanza técnica con la formación ética, relacional y de género. Esto implica incluir en los currículos espacios de reflexión sobre derechos humanos, consentimiento informado, comunicación con pacientes y respeto a la diversidad cultural, al mismo tiempo que se modifican las estructuras de la residencia para evitar la reproducción de dinámicas autoritarias y de violencia simbólica.

Este estudio aporta al campo de la salud materna al mostrar que las desigualdades no se producen sólo en el momento del parto ni en la relación médico-paciente, sino que se gestan desde los itinerarios formativos de quienes atienden. Reconocer este origen abre una vía para la incidencia: al transformar la formación, se puede incidir de manera estructural en las prácticas de atención. Así, se fortalece el puente entre el análisis académico, las demandas sociales por el respeto a los derechos reproductivos y las políticas públicas orientadas a garantizar una maternidad libre de violencia y desigualdad.

La formación médica en ginecología y obstetricia es un campo estratégico para comprender y transformar las desigualdades en la atención materna. Su análisis desde las trayectorias profesionales permite identificar tanto los mecanismos de reproducción como las fisuras que abren posibilidades de cambio. Atender a estas tensiones es fundamental para avanzar en la construcción de

un modelo de atención centrado en la autonomía, el cuidado y la equidad, donde la salud materna deje de ser un espejo de desigualdades y se convierta en un terreno de justicia social.

Metodología

Este estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo con perspectiva relacional, lo que implicó considerar distintos niveles analíticos para comprender la formación en ginecología y obstetricia en su complejidad. Más que buscar generalizaciones estadísticas, el propósito fue profundizar en las lógicas que estructuran la vida social en el ámbito médico y aportar miradas críticas que permitan problematizar categorías teóricas establecidas (Guber, 2004). Es así que la investigación se planteó como un ejercicio dialógico entre teoría y metodología: las decisiones metodológicas estuvieron ligadas a la matriz conceptual del estudio y al mismo tiempo fueron orientando el análisis a medida que se produjeron y sistematizaron los resultados.

El diseño adoptado fue cualitativo, con énfasis en el análisis de trayectorias y experiencias formativas de especialistas en ginecología y obstetricia. El interés por las trayectorias responde a una tradición de investigación que, desde la antropología, la historia y la sociología, ha puesto atención en la relación entre contextos sociales, estructuras institucionales e historias de vida. En esta línea, el análisis de trayectorias profesionales se convierte en un camino privilegiado para comprender cómo los procesos de enseñanza y socialización médica están inscritos en marcos institucionales y sociohistóricos específicos (Mallimaci y Giménez Beliveau, 2006; Elder, 1999).

El trabajo de campo consistió en realizar entrevistas semiestructuradas a actores clave en el proce-

so formativo, en particular coordinadores de programas de residencia, y especialistas en distintas etapas de su formación. La entrevista cualitativa, entendida como una conversación sistematizada (Sautu et al., 2005), permitió acceder a experiencias, percepciones y significados que los entrevistados han construido en torno a la práctica y la enseñanza de la ginecología y la obstetricia. Más que recoger información puntual, se trató de reconstruir memorias y relatos biográficos que revelan las tensiones y aprendizajes implícitos en el proceso formativo. El encuentro con los informantes fue concebido como un espacio de interacción en el que el lenguaje no solo transmite experiencias, sino que también las resignifica en el acto de narrarlas (Benadiba y Plotinsky, 2001; Vela Pelón, 2013).

El conjunto de datos se trabajó mediante un análisis de contenido temático, articulando una codificación inductiva y deductiva. Esto implicó, por un lado, dejar que surgieran categorías a partir de los relatos de los participantes y, por otro, contrastar estas categorías con los marcos teóricos sobre habitus profesional, formación médica y derechos reproductivos. El análisis se centró en identificar patrones, tensiones y contradicciones entre discursos y prácticas, con el fin de comprender cómo se configuran y reproducen ciertas lógicas en la enseñanza hospitalaria.

La investigación se condujo bajo estrictos principios éticos. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las entrevistas, y se resguardó el uso responsable de la información. Este cuidado fue relevante dado el carácter sensible de los testimonios y la posición jerárquica de algunos de los actores dentro de las instituciones.

Cabe mencionar que dentro de las limitaciones del estudio radican en su carácter cualitativo y en la focalización en dos hospitales públicos de la Ciudad de México, lo cual restringe la posibilidad de generalizar los resultados. Sin embargo, se destaca la riqueza etnográfica de los datos, la cual permite dar luz a procesos estructurales y a dinámicas institucionales que son relevantes para comprender el campo en su conjunto.

El trabajo de campo se realizó en dos hospitales públicos de la Ciudad de México pertenecientes a la Secretaría de Salud y enfocados en la atención a la salud materna. Durante octubre-noviembre de 2024 se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas a personal médico vinculado con la ginecología y la obstetricia en diferentes etapas de su trayectoria profesional, incluyendo especialistas y actores con funciones de coordinación en programas de residencia.

Los hospitales fueron seleccionados por dos criterios principales: su pertenencia institucional a la Secretaría de Salud y su enfoque en la atención materno-infantil, lo que los convierte en espacios privilegiados para analizar los procesos formativos en ginecología y obstetricia en el sistema público. El primero es un Hospital Materno Infantil, de segundo nivel de atención, orientado a la atención materno-infantil que ofrece servicios gratuitos a población sin seguridad social, como parte de la red de unidades de apoyo de IMSS-Bienestar en la Ciudad de México. El segundo hospital, corresponde a un establecimiento de tercer nivel de atención, con mayor complejidad clínica y capacidad de referencia, también enfocado en la atención materna y vinculado a la Secretaría de Salud. Ambos fueron seleccionados también porque la institución brindó uno de los avales requeridos por el comité de ética para la realización de la investigación.

El trabajo etnográfico se desplegó en distintas áreas de los hospitales, incluyendo consulta externa, hospitalización y guardias, lo que permitió observar tanto los espacios de atención directa a las pacientes como los tiempos de formación, socialización profesional y toma de decisiones clínicas. Esta diversidad de escenarios facilitó la comprensión de las lógicas institucionales que atraviesan la práctica cotidiana y la enseñanza hospitalaria.

La selección de las personas entrevistadas fue de tipo intencional y por disponibilidad en campo. Se entrevistó al personal que se encontraba presente durante las jornadas de observación y que aceptó participar de manera voluntaria en la investigación. Este criterio permitió captar experiencias situadas en tiempo real, así como relatos vinculados con las dinámicas concretas del servicio, las guardias y los procesos de atención. Más que buscar representatividad estadística, el interés estuvo puesto en reconstruir trayectorias profesionales y experiencias formativas que dieran cuenta de los aprendizajes explícitos e implícitos que configuran el habitus médico gineco-obstétrico.

Las entrevistas semiestructuradas abordaron ejes como: la trayectoria formativa, la experiencia durante la residencia, las jerarquías institucionales, la relación con las pacientes, la incorporación —o ausencia— de la perspectiva de género y derechos reproductivos, así como las tensiones entre protocolos, productividad y acompañamiento clínico. Estos relatos se articularon con los registros de observación para analizar cómo los procesos de socialización profesional se inscriben en ámbitos institucionales específicos y producen determinadas formas de atención materna.

La posición de la investigadora como externa al campo médico influyó tanto en el acceso como

en las resistencias observadas, las cuales son consideradas también como parte del material analítico.

Resultados

Los hallazgos muestran que la formación en ginecología y obstetricia se estructura sobre jerarquías verticales que se internalizan desde los primeros años de residencia. “Aprender a ser gineco-obstetra” implica atravesar un proceso de socialización profesional mediado por sanciones simbólicas y materiales: regaños públicos, humillaciones frente a colegas y, en algunos casos, la exclusión de oportunidades de aprendizaje clínico. Estas dinámicas disciplinarias no sólo organizan la vida cotidiana hospitalaria, sino que producen disposiciones profesionales que luego se reproducen en la relación con las pacientes, legitimando un orden autoritario en la práctica clínica.

Un médico de 55 años ilustra estas lógicas al narrar que el acceso a la práctica quirúrgica estaba condicionado por rituales de subordinación:

“Antes, si querías operar, tenías que llevarle comida al maestro. Decían: ‘¿Cómo quieren operar si no me han traído ni el desayuno?’. Entonces, antes de la cirugía poníamos mesas con quesadillas, frijoles, café... como un banquete, y así ya nos dejaban pasar a operar”.

Este tipo de experiencias no sólo transmiten conocimientos técnicos, sino también formas de relación basadas en la obediencia, la dependencia y la naturalización del poder jerárquico.

El análisis de las trayectorias profesionales permite observar cómo la residencia opera como una experiencia de socialización intensiva que va moldeando identidades, sensibilidades y prácti-

cas. Las y los participantes describen este período como un momento fundacional caracterizado por jornadas prolongadas, aprendizaje bajo presión y una estructura rígida donde el error se sanciona y la obediencia se valora. En este tránsito no sólo se adquieren competencias clínicas, sino también esquemas de percepción y acción: cuándo intervenir, a quién escuchar, cómo ejercer autoridad y qué emociones son legítimas en el espacio hospitalario. La repetición cotidiana de estas prácticas produce un *habitus* gineco-obstétrico orientado al control del riesgo, a la estandarización del cuerpo gestante y a la subordinación de la experiencia de las mujeres frente a la lógica institucional.

No obstante, las trayectorias no son homogéneas. Se observan diferencias vinculadas a la posición en la jerarquía hospitalaria, al género, a la generación profesional y a los capitales simbólicos adquiridos fuera de la formación biomédica. Algunas médicas y médicos que transitaban por espacios feministas, cursos de derechos reproductivos o prácticas de acompañamiento al parto relatan tensiones con la cultura hospitalaria dominante. En sus narrativas aparece una incomodidad frente al trato despersonalizado, la rapidez de las decisiones y la normalización del sufrimiento como parte del aprendizaje. Estas experiencias permiten identificar fisuras dentro del campo médico, donde se disputan sentidos sobre qué significa “atender bien” un parto y donde se ensayan formas alternativas de relación con las mujeres.

A estas dinámicas se suma el peso de las lógicas institucionales de eficiencia. El personal en formación se ve presionado a priorizar la rapidez y el cumplimiento de protocolos rígidos por sobre la calidad relacional de la atención. Los procesos burocráticos atraviesan la práctica cotidiana y generan desgaste, como expresa un entrevistado:

“Estoy aquí ahora con la cuestión pública y es bonito, pero esos problemas de burocracia... eso es lo que no me gusta. Tanta burocracia” (Raúl, 69).

La necesidad de solicitar autorizaciones, llenar formularios o cumplir metas de productividad reduce los tiempos de escucha y acompañamiento, desplazando la dimensión relacional del cuidado. En este marco, los derechos reproductivos aparecen poco integrados a la enseñanza médica. La formación se mantiene centrada en un paradigma biomédico-técnico, con escasa incorporación de la perspectiva de género. Esto refuerza una práctica orientada al control del cuerpo y de las decisiones más que al acompañamiento de los procesos de salud. Un entrevistado sostiene:

“Hay pacientes que están tranquilas y otras que con una contracción chiquita se ponen como locas... algunas tienen muy bajo el umbral al dolor” (Mario, 55).

Esta narrativa evidencia disposiciones aprendidas que minimizan la experiencia subjetiva del parto y legitiman un trato poco empático hacia las mujeres. La violencia obstétrica emerge así como un aprendizaje implícito dentro de la residencia. Episiotomías rutinarias, tactos múltiples y procedimientos sin consentimiento informado son transmitidos como prácticas normalizadas, bajo el argumento de que “así se aprende” y “así se ha hecho siempre”. Una entrevistada relata:

“Un médico privado me dijo: ‘No te preocupes cómo queda dentro, lo importante es que afuera se vea bonita la cicatriz’” (Laura, 63).

Estas enseñanzas muestran cómo se incorporan criterios estéticos y de control del cuerpo femeni-

no que no siempre consideran la autonomía ni la vivencia de las mujeres. Estas prácticas conviven con un discurso institucional que promueve la “humanización del parto”, generando una tensión entre los lineamientos formales y las rutinas hospitalarias cotidianas. Asimismo, durante el trabajo de campo se registraron resistencias del personal médico hacia la investigación social, lo que puso en evidencia jerarquías de saber que privilegian el conocimiento biomédico por sobre otros enfoques. Estas resistencias constituyen también un hallazgo empírico, pues expresan un *habitus* que legitima ciertas formas de conocimiento y margina aquellas que podrían cuestionar o enriquecer la práctica clínica desde una perspectiva crítica y de derechos.

Estas dinámicas no repercuten de un modo uniforme en todas las mujeres, la formación médica reproduce desigualdades interseccionales en el trato según clase social, origen y capital cultural. Mientras que algunas usuarias con mayor escolaridad logran, en ciertos casos, negociar decisiones clínicas, las mujeres indígenas, migrantes o de sectores populares enfrentan mayores niveles de control, desconfianza y maltrato. De este modo, la formación gineco-obstétrica no sólo produce un *habitus* profesional, sino que también contribuye a sostener desigualdades estructurales más amplias en la atención materna.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que la formación médica en ginecología y obstetricia en hospitales públicos de la Ciudad de México no constituye un proceso neutral de transmisión de competencias técnicas, sino un espacio de producción de jerarquías, desigualdades y formas de violencia simbólica que atraviesan tanto a quie-

nes se forman como a las mujeres que reciben atención. La residencia no sólo enseña a diagnosticar o intervenir, sino que configura disposiciones profesionales que articulan autoridad médica, control del cuerpo femenino y subordinación de la experiencia de las pacientes. En este sentido, la desigualdad en la atención materna no se origina únicamente en la interacción médico-paciente, sino que se gesta previamente en los itinerarios formativos y en las lógicas institucionales que organizan la enseñanza clínica.

Nuestros hallazgos dialogan con los trabajos clásicos de Becker et al. (1961) y Bosk (1979), quienes mostraron que el aprendizaje hospitalario se encuentra atravesado por la cultura organizacional y las jerarquías rígidas. Sin embargo, el análisis del campo gineco-obstétrico permite agregar que esta socialización no sólo produce obediencia profesional, sino también disposiciones específicas hacia el cuerpo gestante. En los hospitales estudiados, la autoridad médica se ejerce sobre un cuerpo femenino concebido como objeto de intervención y entrenamiento, lo que transforma a las pacientes en soportes pedagógicos antes que en sujetos de derecho. Así, aprender a “ser gineco-obstetra” implica priorizar ciertos saberes técnicos por encima de la escucha, la negociación y el reconocimiento de la experiencia de las mujeres.

En consonancia con lo documentado por Hamui Sutton (2014a), la formación se estructura a partir de relaciones verticales entre adscritos, residentes y estudiantes, donde predominan lógicas disciplinarias más que reflexivas. Nuestras entrevistas muestran que las sanciones simbólicas –regaños públicos, humillaciones, exclusión de oportunidades clínicas– funcionan como mecanismos de regulación que modelan no sólo la práctica mé-

dica, sino también sensibilidades profesionales. En este marco, la obediencia y la eficacia técnica adquieren mayor valor que la deliberación ética o la atención centrada en la paciente, reproduciendo un estilo de ejercicio profesional que luego se proyecta en la atención materna cotidiana.

Desde una perspectiva de género, los aportes de Katz Rothman (1982, 1991) y Emily Martin (1987) permiten comprender cómo el embarazo y el parto han sido en la medicalizados bajo lógicas de control sobre el cuerpo femenino. Nuestros hallazgos expresan que esta medicalización no es únicamente un rasgo del modelo asistencial, sino también un aprendizaje incorporado durante la formación. Las prácticas observadas —tactos reiterados, intervenciones rutinarias, minimización del dolor, lenguaje centrado en el riesgo— evidencian que el énfasis tecnológico desplaza la autonomía de las mujeres y reconfigura el parto como un evento a ser gestionado más que vivido. En este sentido, como plantea Rayna Rapp (1999), se profundiza la asimetría entre el saber experto y la experiencia femenina, donde la voz de las pacientes pierde legitimidad frente al discurso biomédico.

La crítica de Freidson (1970) sobre la “dominación profesional” permite ampliar esta lectura al mostrar que el poder médico no se ejerce únicamente en la relación clínica, sino que se reproduce en las propias lógicas de formación hospitalaria. En los hospitales-escuela analizados, la autoridad se legitima a través del control del conocimiento, del tiempo y del cuerpo de las pacientes, pero también del cuerpo y la subjetividad de quienes se forman. A ello se añade la noción de iatrogenia cultural propuesta por Illich (1975), que es útil para comprender de qué modo las mujeres delegan progresivamente su experiencia reproductiva

a un sistema vertical y poco sensible, produciendo una pérdida de autonomía que se naturaliza durante el proceso formativo.

En el contexto mexicano, los trabajos de Elu de Lenero (2002) y Laurell (1994, 2016) han mostrado cómo el sistema de salud reproduce desigualdades de género y clase. Nuestros resultados permiten observar cómo esas desigualdades se actualizan en espacios de enseñanza clínica, donde las usuarias de servicios públicos son frecuentemente interpretadas como “casos” o “objetos de aprendizaje”. Tal como señalan García y de Oliveira (2006), la atención a la salud reproductiva se encuentra estratificada por clase social y pertenencia étnica; en este estudio se evidencia que dicha estratificación se entrelaza con la lógica pedagógica hospitalaria, generando tensiones entre el derecho a la salud y la función docente de los hospitales públicos.

Investigaciones recientes de Charvel (2018) y Ortiz Monasterio (2019) destacan la necesidad de articular la formación médica con una perspectiva de derechos. Nuestros hallazgos refuerzan esta línea al mostrar que las habilidades humanísticas, éticas e interculturales no ocupan un lugar central en la enseñanza de la gineco-obstetricia. Como plantea Hamui Sutton et al. (2014b), el vínculo auténtico con la paciente requiere entrenamiento específico; sin embargo, en los espacios observados, la presión asistencial y la jerarquía institucional limitan la posibilidad de construir relaciones clínicas basadas en el reconocimiento, la empatía y la singularidad de cada experiencia reproductiva.

Desde este enfoque, la formación en ginecología y obstetricia aparece como un espacio de disputa donde se producen y reproducen desigualda-

des de género, clase y poder. No se trata sólo de transmitir saberes técnicos, sino de modelar identidades profesionales que naturalizan determinadas formas de mirar, tocar e intervenir los cuerpos de las mujeres. Como corolario, las prácticas que después son problematizadas como violencia obstétrica encuentran parte de su origen en procesos tempranos de socialización médica.

Este estudio contribuye a desplazar la mirada desde la interacción médico-paciente hacia la formación profesional como dimensión estructural de la desigualdad en la atención materna. Reconocer que la violencia simbólica y las jerarquías se gestan en los espacios de enseñanza abre la posibilidad de repensar la educación gineco-obstétrica hacia un modelo que coloque en el centro no sólo la eficiencia clínica, sino también la autonomía, la experiencia y los derechos de las mujeres. Es por ello que transformar la atención materna implica necesariamente transformar las condiciones sociales, pedagógicas y éticas bajo las cuales se forman quienes la ejercen.

Conclusiones

Este estudio permite comprender que la formación en ginecología y obstetricia constituye un espacio estratégico en la producción y reproducción de desigualdades en la atención materna. Lejos de limitarse a la adquisición de competencias técnicas, los procesos formativos configuran disposiciones y prácticas que se inscriben en un entramado institucional atravesado por jerarquías, disciplinas y presiones organizacionales orientadas a la eficiencia. En este contexto, los aprendizajes explícitos e implícitos que estructuran el habitus médico tienden a naturalizar modos de intervención que, aun cuando se presentan como clínicamente necesarios, pueden vulnerar

la autonomía y los derechos reproductivos de las mujeres.

La socialización profesional observada privilegia la tecnificación del parto y el control del cuerpo femenino por sobre el acompañamiento respetuoso y la construcción de vínculos clínicos basados en el reconocimiento de la experiencia de las pacientes. De este modo, la atención materna se organiza bajo una racionalidad biomédica que jerarquiza el saber experto y subordina la dimensión subjetiva, relacional y cultural del proceso reproductivo. Sin embargo, el análisis también muestra la existencia de fisuras en el modelo hegemónico: ciertas trayectorias profesionales atravesadas por marcos feministas, enfoques de derechos o experiencias formativas alternativas evidencian que el habitus médico no es un dispositivo cerrado, sino un campo en disputa susceptible de ser reconfigurado mediante procesos de reflexión crítica y transformaciones institucionales.

En esa línea, el estudio contribuye a los debates contemporáneos sobre salud materna al desplazar la mirada desde el momento del parto hacia los itinerarios de formación como dimensión estructural de la desigualdad en la atención. Las prácticas que suelen ser problematizadas como violencia obstétrica no emergen de manera aislada, sino que se gestan en contextos pedagógicos y organizacionales que modelan formas específicas de ver, interpretar e intervenir los cuerpos de las mujeres. Transformar la formación médica se vuelve, por tanto, un punto estratégico de incidencia para avanzar hacia una atención materna equitativa, culturalmente pertinente y socialmente justa.

Desde esta perspectiva, resulta necesario repensar los programas de especialización en ginecología y obstetricia no sólo en términos de actualización técnica, sino también en relación con la

incorporación sistemática de una formación ética, relacional e intercultural. Ello implica revisar críticamente las jerarquías hospitalarias, los dispositivos de evaluación y las dinámicas pedagógicas que organizan la residencia médica, de modo que la excelencia clínica no se construya a costa de la autonomía, la dignidad y los derechos de las mujeres.

Las implicaciones del estudio se despliegan en distintos planos. En el ámbito formativo, se evidencia la pertinencia de rediseñar los programas de residencia incorporando de manera transversal la perspectiva de género, los derechos humanos y la comunicación clínica con las pacientes. En el plano institucional y político, los hallazgos refuerzan la necesidad de revisar las políticas hospitalarias y educativas para garantizar una aten-

ción materna respetuosa, culturalmente situada y libre de prácticas que reproduzcan relaciones de dominación.

En futuras investigaciones se podría ampliar el análisis hacia otros subsistemas de salud –como el IMSS, el ISSSTE o los hospitales comunitarios– e incorporar la mirada de otros actores del proceso de atención materna, como enfermeras, parteras profesionales y personal administrativo. A la vez, es relevante explorar de qué manera los movimientos sociales y feministas inciden en la formación médica, produciendo nuevos marcos de sentido y prácticas alternativas que tensionan el modelo biomédico dominante y abren posibilidades de transformación en la atención a la salud reproductiva.

Referencias Bibliográficas

- ALMEIDA-FILHO, N. (2020). *Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas*. *Revista de Saúde Pública*, 16, e2751. <https://www.scielo.org/article/scol/2020.v16/e2751>
- ÁLVAREZ-GAYOU, R. (2010). *Educación sexual y derechos reproductivos en México*. México: Paidós.
- BECKER, H. S., GEER, B., HUGHES, E. C., y STRAUSS, A. L. (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press.
- BENADIBA, L., y PLOTINSKY, D. (2001). *La entrevista como herramienta pedagógica y de investigación*. Buenos Aires: Aique.
- BOSK, C. L. (1979). *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago: University of Chicago Press.
- BOURDIEU, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- BOURGES, H., y VIESCA TREVIÑO, C. (2000). *Ética médica en la formación profesional*. México: UNAM.
- BREILH, J. (2013). *La determinación social de la salud y la pandemia del COVID-19*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- CASTRO, R., y ERVITI, J. (2015). *Violencia obstétrica en México: resultados de una encuesta nacional*. México: UNAM/CRIM.
- CHARVEL, S. (2018). La judicialización de la salud en México: implicaciones para el acceso y la equidad. *Salud Pública de México*, 60(1), 57–63.
- CRENSHAW, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- DELVAUX, H. (2013). *Socialización profesional y prácticas médicas: una mirada desde la antropología*.

- logía médica. México: UNAM.
- ELDER, G. H. (1999). *Children of the Great Depression: Social change in life experience*. Boulder: Westview Press.
- ELU DE LENERO, M. C. (2002). *Maternidad y salud en México: entre el hospital y la comunidad*. México: El Colegio de México.
- FARMER, P. (2005). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- FOUCAULT, M. (1976). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- FREIDSON, E. (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press.
- GALTUNG, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191.
- GARCÍA, B., y DE OLIVEIRA, O. (2006). *Trabajo y vida familiar en México en el fin de siglo*. México: El Colegio de México.
- GONZÁLEZ, R., y PÉREZ, M. (2022). “Desigualdad de género y medicalización de la salud mental”. *Revista de Salud Mental*, 45(3), 123–135. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9160668/>
- GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, P. (2015). “Modelos de atención materna en México: desafíos para la inclusión intercultural”. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 57(2), 102–110.
- GUBER, R. (2004). *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- HAMUI-SUTTON, A. (2014a). Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación en Educación Médica*.
- HAMUI, A., HERNÁNDEZ, F., GUTIÉRREZ, S., CASTRO, S., LAVALLE, C., y VILAR, P. (2014b). “Correlaciones entre las dimensiones de los ambientes clínicos de aprendizaje desde la percepción de los médicos residentes”. *Gaceta Médica de México*, 150(2), 144–153.
- KATZ ROTHMAN, B. (1982). *In Labor: Women and Power in the Birthplace*. New York: Norton.
- KATZ ROTHMAN, B. (1991). *Recreating Motherhood*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- KLEINMAN, A. (1995). *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press.
- LAURELL, A. C. (1982). *El estudio social de la salud: una perspectiva latinoamericana*. México: Siglo XXI.
- LAURELL, A. C. (1994). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 69, 3–13.
- LAURELL, A. C. (2016). “La política de salud en México: del neoliberalismo al universalismo segmentado”. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 21(33), 13–38.
- MALLIMACI, F., y GIMÉNEZ BELIVEAU, V. (2006). Historias de vida y método biográfico. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 177–209). Barcelona: Gedisa.
- MARTIN, E. (1987). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- MARTÍNEZ, J., y LÓPEZ, S. (2020). “Desigualdad social y género: fundamentos teóricos”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2), 112–125.
- ORTIZ MONASTERIO, M. (2019). Retos de la enseñanza médica en México: ética, derechos y salud intercultural. *Gaceta Médica de México*, 155(2), 137–144.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2021). *Análisis de género y salud: experiencias y estudios durante la pandemia de COVID-19*. OPS.

- RUIZ CANTERO, M. T. (2019). *Perspectiva de género en medicina*. Instituto de Ciencias Médicas de Barcelona.
- SAUTU, R., BONIOLO, P., DALLE, P., y ELBERT, R. (2005). *Manual de metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO.
- SCOTT, J. W. (1986). Gender: A useful category of historical analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053–1075.
- VELA PELÓN, M. (2013). *La entrevista cualitativa: un espacio de producción de sentido*. México: UAM.