

La atención de los varones en el espacio público de la salud en México Distrito Federal desde la mirada género sensible y sociosanitaria

Male Attention in the Public Health Space in México Federal District from a Gender Sensible and Socio-Sanitary Perspective

Atenção dos Homens no Espaço Publico de Saúde no México Distrito Federal Desde um Olhar Gênero Sensível e Sócio-sanitário

Sara Yaneth Fernández Moreno**

Fecha de recepción: 31-03-08 Fecha de aceptación: 24-04-08

* Este artículo de reflexión se desprende de la ponencia presentada en VII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género, 18 - 21 de febrero de 2008, La Habana, Cuba. Línea temática: ciencia, salud, bienestar y calidad de vida desde una perspectiva de género.

** Docente de la Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Departamento de Trabajo Social. Coordinadora adjunta de la Red de Género y Salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Correo electrónico: spartacolombia@yahoo.com.mx, sparta@guajiros.udea.edu.co.

Resumen

El trabajo aborda las prácticas institucionales del personal de salud del sistema público de atención en la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSGDF) en varios hospitales de la red, forma parte de un trabajo más amplio, que constituye una tesis doctoral que se llevó a cabo entre 2003 y 2008 en la Ciudad de México. En esta ocasión se hace particular énfasis en el análisis y discusión de los hallazgos encontrados alrededor de la atención en salud a varones hetero y homosexuales, tanto en la población atendida como en la situación laboral del personal de salud identificada como homosexual prestando el servicio. Desde una mirada género sensible se puede concluir que ser hombre es un factor de riesgo para la atención y el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad; que, con población masculina hetero y homosexual, prevalecen los prejuicios sociales más que la preparación, desarrollo de habilidades y capacidades de atención de la problemática específicamente masculina dentro de los servicios. La exclusión, la discriminación, la desinformación muestran que el bagaje anatomofisiológico y la técnica quirúrgica o el conocimiento farmacéutico no son suficientes para brindar atención de calidad que hagan verdaderamente integrales las prácticas institucionales de salud llevadas a cabo por hombres y mujeres en el Sistema Público de atención de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal en México.

Palabras clave autores: prácticas institucionales, personal de salud, atención en salud, integralidad de la atención, prejuicios, formación del personal.

Palabras clave descriptor: Personal de Salud, Prejuicios sexuales, atención a la salud, Formación profesional, México.

Abstract

This article discusses the institutional practices of the health personnel from the public attention system from the Department of Health of the Federal District Government (SSGDF) in various hospitals. The article is also part of a broader study, which constitutes a doctoral dissertation carried out between 2003 and 2008 in the city of Mexico. The study emphasizes analysis and discussions about the findings regarding health care to hetero and homosexual males, in both the population served, as well as people identified as homosexual within the personnel offering the health services. Concluding, from a gender sensitive perspective, being a male is a risk factor in health care and attention, as well as in disease prevention. Social prejudice still prevails with the hetero and homosexual male population, more than preparation and development of attention skills specific to the male problem within health services. Exclusion, discrimination, and lack of information illustrate that the anatomy-physiologic burden and surgical technique or pharmaceutical knowledge are not enough to provide quality care. Care that could make the institutional health practices of the Department of Health of the Federal District Government in Mexico, truly comprehensive.

Key Words Authors: Institutional Practices, Health Personnel, Care, Comprehensive Care, Prejudice, Personnel Formation.

Key Words plus: Health Personnel, Sexual Prejudice, Care, Professional Formation, México.



Introducción

Este artículo reúne algunas reflexiones derivadas de una investigación más extensa. Se hace una pausa en el proceso macro de dicho trabajo para indagar de manera particular la atención en salud a los varones. La observación participante directa y las entrevistas a profundidad realizadas a personal de salud de la red pública hospitalaria de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal¹ permiten alternar análisis teóricos y documentales sobre aspectos que, juntos, van configurando un campo de problematización de la práctica institucional de salud con los testimonios, observaciones y descripciones directas sobre el entorno hospitalario del DF, que bien puede asimilarse al de cualquier centro hospitalario de un país en desarrollo con sistemas de atención públicos en salud vulnerados por las actuales reformas del sector, el debilitamiento de la salud como derecho humano fundamental y bien público, y las reformas estructurales que siguen viendo en la reducción del gasto público y el cambio en la inversión social como sinónimos de competitividad y modernización del Estado.

El centro del debate de este trabajo es justamente los problemas de atención a los varones en las instituciones de salud, como población demandante de servicios y como población prestadora de servicios de salud en la red pública de atención del gobierno del DF. Al final se interroga, sin buscar conciliar necesariamente la discusión, sobre el principio de integralidad de la atención en salud, otrora un fin en sí mismo en la formación del personal y en la misión visión de las instituciones públicas de salud.

¹ Que incluye la Ciudad de México y su zona metropolitana.

Varones y masculinidades en las instituciones de salud

Yo soy el jefe, yo soy el médico y además yo soy el hombre. Por lo tanto, yo soy el que mando.
[Médico, hombre, jefe de servicio].

Se parte de la noción varones tratando de transitar a un término más cualificado relacionado con lo que implica hoy ser hombre y asumirse como tal, con ello se busca mostrar procesos institucionales en el área sanitaria que se distinguen por ser propios de la sobrevaloración de los atributos genéricos adjudicados a los varones: la precisión, la racionalidad, el pragmatismo y la medicalización, proceso más amplio agenciado desde hace siglos por el aparato científico social.

El procedimiento del examen con el que se ejerce la formación del saber de quien lo realiza, en este caso el médico, lleva consigo toda la forma y toda la técnica por la cual en lugar de emitir los signos de la dolencia de la persona atendida –el o la paciente– la mantiene en un mecanismo de objetivación, acompañado por toda una serie de registros y de acumulación documental, en los que la persona queda plenamente constituida en el objeto de la intervención, objeto de saber, y efecto de poder. La medida de legitimación del ejercicio médico es el proceso de patologización por medio del cual se da a la conducta observada tanto la forma normal de referencia, como su forma mórbida, su patología específica, su nosografía y su etiología y, eventualmente, su terapéutica [1].

Analizar la práctica médica no es tarea fácil, en parte porque el poder médico es uno de los poderes socioculturales con mayor peso y reconocimiento social, en parte porque no es habitual que el propio gremio médico reflexione sobre los límites de sus inter-

venciones en el marco de la calidad de la atención. Según Salas y Hernández [2], las representaciones de médicos y pacientes con respecto a sus relaciones interpersonales tienden a enfatizar las características subjetivas del saber médico acentuando los rasgos diferenciales y opacando la estructuración institucional de sus prácticas y representaciones, unos como otros tienden a destacar la importancia de las características individuales del médico, médica, sus facilidades o habilidades personales para relacionarse con sus pacientes. La pérdida de autonomía, en ciertos casos, al delegar en un experto la capacidad de decidir qué es lo mejor para sí, la relación entre el usuario y el profesional de la planificación familiar, por ejemplo, oculta una relación de poder en la cual los juicios y el conocimiento inherentes a la práctica profesional se convierten en reglas establecidas que otorgan autoridad absoluta a los portadores del saber [3].

El control racional es considerado una virtud propia de los varones, ya que la dificultad de dominar los impulsos puede ser asimilada a una posición de debilidad del individuo y, por lo tanto, asociarse a la dependencia y pasividad que caracteriza la situación de la femineidad en el orden social y sexual vigente. Resulta interesante saber qué pasa en este caso cuando los hombres son sujetos de consulta. El hecho de que la medicina se haya extendido en el mundo y que haya crecido el prestigio del saber médico, permiten descubrir en la actualidad la profunda desigualdad de la relación médico-enfermo [4].

Figuroa y Rojas [5] han abordado la problemática reproductiva y la ausencia en ella de los hombres como sujetos de atención, para hacerlo, acuden a la perspectiva de género desde donde confirman la necesidad de cuestionar la construcción social de las funciones adjudicadas a varones y a mujeres, en particular los que se vinculan con la

valoración de la reproducción y de las tareas asociadas a la misma. Con la perspectiva de género es posible identificar el carácter sexista que prevalece en las categorías utilizadas en los estudios convencionales para analizar la reproducción humana, a la vez que permite juntar las evidencias empíricas que han permitido documentar una presencia contradictoria de los varones en el ámbito de la reproducción por una parte por:

- Un silencio complaciente respecto a los papeles diferenciados y excluyentes en la reproducción por parte de hombres y de mujeres respectivamente.
- El ejercicio unilateral del poder en este ámbito.
- Al distanciamiento ambivalente de los varones respecto a los procesos reproductivos.
- La existencia de varones que se enfrentan a obstáculos sociales, institucionales, de pareja y de grupos de pertenencia, al vivir la reproducción como un proceso compartido con las personas que intervienen en el mismo.

Para los autores, es imperativo repensar la reproducción en términos relacionales. Los estudios de género han mostrado la necesidad de cuestionar los supuestos a partir de los cuales se ha estudiado la reproducción y el papel desempeñado por los varones dentro de ella, mostrando en este caso posibilidades de reducir la brecha de atención de unas y otras en estos aspectos, ya que para los varones el espacio de la reproducción y su control es entendido como un espacio femenino y por tanto la regulación de la fecundidad debe correr a cargo de la mujer, mientras ellos prefieren abstenerse de utilizar algún método².

² El uso de algún método anticonceptivo para los hombres está más asociado con el ejercicio de la sexualidad, considerado como un ámbito propio del



El uso de preservativo, por ejemplo, se encuentra muy asociado con el ejercicio de una sexualidad masculina de tipo promiscua, propia del trato con prostitutas y del ámbito extraconyugal. Los hombres prefieren el uso de métodos anticonceptivos de larga duración, autoadministrados que no requieren cirugía o consulta médica que se puedan conseguir fácilmente en las farmacias o en las clínicas, que no sean muy costosos y que a la vez no afecte su libido y desempeño sexual; ese es el problema de la vasectomía que pese a ser definitivo ambulatorio y de bajo costo es asociado por los varones con el bajo rendimiento sexual, la impotencia, la pérdida de virilidad y la debilidad física (documentado por Figueroa [5] y por Viveros [6]).

La teoría feminista ha contribuido a transformar las tensiones de la interpretación de privilegios, discriminaciones y complicidades que han sido instrumentadas para mantener las normas que perpetúan exclusiones e inclusiones en la atención en salud de hombres y mujeres³. En la observación de campo, la visita al pediatra, a medicina preventiva por parte de los hombres es un indicativo importante del interés del ejercicio de paternar, que se está haciendo evidente en la consulta y que en el desarrollo de la misma no se aprovecha como oportunidad para estrechar el lazo y atraer al padre como copartícipe de la crianza, el cuidado de la

salud y la prevención de la enfermedad y la dolencia del bebé.

Para qué quiere uno a los hombres aquí, no hacen nada, ocupan espacio no hacen caso.

Ellos cargan la pañalera

[Enfermera encargada de servicio, docente].

La masculinidad es ante todo, un proceso de búsqueda permanente y reafirmación constante de asimetrías. La participación de los sujetos en este proceso de relaciones asimétricas se da tanto de forma consciente como inconsciente; la masculinidad, entonces, es una red de relaciones complejas de interconexión múltiple y no una relación lineal de dependencia entre estructura social y objeto sexuado. La manera en que se encuentran los hombres en la institución, en la consulta no siempre lleva a buen diálogo y buena comunicación, el médico otorga centralidad y atención a la compañera como cuidadora y apoyo del tratamiento, lo cual aumenta la vulnerabilidad del hombre paciente en la consulta en salud reproductiva con fines de control de la fecundidad como lo es la esterilización masculina⁴. Para los varones, las expectativas de rol a nivel sociocultural generan modos de vida que son nocivos para su salud y su integridad física y emocional. El acceso de la población mexicana a los servicios de salud está marcada por las relaciones de poder – subordinación, relaciones de poder

dominio masculino, y con el control de la sexualidad y la fidelidad femeninas, quienes con los métodos modernos se estimularían a una actitud favorable a la promiscuidad. Los varones asumen actitudes de resistencia y en ocasiones de abierto rechazo a utilizar algún tipo de método anticonceptivo para regular su fecundidad, esta situación es abiertamente apoyada por el personal médico hospitalario quien ve más expedito que el control anticonceptivo sea asumido por las mujeres, finalmente son estas últimas las que de todas maneras asumen las consecuencias.

³ El distanciamiento del médico respecto de su enfermo rige la relación médico-enfermo. Ella es

efecto antes que causa del discurso médico. Lo que funda la relación médico-enfermo es la exclusión de las posiciones subjetivas de uno y otro. Hablar de la relación médico-enfermo es hablar prácticamente de un mito. Prevalece la relación enfermo-institución médica y el médico es el representante de la institución [4].

⁴ La geometría del cuerpo presente en la esterilización masculina, entendida ésta como una intervención quirúrgica en el cuerpo masculino pero también como una decisión que se toma en el contexto social que define y limita las opciones anticonceptivas de varones y mujeres [6].

– subordinación con dominio del profesional médico sobre las y los pacientes⁵.

Los profesionales hombres y mujeres del área de la salud tienen sobre sí una mirada más atenta de la sociedad, aunque al mismo tiempo de ser mirados son los que menos se cuestionan sobre su quehacer cotidiano; detentan toda una estructura de poder alrededor de ellos que los hace construir su práctica profesional desde diferentes jerarquías por lo que las formas de mirar al otro se construyen en relación con estas formas de poder, en algunas ocasiones, sin siquiera mirar a aquella persona con y para quien trabajan; además son portadores de todo un saber, técnicamente muy avanzado, y reproducen en su práctica médica las formas que desde esta tecnología se han producido para observar al sujeto [7]. El tiempo es poco, los pacientes muchos y muchos también los reportes que deberán ser entregados; el discurso médico convierte a los pacientes en objetos, los marcan, les asignan un número, los médicos aprenden a calificar y distinguir los pacientes del resto de la población. El tiempo que han estado los médicos en la institución cambia su percepción de los pacientes, no están tan despersonalizados con sus vínculos médico-paciente, aunque parece ser que es algo que se les ha enseñado en su formación⁶ [7].

⁵ El médico no habla ni interviene sino en tanto representante o funcionario del discurso médico. En cuanto al enfermo, no es él el abordado, sino el hombre supuestamente normal que era y que tendrá que volver a ser, es decir, que se somete a la razón médica [4].

⁶ El orden hospitalario se rige por la mirada, la escucha, la espera, con ello se originan diversas significaciones que dan identidad al quehacer médico. El sentir no está permitido a médicos como a estudiantes, no les está permitido expresar ni sentir angustia o preocupación. El saber médico debe anteponerse a cualquier tipo de sentimiento. Si no es así, no es posible la cura.

Las instituciones que sustentan el orden social pautan la conducta de los individuos y la convierten en rutinas estables y socialmente predecibles; también pautan la experiencia humana, dándole sentido de inteligibilidad, en cuyo marco los individuos pueden prede-terminar sus cursos de acción e innovar. Las instituciones que componen el orden social se presentan al individuo con un carácter imponente por su naturaleza reguladora y controladora impermeable a las condiciones socioeconómicas de quienes atiende en el caso de los hospitales públicos [8]. Cómo se da este proceso en la práctica cotidiana y cómo es que se puede identificar a este dentro del ideal de lo masculino en el saber médico, es lo que se desarrolla a continuación.

Construcción de lo masculino en la cotidianidad hospitalaria

No, a mí nunca me pasó nada de eso porque yo siempre hacía lo que tenía que hacer

[Médico, hombre, director de internos].

La historia de la profesión médica en Estados Unidos es un ejemplo interesante de las modificaciones que pueden sufrir las fronteras sociales. Debido a que en el pasado se la consideraba más bien una ocupación que brindaba un servicio a la comunidad antes que una actividad basada en conocimientos generados por la ciencia y los laboratorios, en un principio la medicina estuvo abierta a las mujeres. La transformación de la medicina en un campo profesional ocurrió a finales del siglo XIX; como parte de ese proceso, las mujeres quedaron excluidas de la medicina basada en la investigación, y se alteraron las concepciones que regían el pudor femenino para que las mujeres pudieran ser examinadas y tratadas por médicos. Hoy en día, analizando los hospitales o centros de investigación, corporaciones con fines



de lucro o burocracias gubernamentales; se encuentra no sólo los tipos burocráticos weberianos estándar, sino también modelos de género que refuerzan reglas y conductas normativas [9].

¿Cómo se lleva a cabo este proceso? Justamente, se vale de una estructura fuertemente jerarquizada, elevada en su condición de científica y sobrevalorada en su normalidad y funcionamiento. El trabajo de campo mostró que para los médicos hombres, el sistema hospitalario es muy claro, funciona como debe ser, está organizado bajo parámetros científicos y técnicos valorados técnicamente; mientras que, para el personal femenino, hay elementos que vale la pena revisar como los tiempos de consulta, la calidad de la atención, la escucha a las y a los pacientes. La percepción sobre eventuales problemas en el sistema de salud entre unos y otras es notoriamente diferente lo cual puede corroborar el carácter androcéntrico del funcionamiento de la institución hospitalaria. De ahí que dicho personal, especialmente masculino sólo se limite a *hacer lo que tenía que hacer*.

El sistema género, dentro de este análisis, implica pensar ya no en términos biológicos sino culturales y subjetivos. Los estudios de masculinidades contribuyen a dismantelar la perspectiva del hombre como universal y el orden masculino como normal y cotidiano, lo acotan y contextualizan. Para Kimmel [10] citado por Ramírez, [11] hacer visibles a los hombres significa hablar de los privilegios que han sido construidos socialmente, pero que se consideran naturales, esenciales a la condición biológica, el ser hombre. Importante reflexión para cuestionar el deber ser o el aparente “orden natural de las cosas” que no permite que los médicos varones, por ejemplo, perciban como violenta una situación institucional, sino que la asimilen como parte de la cotidianidad y a lo más como disciplina médica.

La masculinidad se define por su relación, en primera instancia, con las mujeres, en segunda instancia la diferenciación es entre varones, esto supone desechar la imagen homogénea de la masculinidad y lleva a pensar que dentro del grupo de varones hay una categorización. Las expresiones de las masculinidades no son sancionadas socialmente de la misma forma. Las masculinidades muestran otra cara de la subordinación: ya no es únicamente la subordinación femenina a una masculinidad dominante, hay masculinidades dominantes y subordinadas. En este contexto, el concepto de hegemonía utilizado para hablar de la masculinidad se entiende como un proceso y no como algo terminado, Connell [12] (citado por Ramírez [11]). Según Connell [12], la masculinidad es un proceso de relación entre estructuras sociales y las prácticas que tales estructuras posibilitan, las que dan cuenta de cualquier ordenamiento de los géneros son las productivas, las de poder y las de cathexia:

- *Las productivas*: la división sexual del trabajo forma parte de un sistema estructurado genéricamente y como tal incluye aspectos como la producción, el consumo y la distribución. Para Connell [12] los principios sobre los cuales se fundamentan esas relaciones de producción son: la demarcación continua entre el trabajo de mujeres y de hombres; la diferenciación entre hombres del trabajo por clase (médicos, enfermeros, camilleros, administrativos).
- En cuanto a *las relaciones de poder* pretenden afirmar la hegemonía de la masculinidad. Poder supone autoridad y legitimidad, entonces es necesario identificar los espacios controlados por quienes representan estos rasgos que refuerzan la idea de dominación, de control masculino y que tienen un carácter estructural. (Es natural que la dirección en las instancias médicas sea masculina, por ejemplo).

- Las *relaciones de cathexis* refieren a la dimensión emocional, erótica, sexual, que no es biológica, sino que está estructurada socialmente. Sus representaciones y prácticas están permeadas por discursos como el médico y religioso, también implican relaciones emocionales, tanto afectivas como hostiles, como las de pareja y en familia. Las relaciones de poder en tal sentido no sólo implican ver hacia el otro género, sino las relaciones intragenéricas que establecen pautas de relación diferencial. Así pues, las relaciones de poder marcan también prácticas que controlan no solo los sentimientos, sino la sensualidad, el cuerpo. Ramírez [11].

Un elemento que ilustra los alcances de la socialización de la masculinidad en la formación y en la práctica médica tiene que ver, por ejemplo, con la percepción de la violencia al interior de las instituciones públicas hospitalarias observadas, aspecto que se va a bordar a continuación.

Normalización de la violencia

No, para nada, yo no creo que eso sea violencia, eso es normal, eso es disciplina

[Médico hombre, interno, pasante de servicio tercer año].

Es necesario enriquecer las categorías y las conceptualizaciones hasta hoy utilizadas para dar cuenta de la violencia, porque, de seguir alimentando y validando una lectura victimizada de este fenómeno, los procesos de intervención organizada sobre la misma seguirán teniendo a las mujeres como eje central de su trabajo, y se dificultará el ejercicio de los derechos en este espacio, tanto para los hombres como para las mujeres. Ciertamente es que la violencia de calle, la violencia social y política recae fundamentalmente en los hombres y la que se llama violencia domés-

tica e intrafamiliar recae fundamentalmente en mujeres. Años de revisión de los perfiles epidemiológicos han enfatizado tal situación llevándola al estereotipo y al lugar común de que la violencia es cosa de hombres, bajando la guardia en el análisis de su complejidad y el develamiento de las estructuras que la sostienen, fuertemente enraizadas en las formas de relacionamiento social vigentes.

Para la atención de las consecuencias de la violencia no mortales, esta confusión puede ser fatal tanto, para la comprensión del fenómeno y sus causas, como, para la previsión de las medidas para hacerle frente. Es precisamente allí, donde entra el trabajo del personal de salud: en la capacidad de reconocer a tiempo las lesiones que indican ejercicio de cualquier tipo de violencia, en el procedimiento de atención y en el interrogatorio necesario para identificarlas. Hombres y mujeres son sujetos a agresiones, de diversos tipos, sin embargo, las quejas de dolor y las situaciones más cotidianas de la violencia suelen ser parte ya del ambiente hospitalario, por tanto no reconocidas como objeto y prioridad de atención.

Las formas de ejercicio de poder, elemento crucial en el ejercicio de la violencia por ejemplo, pueden ubicarse en el día a día del entrenamiento y la capacitación del personal por personal de más trayectoria y experiencia que tampoco ha aprendido a identificar situaciones críticas y algunas veces inclusive, puede por sí mismo ser generador de violencia. Aprender a no identificarla es un problema, por no saber que sobre sí mismo un-una estudiante, pasante, interno-interna, residente se entrena en la violencia que forma parte de un entramado de acciones lesivas hacia las personas, su imagen y su sentir, mediante acciones concretas como rutinas, sanciones y castigos ejemplarizantes para el resto del grupo que buscan templar el carácter y moldear la actitud médica y formar la



acción médica futura: calificada, certificada y creída. Es aquí donde la violencia al interior de la institución hospitalaria, en el ejercicio docente se asimila como disciplina, como el deber ser del aprendizaje médico.

La connotación relacional es el componente central tanto de la violencia como de la concepción de género/masculinidad⁷, otro es su dimensión procesual que le da un carácter de continuidad y por supuesto de letalidad a mediano plazo. Se entiende que el ejercicio de poder se caracteriza por el uso de la fuerza física. En este sentido, el punto de atención es la relación poder-resistencia y no uno u otra. La relación poder-resistencia no puede ser comprendida de forma aislada, sino en función de un contexto sociocultural específico, el ámbito de dominación está compuesto por discursos y prácticas institucionales; entre las relaciones de poder-resistencia y las relaciones de dominación existe una amplia interacción, entender el contexto ayuda a entender la forma en que es naturalizado y asumido, en el caso institucional de la salud, como asunto normal y cotidiano. En el ámbito de dominación no todos los discursos y las prácticas son del mismo orden.

La violencia puede ser un componente de la relación, como en el caso hospitalario,

⁷ Los estudios de género se abrieron a la relación entre mujeres y hombres como objeto fundamental. El hincapié relacional, no obstante, partió de la perspectiva femenina; a los hombres se les suponía. Los estudios de género contribuyeron a construir a los hombres imaginados por las mujeres. Fue una masculinidad imaginada en sus distintas variantes, simbólica o normalizada, pero en general con una mirada femenina. De la teoría feminista a la perspectiva de género hubo una transformación fundamental: de una visión universal de la relación entre los sexos, donde lo que se discute es a las mujeres, se pasa a una de la diversidad de la extensión de la feminidad y al desafío de plantearse la masculinidad como indispensable en la discusión relacional de los géneros [11].

así, se podrá sancionar de diversas maneras, dependiendo de los sujetos. Existe un componente dialéctico, de contradicción, donde no todo es privilegio ni exigencia; la violencia es incorporada como un elemento propio de un modelo de masculinidad. El reconocimiento social de la masculinidad se funda en el control del cuerpo, particularmente del dolor, y el control de las emociones para lograr el temple; podría decirse que son estos, valores reconocidos y reforzados por la sociedad en general, en la redefinición de normas sociales que gobiernan los géneros, las masculinidades son un campo en permanente redefinición no del todo claro ni siquiera para los mismos hombres [11].

Hay en la percepción de la violencia dentro del hospital, la idea de que las y los demás son quienes la padecen y la ejercen, y hay dificultad para percibirse como persona violenta o capaz de emitir o generar violencia. Se apela a todo tipo de explicaciones que van desde los determinismos sociales y de clase para decir que la población pobre, sin educación y sin condiciones de vida presentan cuadros de violencia más frecuentes y que es así; que el carácter de una persona violenta es más señal de temple y seguridad que de temor e imposición, particularmente si esta persona es varón, como lo dijeron algunos varones. La violencia la ejercen las demás personas y en el medio hospitalario más las que se ubican en servicios y apoyos básicos, seguridad y transporte por ejemplo, que las que prestan directamente el servicio médico.

*No, claro, la burla existe, pero eso
más los camilleros y los conductores,
pero nosotros no*

[Médico especialista, hombre].

Otra de las generalidades encontradas que contrastan con el hecho de una serie de medidas, de autorregulaciones entre el personal

es el de la tolerancia frente a ciertas formas de comunicación y de acción que afectan y perjudican a las y los demás, por ejemplo:

- Superiores a subalternos, con los permisos, los trabajos y las rondas, con las guardias, el número de camas asignadas por persona.
- Trabajadores hombres sobre personal femenino, con las bromas, las charlas y la comunicación en doble sentido, el llamado *albur mexicano*⁸.
- Personal a población usuaria con gestos, actitudes y ademanes de poder, de prepotencia, de maltrato y de incapacidad de escuchar y atender.
- Personal de apoyo femenino a población usuaria la base de la línea de mando es la segunda después del médico y eso es lo primero que se le hace saber al usuario-a.

Se aprende a ser violento como parte constitutiva del ser hombre, que se transita por un programa de vida que exige del protagonista una aplicación casi total: se aprende a ser propietario, a pensar siempre desde la primera persona del singular, a desplegar las conductas, frases y comportamientos que se le atribuyen al dominador⁹ [11].

De las manifestaciones más directas de la violencia generada en la institución hos-

pitalaria que afectan directamente tanto a los varones en formación como a los que acuden a los servicios médicos, se encuentra la discriminación y la homofobia en sus diversas modalidades, es necesario analizar de manera particular entonces cómo se manifiesta, cómo se origina y cómo se aborda esta situación, lo cual se hará en el siguiente apartado.

Discriminación y homofobia

En general se les atiende, porque aquí a nadie se le niega la atención, pero sí se les discrimina, sí se les hace burla

[Médico, hombre, especialista y docente].

Si se pasa a otro contexto como el de la atención directa en materia de salud a la población homosexual, se encuentra, como de hecho se hizo en el ámbito hospitalario observado, que es el proceso de simbolización de la diferencia sexual el que se ha traducido en la desigualdad de poder. La lógica del género es una lógica de poder, de dominación, hay que recordar que género se implica en la concepción y construcción del poder, es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder [13]. Esta lógica, según Bourdieu [14], es denominada como la forma paradigmática de la violencia simbólica, definida por este autor como aquella violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad o consentimiento. Mediante el género se ha naturalizado la heterosexualidad, excluyendo a la homosexualidad de una valoración simbólica equivalentemente aceptable. Aunque en nuestra cultura de facto se acepte la homosexualidad, el deseo homosexual queda fuera de la lógica de género y tiene un estatuto (simbólico, moral y jurídico) diferente al de la heterosexualidad que está fuera de la ley. La supuesta tolerancia hacia las personas homosexuales no es más que

⁸ El albur mexicano hace referencia al doble sentido, de amplio uso popular que recurre a un lenguaje coloquial con connotaciones sexistas y exhaltaciones a la virilidad, personajes del cine clásico mexicano difundieron el albur como un componente básico de la cultura azteca.

⁹ El universo en el que estas fuerzas silenciosas se expanden requiere apenas la certidumbre de la reproducción social, del gesto cómplice que ratifica la continuidad del mundo conocido, un mundo que se disloca cuando el dominado desafía el poder del dominador, o cuando el dominador suspende, aunque sea momentáneamente, las conductas y expresiones que definen su estatus y su rol.



lo que Bourdieu denomina una estrategia de condescendencia, que lleva a la violencia simbólica a un grado más alto de negación y disimulación, aspecto desarrollado ampliamente por Lamas [13].

La atención a personas homosexuales que, por su condición, son atendidas de últimas, de manera poco directa, con sorna, rumores, burla en algunos casos¹⁰, se caracteriza por la falta de consideración a la intimidad de la persona, poca cercanía de trato, contacto directo y comunicación, lo cual hace deficiente el servicio, retrasa el trabajo y tensiona el ambiente, situación que hace parte del día a día hospitalario. Se teme, se evita a toda costa contacto directo, se rifan la atención de la persona, se le desvía de servicio y de consulta para no atenderle, para no verle directamente. Estas fueron algunas de las formas de discriminación y de homofobia más comunes que se evidenciaron en el hospital. ¿Qué traduce entonces, luego de estas evidencias, ser hombre y llegar a la institución de salud?

Ser hombre riesgo para la salud

Que pereza atender hombres, son todos miedosos, no hacen caso a las recomendaciones. Ese no va a volver, ese está muerto del miedo [Médico especialista, hombre].

En el trabajo de campo, el personal médico hospitalario avala la idea de considerar tiempo perdido la comunicación directa con los

hombres en consulta o como acompañantes, según ellos, los hombres son en sí mismos barreras para el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres, sólo obstaculizan el proceso e incluso, es mejor que no estén presentes. En la consulta ginecobstétrica no se deja que presencien la consulta como acompañantes, se les saca del consultorio y se les excluye de información básica para el cuidado de la salud. Cuando se trata de identificar el lugar que los varones han jugado en los diferentes modelos de atención por parte del personal de salud, se constata que en la mayor parte de ellos, se sigue pensando que las mujeres son quienes se reproducen y que los varones ocupan un papel secundario [15]. A más de las veces se les pide que aguarden afuera y las explicaciones abundan para sus parejas dejándoles al margen de la situación, se activa con tal actitud un doble juego:

- Se enfatiza en la división sexual del trabajo en el hogar.
- Se refuerza el papel de las mujeres como cuidadoras y vigilantes de la buena salud de toda la familia, como obligación cierto pero también como cuota de poder que se le entrega a ella para que la maneje dentro de la casa.

La base de tal situación es el juego de la dominación entendida como un proceso que contribuye a la reproducción social¹¹, como la *libido dominandi* masculina en una sociedad falocéntrica, no son algo que se da por sentado sino que deben ser construidas mediante un arduo trabajo de socialización, tan indispensable como el que dispone a la sumisión [14, 16] Bajo un supuesto de tradición se prescribe en la institución hospitalaria

¹⁰ En el contexto hospitalario, los varones promueven una sexualidad competitiva, violenta, utilizada como recurso de dominio y de sometimiento, mutilada, homofóbica y acostumbrada a no dar cuenta de sus efectos y consecuencias fuera del consultorio, parte de los obstáculos de tal visión se ve reflejada en la baja afluencia de hombres a la consulta de salud reproductiva [15: 260].

¹¹ En su concepto de la dominación masculina, Bourdieu busca explicarse la dominación entre géneros y la subordinación de las mujeres es indispensable la mediación de los hábitos que disponen al heredero a aceptar su herencia, su destino social...

la urgencia de la entronización del papel de paciente y enfermo a todo hombre que consulte, el médico es el que sabe, el personal de enfermería apoya la labor del médico y se asegura que la relación de dominación funcione.

En consulta, los hombres son invisibilizados por los médicos, todas las explicaciones del cuidado las recibe su acompañante frecuentemente mujer, a los hombres que asisten solos se les limita la comunicación, la explicación de la dolencia y la descripción del pronóstico y el tratamiento pues el médico asume que no se lo va a tomar, que no se lo va a hacer por indisciplina, por falta de compromiso y de cuidado con su cuerpo, toda vez que los hombres, en sentido general, son percibidos como irresponsables, dependientes e incapaces de prodigarse cuidados que se consideran de suyo de incumbencia femenina. El balance muestra que la percepción de la atención a hombres en general adolece de elementos claves de empatía y de reconocimiento para llevar a cabo una intervención más efectiva.

El tipo de vivencia de la salud-enfermedad en los varones estimula la búsqueda de situaciones de riesgo y el menor precio hacia el cuidado del cuerpo, llegando a niveles que han sido calificados como de “descuido suicida” [15]. En este caso Seidler [17], identifica a los varones como acostumbrados a nombrar la realidad, pero en la lógica de ponerle términos para su descripción y clasificación, pero al mismo tiempo renuentes a nombrarse a sí mismos, a hablar de sí mismos y sí, en cambio, elaborando discursos para los demás y para las demás. ¿No existiría en los varones un proceso de aprendizaje para el descuido individual y para dirigir y normar a otros? Según Seidler, [17, 19] los varones han heredado una relación ambivalente con sus cuerpos, que los ha llevado a una marcada incertidumbre sobre la relación de

la identidad personal y el posicionamiento del cuerpo.

En las relaciones de género muchos varones encuentran difícil comunicarse o descubrir significado a través de la negociación, porque tradicionalmente puede entrar en juego su visión como fuente de autoridad; ello, por otro lado, puede significar que algunas emociones y algunos sentimientos son inaccesibles para los varones, tanto en su capacidad para sentirlos como de expresarlos. Paralelamente desarrollan actitudes violentas o de negación con la intención de no mostrar su vulnerabilidad sensitiva. [15] El modelo masculino exacerbado de la resistencia al dolor, el aguante y la bravura pone en riesgo la atención oportuna, la atención a tiempo de situaciones prevenibles que llegan demasiado tarde al hospital, parte por la dificultad de los hombres para verbalizar sus dolencias y problemáticas, esto se debe a la falta de interés del personal médico que atiende que, incrédulo, apenas y toma nota de lo expresado por este¹².

¹² Saucedo [18] sostiene que la lectura de cualquier problema social sensible al género tiene implicaciones conceptuales y teóricas importantes desde el punto de vista de la teoría crítica, ya que revela que la dominación masculina en los sistemas sociales es intrínseca más que accidental, que las identidades de género masculina y femenina corren como hilos rosas y azules en las áreas del trabajo asalariado, la administración y los servicios del Estado, así como en los terrenos de las relaciones familiares y sexuales.

Es decir la identidad de género no es solamente un problema de subjetividades individuales pues se ejerce en todos los espacios de la vida. Algunos servicios de las instituciones del Estado, como pueden ser los servicios de salud, están orientados a un cliente femenino y sólo recientemente con los problemas de los relacionados con la salud reproductiva y el VIH/SIDA empiezan a preguntarse como interpelar a un cliente sujeto masculino. Hay mucho que aprender al respecto.



Conclusiones: hacia la integralidad de la atención a la población masculina

El proceso de medicalización y patologización ha sido efectivo como mecanismo de control y de regulación del comportamiento biológico de la población, ha instaurado una estructura jerarquizada, articulada por estructuras de poder diferenciales para hombres y mujeres que trabajan en ellas pero cuyo fin es uno solo: atender la enfermedad e intervenir el cuerpo. Hablar de reproducción en la dimensión masculina desde una perspectiva de género implica cuestionar la asignación de responsabilidades y derechos para hombres y mujeres de manera diferencial, la especialización excluyente de las mujeres en este tópico disimula las relaciones de poder e institucionaliza la desigualdad con los varones. El mismo proceso reproductivo puede estar reafirmando, validando o reproduciendo el sistema de organización genérica, las creencias y actitudes alrededor de la sexualidad, los roles e identidades masculinas y femeninas que han ido aprendiendo las personas en interacción, los papeles de pareja que cada persona ha aceptado consciente o inconscientemente y las relaciones de poder entre los miembros de la pareja. Esta situación ha apartado a los varones del acceso a los servicios y a la atención médica que necesita.

Se puede concluir que ser hombre es un factor de riesgo para la atención y el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad. El hombre es desatendido, desinformado, no escuchado y minimizado en su paso a los centros hospitalarios, se dificulta con esta actitud que los varones vuelvan a atenderse y sigan las indicaciones producto del mismo círculo que se generó desde su primera consulta.

Con población masculina hetero y homosexual prevalece los prejuicios sociales

más que la preparación, el desarrollo de habilidades y capacidades de atención de la problemática específicamente masculina dentro de los servicios. Se despersonaliza la atención para externar culpa y responsabilidad por parte del cuerpo médico, si bien hay en ello toda una valoración de clase de base, lo que se hace en concreto, es desatender la problemática y estigmatizar a la población; falta preparación, formación y entrenamiento en este sentido.

Esta situación interroga el proceso de formación y capacitación del personal médico y por supuesto los resultados de acciones de salud orientada a la población en general, pues la exclusión, la discriminación, la desinformación muestran claramente que el bagaje anatomofisiológico y la técnica quirúrgica o el conocimiento farmacéutico no son suficientes para brindar atención de calidad que haga verdaderamente integrales las prácticas institucionales de salud llevadas a cabo por hombres y mujeres en el Sistema Público de atención de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal en México.

Referencias

1. Foucault M. Historia de la sexualidad. Tercer volumen: La inquietud de sí. 5ª ed. México: Siglo XXI; 1992.
2. Salas M y Hernández AM. Los sutiles hilos del poder médico no son fáciles de romper... percepción de proveedoras de servicios de una experiencia de calidad de la atención con perspectivas de género. En: Salas Valenzuela M. Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil. México: Plaza y Valdés, SIPAM; 2001. p. 115-125.
3. Tuirán R. Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción. En: Memorias de las reuniones sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México, México: Secretaría de Salud; 1988.
4. Clavreul J. El orden médico. Barcelona: Industrias Gráficas EMEG, Argot Compañía del Libro; 1983.



5. Figueroa JG, Rojas OL. La investigación sobre reproducción y varones a la luz de los estudios de género. En: Urrutia E., coordinadora. Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM), El Colegio de México; 2002. p. 201-225.
6. Viveros M. Orden corporal y esterilización masculina. En: Viveros Vigoya M, Garay Ariza G. Cuerpo, diferencias y desigualdades. Santafé de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia, Colección CES; 1999. p. 160-178.
7. Montes V. Ethos médico: las significaciones imaginarias de la profesión médica en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco; 2004.
8. Salles V. Sociología de la cultura, relaciones de género y feminismo: una revisión de aportes. En: Urrutia E., coordinadora. Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM), El Colegio de México; 2002. p. 435- 457.
9. Conway HK, Bourque SC, Scott JW. El concepto de género. En: Lamas M., compiladora. El género la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG); 2003. p. 21-33.
10. Kimmel M. El desarrollo (de género) del subdesarrollo (de género): la producción simultánea de masculinidades hegemónicas y dependientes en Europa y Estados Unidos. En: Valdés T. y Olavaria J. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile: FLACSO Chile, UNFPA; 1998.
11. Ramírez JC. Madejas entreveradas: violencia, masculinidad y poder. Varones que ejercen violencia contra sus parejas. México: Universidad de Guadalajara, Plaza y Valdés; 2005.
12. Connell R. Gender and Power. Society, the person and sexual politics. Stanford: Stanford University Press; 1987.
13. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En: Lamas M., compiladora. El género la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género PUEG; 2003. p. 327-366.
14. Bourdieu, P. Social space and symbolic power. *Sociology Theory* 1988; 7 (1): 14-25.
15. Figueroa JG, Sánchez V. La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto. En: Lozano Ascencio F, coordinador. El amanecer del siglo y la población mexicana (VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México) Vol. 1. Cuernavaca, Estado de Morelos: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Sociedad Mexicana de Demografía Reproductiva y Sociedad; 2004. p. 257-275.
16. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 1996.
17. Seidler V. Rediscovering masculinity reason, language and sexuality. Londres: Routledge; 1989.
18. Saucedo I. De la amplitud discursiva a la concreción de las acciones: Los aportes del feminismo a la conceptualización de la violencia doméstica. En Urrutia E., coordinadora. Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM), El Colegio de México; 2002. p. 265- 288.
19. Seidler V. La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social. México: Paidós, PUEG, Unam Ciesas; 2000.

