
ESPACIO ABIERTO

**La violencia de género en las prácticas
institucionales de salud:
afectaciones del derecho a la salud y
a las condiciones de trabajo en salud**

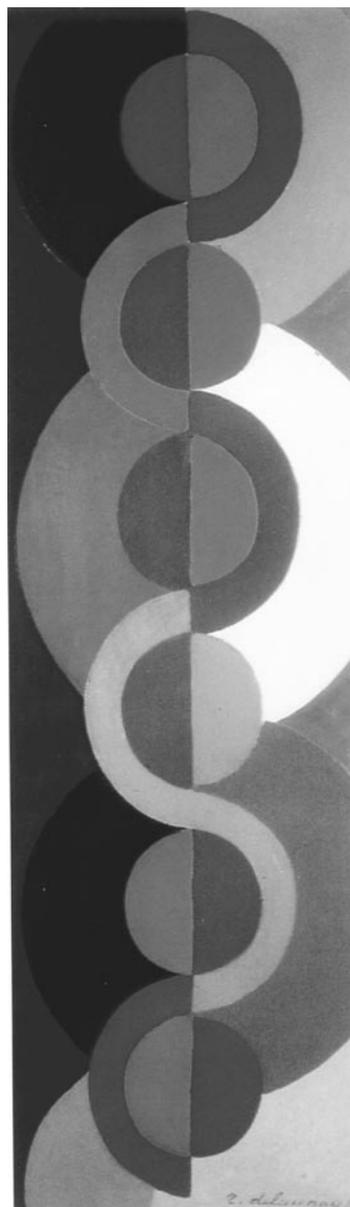
Sara Yaneth Fernández Moreno

**The precautionary principle:
Perspectives involving human health
aspects and environmental risk**

Aldo Pacheco Ferreira

**La reforma a la salud en Chile y su
relación con la matriz socio política
híbrida y sus factores histórico
estructurales**

Alejandro Perdomo Rubio



La violencia de género en las prácticas institucionales de salud:

AFECTACIONES DEL DERECHO A LA SALUD Y A LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN SALUD*

Sara Yaneth Fernández Moreno*

Fecha de recepción: 14-02-07 . Fecha de aceptación 08-05-07

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar la violencia de género presente en las prácticas institucionales de salud ejercida al interior de los servicios ofrecidos por la Red Pública de Atención Hospitalaria de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal –SSGDF-. El abordaje se realizará desde la perspectiva de género, la salud colectiva y la medicina social. La problematización de las prácticas institucionales se hace a partir de la observación directa de diez de los veintiocho hospitales públicos de la red y el abordaje a profundidad de uno de ellos; por supuesto sus conclusiones no pretenden ser generalizables al sistema público de atención del Distrito Federal. Alientan este trabajo la reflexión en tres planos: la formación del recurso humano en salud, las relaciones de poder-subordinación, la relación médico-paciente y las posibilidades de concretar en el contexto institucional los derechos de las personas que son atendidas allí como de las personas que trabajan en la red.

Palabras clave: prácticas institucionales de salud, violencia de género, relación médico-paciente.

Abstract

This article has objective analyzed the gender violence in the health institutional practices in to the services offered by Public Network of hospitalary attention of the Health Secretary of Federal District Government of Mexico City. The approach has been made by gender perspective, collective health and social medicine. The problemize of institutional practices its made since direct observation exercise by ten to the twenty-eight public hospitals of the network and the deeply approach by one of them; of course, their conclusions don't pretend be generalized to all public health systems by Federal District of Mexico City. Inspired this work the three lines of reflection: the human resources in health, formation, subordination-power relationship, medical-patient relationships and the possibilities of concrete in the institutional context the rights persons attended, like the rights of the persons that work there.

Key words: Health Institutional Practices, gender violence, medical-patient relationship.

- * Este trabajo forma parte de la investigación doctoral de la autora. Sintetiza en sí mismo apartados teóricos y resultados de campo que están siendo evaluados en este momento para la titulación en ciencias en salud colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana UAM- Unidad Xochimilco, México DF.
- * Trabajadora social, Universidad Nacional de Colombia; magistra en estudios de población, con especialidad en familia, género y reproducción, El Colegio de la Frontera Norte Tijuana BC., México; tesista del doctorado en ciencias en salud colectiva, UAM-X, México; 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-.



Introducción

Usualmente se ha establecido que las instituciones de salud, particularmente las públicas, son receptoras de situaciones de violencia, esto es, de lesiones, accidentes y agresiones cuyo daño o afectación física amerita atención médica especializada; de hecho, se ha considerado que estas instituciones son el espacio privilegiado para la detección de todas las violencias. De allí que pensar que el espacio hospitalario, su organización y estructura, pueda generar violencia y, en particular, violencia de género, se torna problemático y en contrasentido de la misión médica; sin embargo, no hay que olvidar que la violencia es resultado de un proceso relacional, histórico, construido socialmente como producto de las interacciones sociales entre las personas. Es justamente en este aspecto en el que se concentra este artículo, en identificar las formas de violencia de género en que las prácticas institucionales de salud pueden incurrir y en el análisis de sus alcances y efectos tanto para la prestación del servicio y la atención de la salud como para la realización del derecho de las personas que acuden a las instituciones prestadoras de servicios de salud, como del personal que labora dentro de ellas, que también se encuentra afectado por esta problemática. Para efectos ilustrativos se hará alusión a la situación observada en la red pública de atención hospitalaria de Ciudad de México, mediante referencias puntuales, por supuesto parciales y no generalizables al sistema hospitalario en su conjunto.

La violencia

Ésta se considera como toda forma de interacción humana en la que se busca cumplir un objetivo o lograr un fin, causando daño o perjuicio a otra persona mediante el uso de la fuerza. La violencia es un fenómeno

esencialmente humano, es una producción social, una realidad histórica que cambia en diferentes formas, tiempos y versiones (Franco, 2004); siendo consustancial a las personas, se relaciona con la forma como éstas se asumen en tanto seres humanos sexuados y generizados, adscritos a una identidad y orientación sexual específica. Aún no se sabe las dimensiones y el impacto global de la violencia. El Banco Interamericano de Desarrollo afirma que su ejercicio genera costos directos (bienes y servicios usados en el tratamiento y la prevención), costos no monetarios (impacto de salud que no genera una demanda inmediata por los servicios de proveedores médicos), efectos multiplicadores económicos (menor participación de las víctimas de la violencia en el mercado laboral, menor productividad en el trabajo (menor capital social), efectos multiplicadores sociales (erosión de capital social) y efectos de transmisión intergeneracional (BID, citado en el Boletín Epidemiológico de Antioquia, 2000).

Por esta razón, la violencia y todas sus formas se constituye en un problema prioritario en salud pública; atender sus manifestaciones y entender sus complejidades contribuye a su mejor comprensión, abordaje, prevención y tratamiento. Las formas de violencia, desde las más elementales y cotidianas hasta las más contundentes, son susceptibles de ser identificadas y abordadas a tiempo. La institución sanitaria es un escenario idóneo para abordarlas; su lugar de referencia como centro de atención y tratamiento de los problemas conexos, derivados directa e indirectamente de la violencia hace que todo acercamiento en esta dirección cobre relevancia.

Violencia de género

La violencia asociada a la guerra y la confrontación bélica, respaldada en la legitimidad

del poder del Estado para ejercerla, ha sido aceptada y avalada por la sociedad en pro de la defensa de la soberanía del Estado-Nación. Este es el concepto universalmente aceptado de violencia, no así el de violencia de género, asociado a la violencia contra las mujeres, la violencia sexual y/o sexista. Hablar de la violencia de género en este contexto implica referirse a una acción de potencia y de fuerza que se ejerce sobre hombres y mujeres, con base en las construcciones sociales y culturales y en razón de la pertenencia a un sexo específico o en razón de su orientación sexual. Dicha acción se manifiesta de acuerdo con la posición y condición de subordinación en la que se encuentra cada sujeto en las diferentes dinámicas de poder; estas acciones se hacen evidentes en las relaciones interpersonales y sociales que operan cotidianamente para el funcionamiento y desarrollo de las instituciones y de la sociedad en su conjunto (Fernández, Hernández, Paniagua, 2005).

Este concepto relacional busca caracterizar y visibilizar las formas de violencia que tienen como sustrato o base la condición genérica de las personas, traducida en relaciones de poder-subordinación que en situación de violencia han sido definidas como estructuras emisoras de violencia y estructuras receptoras. Las últimas pesquisas teóricas han orientado esta lectura hacia la desvictimización de la violencia y a la mirada dialéctica del proceso que ella misma genera, dado que para que el hecho violento se presente, se requiere un emisor y un receptor de la misma; investigaciones de orientación analítica han identificado mecanismos o dispositivos psíquicos que favorecen uno u otro lugar, por parte de las personas implicadas en la situación violenta (Jaramillo, 2002).

Las modalidades de violencia de género varían en su contexto, secuencia y aparición; pueden ser reiteradas, simultáneas, combinadas, de diversas temporalidades; la más de las

veces sus manifestaciones son veladas, sutiles, difíciles de identificar como violentas, aunque todas ellas generan malestar y de manera reiterada terminan afectando el desempeño de las personas y produciendo daño, que puede ser desde temporal hasta permanente e irreversible (Fernández, et.al., 2005); dentro de ellas se pueden encontrar:

- Acoso sexual
- Agresión verbal
- Agresión física
- Agresión psicológica
- Gestos obscenos
- Discriminación
- Control del tiempo por parte de otro-a
- Castigo
- Burlas y piropos obscenos
- Amenaza
- Maltrato
- Intimidación
- Abuso
- Chantaje
- Exclusión
- Violación sexual

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

La violencia de género puede ser leída desde la movilización organizada, esto es, desde el trabajo de organizaciones no gubernamentales



mentales y redes de trabajo en la materia que han denunciado sistemáticamente su presencia en las instituciones públicas. El caso más conocido es la revictimización de las mujeres que han sido violadas en el proceso de denuncia y recolección de pruebas y peritajes legales que se requieren para asentar la denuncia y que comprometen tanto a las instancias de salud como a las instituciones legales de provisión de justicia.¹ El trabajo de estas redes y movimientos se inspira en la perspectiva de género, como una postura epistemológica e inclusiva que promueve el trabajo conjunto en la detección y abordaje de la problemática de la violencia de género, no hablando exclusivamente de la violencia hacia las mujeres o la violencia de pareja, sino recogiendo múltiples expresiones de la misma.

La referencia al caso de la violación y al proceso posterior de denuncia llama la atención a situaciones conexas que comprometen el trabajo de las instituciones de salud, donde muy frecuentemente se tiene conocimiento de comportamientos poco ortodoxos y no apegados a los protocolos médicos de revisión de casos, como lo son los servicios de salud sexual y reproductiva y la atención en salud; tanto la atención como la desatención en esta área no sólo han sido interpretadas como formas de exclusión, discriminación y violencia —el caso de los adolescentes, personas homosexuales, portadoras de VIH, varones, entre otras—, sino como formas concretas de vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas.

Las formas de violencia de género no suelen denominarse como tal, situación que dificulta su detección, registro e identificación, dado

1 El Instituto Nacional de Psiquiatría Mexicano, en su curso anual sobre violencia de género, ilustra ampliamente esta situación para el caso del Distrito Federal.

el rezago en la formación específica en la materia por parte del personal que atiende, lo cual se verá en detalle más adelante, donde existe el subregistro y la invisibilización de sus manifestaciones.

Las prácticas institucionales de salud

Las relaciones de poder-subordinación han sido la base de toda organización social característica de todo grupo humano. Cómo se constituye, distribuye y aplica el poder es un asunto relacionado con la diferenciación, la valoración y la apropiación de elementos básicos para detentarlo. La asimetría de estas relaciones en las instituciones hospitalarias se ilustra en el modelo de atención que éstas ofrecen, pues la relación entre agentes institucionales y actores sociales está determinada por la complejidad y las funciones burocráticas propias del sector que sigue siendo hasta ahora, de forma mayoritaria en el caso mexicano, monopolizado por el Estado.

Las instituciones de salud se han visto, en general, como parte de las estructuras públicas estatales y como tal, organizaciones con funcionamiento, delineamiento y operación precisa, articulada y coordinada con los sistemas para los cuales funciona. La relación costo efectiva, el manejo gerencial y los modelos administrativos han influido a las instituciones de salud, en tanto lo han hecho también con los cambios en la forma como se ha asumido en los últimos años la administración pública en general. De allí que considerar las prácticas institucionales de salud, apunte a aspectos que llaman la atención sobre la configuración del hacer diario en salud en las instituciones sanitarias.

Las prácticas institucionales de salud son parte de las actividades generales de las

instituciones sociales como la familia, la educación y la iglesia, entre otras, que inciden de manera importante en la construcción de identidades, el control del cuerpo femenino y la división sexual del trabajo; las relaciones e interacciones sociales también se desarrollan en la cotidianidad de la institución hospitalaria. Aun cuando el concepto de integralidad de las prácticas institucionales, propuesto por la escuela brasileña de la medicina social, se erige como camino a seguir, se hace evidente que en países como México la institucionalización vertical de enfoques de trabajo en salud novedosos, como los de salud reproductiva en los noventa y los de prevención de la violencia en los primeros años del presente decenio, propicia el reforzamiento de las prácticas que llevan a los prestadores de servicio a prescribir unilateralmente y bajo la forma de recetas para la conducta, las prácticas de salud más convenientes para la población, sin que ésta se involucre, se corresponsabilice y las incorpore en su vida cotidiana, lo cual refuerza el acrecentamiento del poder y el saber médico (persistente en medicalizar todo problema social como la violencia y como la sexualidad, aislándolo del alcance de la comprensión de la población), sin tomar integralmente en cuenta las aspiraciones, necesidades y deseos de la población (Salles y Tuirán, 2003).

Los espacios institucionales son claves en la toma de decisiones y se revelan como espacios de poderes e intereses y evidencian proyectos políticos diferentes. Esto puede ser observado en las instituciones de salud, al menos en dos situaciones: en la relación médico-paciente —en la adversidad entre la autonomía médica y la autonomía del paciente— y en la relación entre usuarios y servicios —que instaura una superioridad de los conocimientos técnicos en contraposición a los legos—; se abre aquí un espacio de desigualdad mayor cuanto más grande sea la insuficiencia de información y mecanismos

esclarecedores capaces de preparar a los usuarios para el ejercicio de sus derechos en el ámbito de la salud. Como dicen Pinheiro y Madel (2001: 17): “Al final, los servicios de salud se constituyen en un escenario vivo, donde actúan actores sociales distintos en el desarrollo de sus prácticas, generando diferentes percepciones sobre lo que se demanda o se ofrece en materia de salud”.

Desde la mirada de la salud colectiva, las prácticas institucionales se definen como el conjunto de estructuras organizativas cuyos saberes y actividades en salud se desarrollan como propuesta organizada a través de un medio institucional —el médico asistencial— desde donde se ejerce el hacer profesional y el desempeño del trabajo médico orientado a la atención y la prestación de servicios de salud; como tal, las prácticas institucionales integran acceso, atención y educación en salud, implican la disposición de saberes, equipos y técnicas, y materializan la formación del recurso humano en salud desde la visión del reconocimiento de los derechos de las personas que incluyen, por supuesto, la garantía de derechos sexuales y reproductivos como parte integral del derecho a la salud.

En la práctica institucional, el trabajo cotidiano en salud puede develar en su interior la discriminación y las brechas de género presentes en las estructuras institucionales. Cuando éstas se manifiestan, se evidencian mecanismos que entorpecen la misión médica de atención, educación y proyección social de la instancia prestadora de servicio, se impide el desarrollo personal de quienes integran la institución y se afecta el alcance de metas y objetivos, además del goce de los derechos tanto de las personas usuarias, como de las personas prestadoras de servicios.

Cuando la violencia de género hace su aparición en las prácticas institucionales de salud



se convierte en una amenaza LETAL para el funcionamiento institucional, por su sutileza, invisibilidad y connaturalidad. Ésta difiere en sus manifestaciones y consecuencias según edad, sexo, orientación sexual y ocupación. Las prácticas se adecúan al sistema de salud que las contiene, esto es, a una estructura orgánica que le permita cumplir metas, objetivos y acuerdos, la cual tiene alcance en los objetivos de salud que el país ha pactado nacional e internacionalmente; de allí que la presencia de formas de violencia de género en su interior altere seriamente su trabajo, misión y deber ser.

Las prácticas institucionales se desarrollan en medio de un complejo entramado de relaciones e interacciones entre diversos actores; son continuas, personales, intransferibles, y en muchos casos inevitables; en cuanto son estructuras formales de organización, para que sean integrales, estas prácticas deben traducir y atender las necesidades de las personas, de forma interdisciplinaria, articulada en redes institucionales e intersectoriales.² Se entiende que para ser integral se tiene en cuenta que en materia de salud, cada persona con sus necesidades singulares y colectivas es concebida como objetivo y meta de la institución; traducida así, la práctica institucional de salud se constituye cotidianamente en un escenario de derecho, materializado en la prestación del servicio, de la atención y del cuidado a la salud.³ La

triada personal médico/institución/población usuaria se articula en el trabajo y el hacer cotidiano de la institución mediante la interrelación de normas y prácticas que orientan a quienes las conforman; ésta llama permanentemente a la praxis para entender la mediación actores-sociedad y es en medio de ella donde justamente puede aparecer la violencia de género.

A continuación, se extractan apartados de un trabajo de campo extenso realizado en los hospitales públicos del gobierno del Distrito Federal en Ciudad de México. Durante diez meses se visitaron y observaron rutinas, prácticas cotidianas, interacciones entre personal de salud y población usuaria, consultas médicas, áreas clínicas, áreas administrativas y cambios de turno. Una vez pasado un periodo de observación importante, se llevaron a cabo conversaciones a profundidad con personal de diferente sexo, tiempo de servicio y cargo. De ninguna manera los resultados de dichas observaciones pretenden ser generalizados, su mención y alusión es ilustrativa y puede servir de referencia para la observación y detección de la violencia de género al interior de las prácticas institucionales de salud que implican la formación de recurso humano, la relación laboral interna, tanto administrativa como clínica, y la prestación del servicio.

El acercamiento a campo

Para llegar a campo se recurrió al interaccionismo simbólico, como el enfoque más adecuado para la realización del estudio. Uno de sus mayores aportes es la noción del orden negociado, al enfatizar que la sociedad es el resultado de interacciones, negociaciones

cada actor. Abordar este campo implica integrar la dimensión individual y la dimensión colectiva propia de las instituciones de salud; ésta, de entrada es interdisciplinaria y su abordaje requiere la más de las veces de la integración de la visión cualitativa y cuantitativa para su mayor comprensión.

- 2 Las prácticas institucionales suponen la integralidad en la atención; atención informada, calificada, profesional, confidencial y respetuosa. La cotidianidad de estos preceptos hace verdaderamente integral dicho ejercicio. Aun cuando se obedezca a la construcción organizativa de la oferta y la demanda del servicio, se incluye en su consideración las relaciones laborales y el ambiente de trabajo desarrollado en su interior. Se toca directamente la relación médico-paciente (autonomía de las partes) y la participación social (tanto de la población usuaria y prestadora de servicio).
- 3 Existe en el trabajo cotidiano en salud la relación dialéctica entre conocimiento y subjetividad de

y replanteamientos permanentes entre los actores sociales que la constituyen. Strauss (1973) introduce la noción de orden negociado, a partir justamente de sus estudios en instituciones psiquiátricas, al hacer evidente la negociación cotidiana que se da en instituciones que, como éstas, son reguladas por reglas aparentemente rígidas y cristalizadas. En la realidad de estas organizaciones, sin embargo, se reconoce dentro de ellas movilidad y cambios permanentes, producto de las alianzas, roles, responsabilidades, derechos y obligaciones, entre cada uno de sus miembros (Salles y Tuirán, 2003).

Los ordenes institucionales y las prácticas han sido conceptualizadas desde la teoría sociológica clásica representada en Weber (1964), de quien se puede tomar esta caracterización de las instituciones, en este caso de salud: división del trabajo altamente especializada; existencia de roles, reglas, tareas, rutinas y procedimientos claramente definidos para todo el personal; alta jerarquía de autoridad y de calificación laboral, organizada en pirámides formales de responsabilidad, control y vigilancia; trato impersonal entre los agentes institucionales y entre éstos y sus clientes o usuarios; la permanente rotación y sustitución de personal especializado.

Goffman (1970), apoyado en el enfoque dramático se acerca también al análisis de la interacción social, examinando la realidad a manera de escenarios y representaciones que recogen lo individual y lo colectivo en el campo de la interpretación y estudio de la acción y la interacción social. Aunque el caso médico tiene sus matices por el estricto control del escenario donde ocurre la interacción, por las razones específicas que originan la interacción y por la brecha de competencia entre quien ofrece la atención y quien la recibe.

el lenguaje, como la forma más clara de comunicación verbal y no verbal que se expresa a través del cuerpo y de las palabras. El interaccionismo simbólico y sus exponentes exploran estas posibilidades, mediante la combinación creativa de instrumentos, formas y recursos para extraer y analizar los elementos que muestran más elocuentemente las prácticas institucionales que interesa observar en este caso. Los mismos Berger y Luckmann desde los sesenta (1968) identificaron que los vínculos de los individuos con las instituciones son experimentados a menudo en términos impersonales y coercitivos. La relación entre agentes institucionales y actores sociales adquiere formas y matices diferentes de acuerdo con la naturaleza, estructura, complejidad y funciones de las organizaciones burocráticas que brindan servicios de salud. El interaccionismo simbólico es entonces la escuela desde la cual se analiza la producción social de la interacción entre las personas, interacción por demás llena de símbolos y significados.

Dado que se trata de analizar y comprender los significados que el personal de salud asigna a la violencia de género y a la forma en que su práctica, de alguna u otra manera, connota justamente el conflicto entre géneros dentro de una institución de carácter público como la de salud, se desarrolla una investigación cualitativa en la cual se recurre a un conjunto de prácticas interpretativas, que parten del vínculo indisoluble entre el mundo objetivo y el mundo intersubjetivo de los sujetos; implica observación directa de situaciones reales y cotidianas, etnografía institucional que trabaja en la construcción no estructurada de los datos y busca el significado de la acción social de acuerdo con la perspectiva de los sujetos investigados.

La presencia cotidiana en la institución permitió desarrollar familiaridad con el contexto, con las personas y con la rutina establecida para caracterizar las formas de



interacción; en un momento posterior, se llevó a cabo un acercamiento específico con diferentes personas, por medio de conversaciones en profundidad para hablar de las normas, las regulaciones, los hábitos y los sentidos que ellas le dan a su práctica diaria en el hospital. El contraste entre lo observado directamente y lo dicho y descrito por ellas, ayudó a ganar profundidad y comprensión. La validez del estudio, en este caso, y como lo señalan Ferreira y Goncalvez (2002), es reflexiva; entiende que quien investiga es parte del área contexto o cultura que busca representar y entender.

Para la descripción y análisis de la información se abordarán los siguientes tópicos: recurso humano en salud, formación médica, problemas de la atención, relaciones de poder- subordinación y formas de violencia de género presentes en la institución, para luego dar paso a las reflexiones finales.

Recurso humano en salud

Para este apartado es importante señalar las particularidades del funcionamiento de las instituciones públicas mexicanas, entre las cuales se encuentran las de salud, con entramados burocráticos complejos, aún vigentes; con contratos colectivos de trabajo que fragmentan al personal oficialmente sindicalizado del otro personal; con regímenes de jubilación particulares que apenas empiezan a reformarse y por supuesto, herencia del corporativismo priísta del Estado y el país por setenta años: una marcada jerarquía de cargos y un ambiente de trabajo desigual entre los diferentes niveles de operación, local, estatal y federal. Algunos de los sistemas burocráticos de este período siguen vigentes y no se han modificado, aunque a partir del 2000, el país está pasando por un recambio de régimen político.

La planta de personal de la red hospitalaria del Distrito Federal no ha sido ampliada des-

de la creación de los hospitales, lo cual tuvo lugar entre los años setenta y ochenta, la red sigue funcionando con el mismo personal de base pese a la creciente necesidad de atención en salud por parte de la población. Las especialidades no están cubiertas y por tanto las acciones de salud se restringen a lo que hay; desde luego hay practicantes de medicina y enfermería en los hospitales, internos y residentes que hacen sus guardias y tienen su docencia en la red, pero las necesidades a cubrir van más allá de las posibilidades reales de las instituciones en conjunto y en particular de la institución abordada.

hay unos mont. Blanc que están en rotación, esos son buenos tienen entre 90 y 95, hay estudiantes perisur que son las delgadas con ombliguera más bien regulares, son de 70... y hasta 85 pero por la ombliguera (médicos adscritos docentes hablando sobre los estudiantes de medicina).

Por ser instituciones de enseñanza médica las observadas, como buena parte de los hospitales de la red, la problemática de la escasez de espacio de agudiza; residentes, internos y especialistas entre adscritos, y pasantes en el área médica ya son difíciles de encontrar manejar en términos de autoridad y coordinación; paradójicamente, éstos no tienen espacio de descanso o de enseñanza adecuados para el tiempo que permanecen en el hospital y para las actividades que realizan. La mayor responsabilidad médica la tiene el adscrito; le sigue en responsabilidad el médico residente y en la base se encuentra el interno, quien está terminando su formación básica en medicina. Esta corresponsabilidad marca relaciones jerárquicas y diferenciales del colegaje y la relación personal del gremio. Vale decir que ser responsable significa que firma asumiendo responsabilidad penal, civil y administrativa del manejo de cada caso, pero quienes en realidad proporcionan la atención directa son las y los estudiantes,

los cuales cubren todos los turnos con sus guardias y rotaciones.

El ausentismo se da frecuentemente y mucho más en el personal adscrito y de base (quien es el de menor proporción presente en el hospital). Las guardias se cubren entre residentes e internos, quienes deben cubrir turnos completos. Las condiciones de vinculación son desiguales y diferenciales; los adscritos están cubiertos por garantías sindicales, pueden tener pases de salida o de entrada (llegada hasta dos horas tarde o salida dos horas más temprano), compensatorios por puntualidades acumuladas, tres periodos de vacaciones al año, tres días de falta injustificada al mes, pueden llegar a acumular con permiso hasta diez días al mes sin amonestación; la hora de lactancia está asignada para las trabajadoras, estipulada por nueve años —no por nueve meses, un error en la convención sindical la dejó así y hasta ahora no se ha corregido—. Respecto de las y los residentes e internos, quienes no tienen concesión ninguna más allá de las académicas o de formación, se puede decir que el estrés y el cansancio en este grupo es evidente, especialmente por la falta de personal; no hay suplencias, lo cual recarga el trabajo de las y los presentes frente al ausentismo del personal adscrito.

No claro es que esto del ausentismo del que hablo es clave, es que en este turno debemos ser seis y tres siempre faltan y nos toca siempre asumir la carga de las demás y allí es donde empiezan los problemas y los roces. Pero así es todo el hospital, por eso prácticamente de ser hospital entre semana pasamos en fin de semana a ser puesto de socorro (T.S.- F.S).

El personal de enfermería es el sector más organizado y coordinado, característica que distingue al gremio, el cual centra su labor en la atención directa y en el cuidado de

las personas. En este sector se resienten las jerarquías médicas, en especial en el manejo de normas elementales de higiene, asepsia y comunicación; al decir de las enfermeras, los médicos no aceptan observaciones ni recomendaciones de su parte y son las personas más complicadas para manejar la normatividad básica de asepsia y prevención de infecciones. Instrucciones tan básicas como el lavado de manos, el uso de uniforme quirúrgico completo y las medidas de protección son difíciles de seguir por parte de los médicos. Las enfermeras dicen que al sólo mencionárselo se molestan. Si estos problemas prevalecen, y la unidad observada es de enseñanza, es de esperar que se aprendan también las conductas arriesgadas y las actitudes autoritarias del personal de base de mayor tiempo de contratación o de mayor nivel de formación clínica.

A continuación, se abordarán las características de la formación médica relacionada con la comunicación con la población usuaria, la actitud médica, el sentido del servicio, las rutinas aprendidas de poder; antes de pasar a los problemas de atención de salud y las relaciones de poder subordinación presentes en la institución hospitalaria.

Formación médica

La comunicación con la población: lo primero que aprende el estudiantado al ingresar al hospital es que hay rutinas, procesos y procedimientos incuestionables e inapelables. Existen procedimientos y responsabilidades específicas y jerarquías, autoridades y cuotas de poder entre quienes integran el servicio desde la parte clínica y desde la parte administrativa. La comunicación con la población usuaria es de instrucción, no de comunicación, es de señalamiento e indicación más que de diálogo; es técnica, restringida y operativa más que educativa y formativa, desde luego no es profunda. Respecto del entorno



hay canales y jerarquías que se deben respetar, cubrir y no cuestionar o intentar pasar. Entre más bajo el escalafón más exigencia y peso de la jerarquía sobre cada quien. La comunicación entre gremios está claramente diferenciada entre las instancias médicas y clínicas, que además de ser operativas son académicas y percibidas como autoridades.

La jefa comenta que al principio cuando ella llegó este médico insultaba a los residentes en frente de las pacientes, gritaba a todo el mundo, no colaboraba en tareas de grupo y luego de varios enfrentamientos con él, el personal optó por aislarlo y él aislarse de todo el mundo.

La actitud médica se aprende en el día a día desde la rutina, con todas sus anormalidades e irregularidades, así como las cotidianidades juntas. Si se es clínico hay una actitud y una licencia para mantener la distancia, la impersonalidad e incluso la antipatía que, entre otras cosas, se pondera irónicamente entre el personal como requisito para ser buen clínico. La postura, la actitud y el gesto se aprende en la institución, los cuestionamientos y las preguntas no necesariamente tienen respuesta, se da por sentado que la no respuesta y la verbalización mínima es característica del gremio, el cual sólo se expone entre iguales: médicos con médicos, enfermeras con enfermeras, estudiantes con estudiantes, etc., cada uno por separado.

Las diferencias y características de la población atendida no son consideradas como claves en las problemáticas. El saber médico y el discurso técnico prevalecen sobre tales rasgos, por eso la práctica médica acentúa las diferencias entre las personas y las desventajas que cultural y socialmente existe entre ellas (el hecho de ser hombres o de ser mujeres por ejemplo, el morbo si es homosexual y la discriminación si la persona es pobre y particularmente desaseada), dejando

prevalecer el prejuicio y las valoraciones estigmatizadoras en su ejercicio de atención.

En mi consulta privada y según la colonia donde atiendo hay otro tipo de relaciones, pero aquí falta mucha educación, falta mucha cultura y por eso hay tantos problemas, estas mujeres son sumisas, con malos maridos, irresponsables e infieles (médico adscrito).

En buena parte, el personal adscrito no guarda medidas elementales de protocolo médico: lavado de manos, uso de bata, protección en áreas restringidas, quirófanos, salas de recuperación cirugía, tococirugía entre otras;⁴ el personal en formación lo ve y lo replica, ello se ve como natural y como rutina y se asimila e imita, pero no se piensa reflexiona o cuestiona.

Es que llevo siete horas atendiendo yo solo la consulta, no he podido salir a comer y ya estoy cansado, así me equivoco no me concentro, es que además yo que culpa si vea, este útero tan pequeño (médico adscrito).

El sentido del servicio: con la percepción de la diferencia de la instancia privada, el servicio en las entidades públicas se autodescribe como lento, saturado, deficiente, limitado y restringido, rezagado de la tecnología y los avances científicos; la labor educativa se deja a las carteleras, las deficiencias estructurales de la institución son señaladas como las causantes de un servicio deficiente; cuando se plantean problemas del servicio, las externa-

4 En campo se tuvo la oportunidad de acompañar, precisamente, la evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad que a nivel federal se adelantaba en ese entonces y las calificaciones más bajas en estos tópicos, lavado de manos, medidas básicas de bioseguridad y protocolos de prevención de infecciones nosocomiales las obtuvieron los médicos, más que las médicas, incluso.

tidades son tantas que el personal se repliega y en algunos casos se victimiza.

Las rutinas aprendidas del poder: los turnos y la lógica institucional cambia permanentemente, la población asistente también; sin embargo, las bases de la jerarquización de los oficios áreas y competencias se sostiene pues es parte de la división del trabajo y de las prácticas que en la cotidianidad refuerza y fundamenta el trabajo de las mujeres en la atención directa y el cuidado y el trabajo de los hombres en la dirección y las indicaciones médicas desde el saber y el poder médico sobre el asistencial.

Médica obstetra residente de segundo año atiende a una mujer oaxaqueña de veinte años que no siente a su bebé hace dos días: (...) *señora no se oyen los latidos de su bebé esos que escucha son los suyos, usted ya inició proceso de parto y la vamos a atender pero lo más seguro es que su bebé ya está muerto.... firme aquí y anote que yo ya le expliqué esto para poder hacer el procedimiento (indicación del médico adscrito al servicio, no de ella como médica tratante) avísele a su acompañante para que sepan porque usted se va a quedar.*

Las jerarquías de cargo fundamentado en el discurso técnico y científico van sedimentando escalas de poder que se asimilan de adscrito a pasante, de adscrito a residente, de residente a interno y de médico a enfermera y del personal de salud en su conjunto sobre la población que ocupa la última escala de relaciones y sobre la cual opera toda la lógica de la acción de un servicio que es además un derecho pero que es ejecutado por la institución en su conjunto como un servicio.

La situación de la atención se complejiza aún más entre mujeres alrededor del cuidado, como es el caso de la enfermería y las auxiliares

de enfermería, y entre médicos cuyo saber clínico científico masculinizado se desarrolla alrededor de la atención, las labores y los trabajos del cuidado que son permanentes, operativamente precisas y concretas, pues se perpetúan, desde la lógica institucional, los roles de jerarquía sociocultural masculina y los espacios de diferenciación femenina. De esta manera, el saber médico asumido por un hombre o una mujer es profundamente masculinizado, sobrevalorado en la institución por su responsabilidad y alta precisión. Desde allí, se validan las desigualdades, los abusos y las diferencias entre compañeros de trabajo que no son del área médica clínica sobre las áreas de apoyo generalmente desarrolladas por mujeres en su mayoría en trabajo social, enfermería, laboratorio clínico, auxiliares, psicología, entre otras.

Problemas de la atención en salud

Para introducir este apartado es importante referir de manera particular una breve descripción del funcionamiento del sistema de salud en el Distrito Federal (DF), administrativamente autónomo y considerado de régimen especial, pues no es contabilizado como una unidad estatal adicional a las treinta y dos existentes, sino que maneja reglamentación propia, recursos propios y autonomía político administrativa, encabezada por la jefatura de gobierno del DF, cargo que distingue a la máxima autoridad de la ciudad, quien tiene bajo su responsabilidad el funcionamiento de dieciséis delegaciones con sus respectivas colonias y administra también la zona metropolitana, que llega a triplicar su población, convirtiendo a Ciudad de México en una de las ciudades más grandes y más pobladas del mundo. El DF es la entidad federal con mayor concentración de servicios de salud del país, pero este sistema está altamente fragmentado con servicios diferenciados en función de la capacidad de pago o de prepago de la población. A



través suyo se atiende el total de la población residente, tanto la beneficiaria de la seguridad social pública, como aquella no derechohabiente de ésta, que se conoce con el nombre de población abierta, y además, a una parte de la población residente en el área conurbada (SSGDF, 2004: 34).

López y Blanco (2004) mencionan que si bien la Ciudad de México concentra, como ninguna otra entidad, recursos e infraestructura para la atención a la salud de la población sin seguridad social, su distribución es desigual, concentrándose sobre todo en la parte central de la ciudad. Las unidades hospitalarias están ubicadas en donde estaba la población hace 30 y 40 años y, en su mayoría, el diseño y construcción de las unidades médicas responden a los principales problemas de enfermedad y muerte de esa época (atención pediátrica y materno-infantil). Esta situación se agrava por la baja inversión federal para adecuar la disponibilidad de servicios de salud a los patrones demográficos, epidemiológicos y de poblamiento de la ciudad actual y futura. El hospital público más reciente, data de 1986.⁵ La ampliación de unidades de primer nivel de atención tuvo un impulso importante en el periodo 1979 – 1982. Posteriormente, su crecimiento ha sido lento y, sobre todo, a expensas de la incorporación de unidades muy pequeñas (uno o dos consultorios) sin desarrollo de laboratorio clínico y de gabinete, por lo que la capacidad resolutoria es limitada.

Como entidad pública la Secretaría de Salud sostiene el funcionamiento de los hospitales a su cargo a través del funcionamiento de la red pública de atención que actualmente maneja la lógica de la gratuidad en el Distrito Federal, mientras el gobierno federal mexi-

cano ha venido manejando otro sistema que se llama seguro popular y que aparte de los sistemas privados, prepagados y los sistemas de cotización de la población trabajadora y derechohabiente, cubre a la población abierta sin seguridad en salud. La apuesta del seguro popular es subsidiada, apoyando a las personas según su capacidad de pago a cubrir un paquete básico de atención al año, mientras la apuesta de la gratuidad, sostenida hasta este año por la Secretaría de Salud del gobierno federal, defiende a la salud como derecho ciudadano, garantizado constitucionalmente y obligado por parte de las entidades que la conforman.

Es que póngase a pensar cómo me toca trabajar aquí, me siento como un gladiador que lo mandan a pelear sin casco, sin escudo y sin espada, así no me queda otra opción más que correr y darle vueltita al turno (médico adscrito).

A la voz de las y los trabajadores del sector, la gratuidad trae inconvenientes pues en la realidad, para materializarse, requiere dotación, insumos y medios de trabajo que no hay; para el día a día, la queja permanente de los prestadores de servicio es que tales insumos no son suficientes, son irregulares y limitados. La postura en general es para qué hablar de gratuidad si en lo concreto la atención es deficiente y limitada por el abasto. Esta posición lleva a los prestadores a calificar la medida más política y de corte populista que real o conveniente para el sistema de salud.

Paradójicamente, buena parte de los prestadores de la red pública trabajan jornadas compartidas en las instituciones de salud del régimen de trabajadores asegurados. Estos describen el trabajo en tales instituciones diametralmente distinto al desarrollado en la red pública, frente a lo cual vale la pena preguntarse sobre la lógica de tales afirma-

5 En 2005 se inauguró el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, en Tláhuac; sin embargo, a la fecha no ha entrado a su pleno funcionamiento.

ciones y más aún del sentido de hacer estas separaciones cuando estas mismas personas son las que trabajan en ambos espacios. ¿Hay entonces prácticas distintas por parte de las mismas personas por el sólo hecho de cambiar de contratista? ¿Es entonces plenamente válido hablar de derecho y servicio en la institución privada más no en la pública?

Es que estamos ofreciendo es cantidad no calidad y si la gente aportara un poco podríamos proponer mejores tratamientos o tener insumos para atenderla mejor (médico adscrito).

Lo público en este contexto es leído como instancia destinada a reformarse o perecer. Se caricaturiza la red y la entidad pública como instancia y estructura premoderna, rebasada en la demanda, pensada para dinámicas urbano rurales, hoy excedidas por el crecimiento de la mancha urbana y las problemáticas de salud de la población usuaria. Lo grave de esta situación es que se desdibuja la noción de derecho, elemental en el ámbito de lo público.

Dicen que gratuidad pero aquí se ofrece cantidad no calidad, creo que el seguro popular es mejor porque la gente puede ayudar a pagar cosas que nos faltan para atenderla bien. No creo que vayan a privatizar, eso es muy difícil, pero mire no más la estructura que tenemos, si no hay dónde acomodar a las personas (médico adscrito).

Cuando se plantea el cambio de régimen del Distrito Federal al seguro popular, el sector médico cree conveniente que entre el seguro popular, convencido de que los copagos cubrirán los recursos faltantes para la atención y mejorará las condiciones de trabajo. Es importante señalar al respecto que en otros países como Colombia, la experiencia ha

sido adversa, los dineros recaudados llegan a la administración del sistema, pero no a la atención directa de la población.

La Red completa funciona en cuatro turnos de trabajo para ofrecer la atención las veinticuatro horas: de lunes a viernes el matutino, de 8 a 2 p.m.; vespertino lunes a viernes de 2 p.m. a 10:00 p.m.; los turnos nocturnos, que son guardias, de 10:00 a 8:00 a.m. los siete días de la semana y los turnos fines de semana de doce horas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Así las cosas, el personal de salud considera que en un mismo hospital funcionan en realidad cuatro hospitales, con lógicas distintas, ritmos de trabajo también distintos y con necesidades diferentes. De hecho, el personal disponible por turnos cambia drásticamente en los cuatro contextos.

Los servicios de urgencias, trauma y tópicología (ginecobstetricia) son los permanentemente demandados y rebasados en capacidad. La hospitalización, las pocas especialidades y la atención diagnóstica baja su funcionamiento en los turnos vespertinos, nocturnos y fines de semana. Vistas así las cuatro instituciones que operan en el mismo lugar tienen una distribución de personal muy diferente, se satura el turno matutino mientras se descubren los demás turnos con el agravante del ausentismo ya señalado.

En la lógica de la atención, el flujo de personas es conducido mediante el filtro de la demanda y de la atención en los tres servicios: tococirugía, urgencias, consulta externa. Se asume que las personas deben esperar, despertar a primeras horas de la madrugada para tomar ficha y esperar para ser atendidas y sobre todo, esperar a ser llamadas, pacientemente. Los pasillos de esta área de los hospitales de la red suelen ser insuficientes para albergar a todas las personas que llegan a recibir atención. Para algunas directivas esto se debe al exceso de



acompañantes que trae cada paciente; la verdad es que el número de sillas disponibles y en servicio son aun insuficientes para la cantidad de personas en espera.

Desde la llegada, las personas son llamadas en voz alta, interpeladas a leer toda la documentación y a manejar la lógica operativa de la consulta: la filas para la toma de signos vitales, archivo y laboratorio; la espera al llamado de consulta, y la fila para la entrega de medicamentos (los que hay en subsistencia y que maneja la Secretaría en su cuadro básico de atención).

Vea señora usted es la que tiene que esperar al médico, usted es la que debe esperarnos a nosotros, no nosotros a usted (enfermera de base).

Cualquier equivocación en el papeleo es de la población usuaria, los documentos incompletos, la toma irregular de medicamentos, la no mejora de la salud se relaciona con su descuido. Las parejas atendidas en medicina familiar son atendidas en conjunto, los hombres reciben el diagnóstico y las restricciones de hábitos alimenticios, pero la dosificación de la medicina, la toma de preparados y las modificaciones alimenticias —así sea para ellos— son dirigidas a las mujeres, quienes además suelen contestar las preguntas de la consulta para los dos.

En la población prestadora existen cánones estándares de comunicación: terminología, frases e instrucciones que tienen más un carácter técnico que pedagógico o didáctico. Las explicaciones en detalle no suelen darse y las ayudas de comunicación son limitadas, se restringen a las enormes carteleras y murales que las estudiantes y los estudiantes de enfermería elaboran y que contienen mensajes con alto contenido moral y conductual restringido; a manera de ejemplo se afirma en algunas de estas carteleras que las mujeres

adultas que se embarazan, así como las adolescentes, corren el riesgo de tener abortos, hijos nacidos con bajo peso al nacer, riesgo de retraso mental y/o malformaciones. Que si se consume alcohol, se fuma, se es hipertensa, desnutrida, obesa se pone en peligro la vida propia y la del bebé. Los viajes largos y la carga de objetos pesados pueden causar abortos o partos prematuros. La paradoja es que estos mensajes llegan a mujeres de sectores populares con limitaciones en su alimentación, con largas jornadas de trabajo, en buena parte cabeza de familia viviendo en zonas retiradas y la más de las veces con varios hijos y bajos ingresos.

La estancia promedio para la atención en consulta externa es de seis a cinco horas en cuyo lapso no hay sesiones educativas, charlas y difusión de información de interés general para la prevención de la enfermedad o la promoción de la salud, desde luego con estos horarios se presentan más mujeres que hombres, más ancianos que jóvenes y más población infantil y desempleada.

Vea, ese señor que vino no va a volver, está muerto del miedo, no va a operarse y le toca, pero no vuelve (médico tratante).

Los hombres que tendrían acceso al servicio son minoría y la atención hacia ellos es puntual; las orientaciones son diferenciales y cae sobre ellos la percepción de su miedo a lo médico. El distanciamiento e indiferencia por parte de los médicos perpetúa su aislamiento y alejamiento de las instituciones de salud, excluyendo a esta población de una atención oportuna y adecuada.

Los problemas conocidos son vistos como parte de la lógica institucional y la normalidad de la cotidianidad de las instituciones de salud, como por ejemplo, el ausentismo médico, la falta de personal, la carencia de

insumos, el deterioro de la estructura hospitalaria, la falta de mantenimiento y sobre todo la deficiente conservación del mobiliario existente. Frente a tal percepción se trasluce la resignación, la rutinización de la carencia y la anomia del personal frente a las posibilidades de cambio de condiciones de atención, de comunicación y de mejora del sistema público de atención.

Es cierto también que hay cansancio de parte del personal, sobrecarga de funciones y de trabajo, porque las mismas personas contratadas hace veinte años deben realizar todas las tareas de atención que se han complejizado y aumentado por los mismos avances de la medicina y por el mejor conocimiento que existe de los factores de riesgo de la enfermedad y del cambio de patologías de la población en el país y la ciudad.

Parte de los cambios sensibles en el sistema son la normatización de ciertos programas y el manejo de protocolos de atención, que ahora se instauran con la intención de proteger los derechos de las pacientes y garantizar la calidad de la atención; por ejemplo, el consentimiento informado, que implica niveles básicos de comunicación por parte del personal médico de las características de la atención, las limitaciones existentes y las posibilidades de tratamiento locales inmediatas o extraordinarias por parte del paciente con los riesgos derivados de cada una de las atenciones. Tales garantías son comentadas por el personal de salud como acicate del oficio médico, como candados a los que hay que responder más con el ánimo de salvaguardarse individualmente el personal médico de las responsabilidades penales, civiles y administrativas del trabajo clínico que con la perspectiva de ofrecer mejor atención, mejor comunicación, proteger el derecho de las personas que atiende y mostrar una mejor disposición para la prestación del servicio.

Las formas, papeleos y notas se llevan buena parte de los tiempos de atención y restringen la comunicación médico-paciente, haciéndola más formal y técnica, menos comunicativa y dialógica con estas personas dentro del servicio.

Hay servicios que se supone se deben prestar pero se carece en toda la red de los especialistas para prestarlos; hay protocolos de trabajo y de atención que no se pueden llevar a cabo por la ausencia total del personal capacitado, pero en buena parte por la restricción de personal para desarrollar gran parte de las actividades que requieren los programas; por esta razón, prevalece el trabajo operativo y curativo sobre el educativo y preventivo de la salud. Un buen ejemplo de esta situación lo constituye precisamente el programa de detección y prevención de la violencia de género que no ha podido implementarse porque no hay personal con tiempo disponible que pueda asumirlo.

Relaciones de poder – subordinación

Dentro y fuera de la institución, las jerarquías se mantienen. Existe un evidente distanciamiento entre el personal médico clínico y el resto de personal, incluyendo el de enfermería; la sola pertenencia al gremio implica trato diferencial, distanciamiento respetuoso e impersonal en la comunicación y manejo claro de jerarquías y de división de tareas, de trabajo y de responsabilidades.

La escasez de recursos recarga las tareas y oficios del cuidado a cargo de enfermería, procedimientos manuales y operativos que llenan prácticamente su turno no permiten espacios de capacitación, atención más personalizada, ni comunicación más cercana entre el personal y entre éste y la población usuaria. Los turnos están llenos de rutinas, papeleos, rotaciones y actividades donde



cada persona tiene aprendizajes y prácticas estandarizados y ejecutados durante años, incluyendo las limitaciones e incapacidades propias de la institución y de su estructura.

Sí doctora, le digo que aquí nos llega de todo, nos llegan mujeres golpeadas, otras anémicas y desnutridas, de todo se ve aquí. Es que a usted no le ha tocado venir cuando está más pesado, ¿no ha venido de sábado a domingo? Hemos llegado a tener 45 pacientes y las hemos atendido hasta en el suelo, eso ha llegado a ser en un solo turno. En el matutino hemos llegado a tener 13 partos seguidos, aquí no paramos, a veces ni agua podemos tomar (enfermera de base).

La disciplina médica, la revista médica, acto de autoridad y de jerarquía profesional por parte de las y los médicos; la asistencia es multitudinaria y aunque se centre sobre los casos, no se refiere directamente a la persona, las personas usuarias; las y los pacientes siguen siendo referidos como casos o como camas, la revisión de rutina es impersonal y llega a percibirse como mecánica; poca o mínima es la conversación con las personas, la celeridad del trabajo no da tiempos individuales para atención personalizada. Tal vez quienes más condiciones favorables tienen para desarrollarla sean los miembros del personal de enfermería, pero la cantidad de trabajo puede llegar a ser tanta que estos tiempos se restringen. Hablamos de dos, máximo de tres enfermeras, para atender salas con capacidad de alojamiento de cuarenta y dos personas en turnos vespertinos, en contraste con seis en el turno matutino.

La comunicación en el trabajo se desarrolla entre papeleos formatos y procedimientos, los nombres de las personas son borrados y se usan los apellidos. En algunos casos la rutinización y los caracteres de las personas

han generado conflicto y la inmovilidad laboral ha llevado a perpetuarlos, afectando al trabajo cotidiano; médicos que no se hablan entre sí, que no pueden trabajar conjuntamente y personas que nunca establecieron acercamientos comunicativos, aun cuando trabajaran en el mismo servicio durante años.

Es que este médico que le digo es imposible, tiene un carácter durísimo y cuando no me deja llorando a una paciente, me deja llorando a mi personal (enfermera jefe de servicio).

La formación de las jerarquías la da el cargo, la preparación y la antigüedad, aunque estos hospitales tienen congelada la planta de base, lo que hace que sean personas que se conocen desde hace tiempo y que ya no estén dispuestas a ceder o modificar su actitud con sus compañeros o compañeras, y no son pocas las instancias donde se tienen diferencias.

El rictus de la práctica ha llevado a la tecnificación del trabajo, lo cual distancia aun más la comunicación y modifica la dinámica del cuidado y la atención; por eso los papeleos y trámites llenan el grueso de las actividades operativas realizadas por médicos, enfermeras y trabajadoras sociales; las rutinas aprendidas, como las salidas a los desayunos y las comidas durante largos espacios de tiempo se hacen inamovibles, tanto como la captación de los espacios de enseñanza por parte de internos y practicantes; las ausencias sabidas y consentidas de parte del personal de algunos médicos son cotidianas e incorporadas al día a día, esto hace que los tiempos efectivos de atención de las personas se reduzcan aun más y que se juegue con la paciencia de las personas.

La actitud con la atención es culpabilizadora y los protocolos estrictos minimizan el espacio interactivo usuario prestador. Toda la

formalización busca aceleradamente cumplir los papeleos y firmar absolutamente todas las formas y copias para eximirse de responsabilidades, como pasa con el consentimiento informado.

Ay señora, está en trabajo de parto ya tiene dolores y se le ocurre comer? Por favor, se pasa!! (médica residente tratante).

Paciente que no se deje revisar hágale firmar, antes explíquele lo que le va a hacer y su necesidad de evaluarla, si no se deja pídale que firme que se negó a la revisión, porque si pasa algo o hay una complicación ya no nos hacemos responsables. (médica especialista adscrita).

Hay en las responsabilidades una especie de demonización de las incriminaciones civiles, penales y administrativas que recaen sobre el prestador si no las ejecuta o firma, por ello y dado que la persona que recibe el servicio lo desconoce se le insta a que firme consentimientos “informados” para los procedimientos y la atención, así no hayan los recursos, los materiales o los especialistas. Para hacer que la persona firme se le enfatiza en las responsabilidades institucionales e individuales y los riesgos que asume con cada indicación y con su observancia.

Vea señora, usted sabe que le debo hacer el tacto vaginal por su bien pero si no me deja hacerlo me debe firmar aquí que se negó al examen, nosotros ya no respondemos si le queda una gasa usted se infecta o algo (médico interno tratante).

Todo contacto con las personas atendidas es leído como procedimiento y como responsabilidad, por eso juega tan a menudo la culpabilización de la persona si no se tomó todo el tratamiento, si se movió del espacio de la cita, si no respondió rápidamente al

llamado, si no atendió las indicaciones o no leyó las instrucciones, o desatendió las recomendaciones. Se llega a tal punto con esto que se hace firmar al margen de los formatos por parte de la población usuaria que se sabe de las restricciones del servicio y que aceptan ser atendidos; así, estas notas suponen que se libra de responsabilidades a la persona que atendió porque era un riesgo sabido y necesario que se corrió con su consentimiento; la responsabilidad en últimas busca trasladársele al usuario, así los procedimientos y la atención la haya realizado el médico.

Servicio lleno, pasa una mujer a sala desnuda y sangrante, queda descubierta un buen rato hasta que pasa la enfermera con una sábana y la tapa “ya sabes manita, como es que les gusta el panorama” (nota de campo).

Quizás en este espacio es donde sea más evidente la violencia cotidiana del hospital, pues la confidencialidad en camas múltiples y con rotaciones enteras de pasantes, practicantes residentes y adscritos se rompe. Cuando los exámenes y los procedimientos exploratorios más íntimos se realizan frente a cuatro o cinco, personas y al lado de otras que serán sometidas a lo mismo, destape de cama, descubrimiento y exposición del cuerpo llega al punto de ser tan minimizada que en su ejercicio se reduce la persona examinada a la parte afectada del cuerpo, a la dolencia en revisión y desaparece su nombre.

El proceso de parto es tal vez el más agresivo de todos: la espera, el seguimiento y la exigencia de celeridad por parte del personal frente a la abarrotada demanda del servicio reduce a las mujeres atendidas a un espacio común de exhibición de corporeidades e intimidades tan celosamente guardadas por tradición y cultura que contrasta con este espacio donde son tan públicamente expuestas.



Señora, estése quieta, se va a caer, mire no la vamos a poder atender si se mueve así, estése quieta, vamos a llamar a su familiar para que se la lleven, si es que se está moviendo mucho, parece un gusano (enfermera de base).

Ya señora, no grite parece una ambulancia, como va a ser un embarazo de treinta semanas y que no sabía que estaba embarazada, eso fue un hijo no deseado, vea doctora, la señora ni se moscó cuando el médico le llevó al niño, es que lo tuvo sin controles de ningún tipo (enfermera de base).

Formas de violencia de género presentes en las instituciones de salud

La violencia de género como fenómeno no es conocida, se ha oído de ella sólo recientemente. Parte del personal ha recibido la formación de los talleres de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal –SSGDF– para el programa; sin embargo, se asocia el término con violencia hacia las mujeres. Sin duda hace falta capacitación a todo el personal, consciente de la necesidad de formarse mejor para atender la problemática palpable en la institución.

Referidas ya las reflexiones hacia formas directas de violencia de género presentes en las instituciones de salud, al interior del trabajo como en relación a la atención de la población se encuentran las siguientes formas:

El acoso sexual, médico- enfermera, médico-estudiante es el más referenciado:

Este es un médico conflictivo y problemático, con la fama entre el personal de acosador y grosero, conocido por sobrepasarse con pacientes y trabajadoras del hospital,

con quienes ha intentado sobrepasarse, tuvo una nota disciplinaria en su expediente y a la menor falta puede ser despedido, por esa razón ninguna enfermera quiere asistirle la consulta y el personal de archivo solo le pasan hombres y adultos mayores (nota campo).

¿Ese doctor? Es tremendo, ha tenido tantas quejas, que ya no le mandan sino viejitos y hombres, yo una vez acudí con él por una otitis y un mareo y me dice desnúdese para revisarla, pero Dr., le dije, es por el oído, no miija usted puede tener parásitos. Y así nos hizo a varias, hasta que se quejaron de él (trabajadora administrativa).

El Dr. del consultorio X es bien especial, me hace sentir muy rara, luego es bien morbos, las enfermeras me han dicho que entre lo menos posible a su consultorio, y sí, es que es muy raro, muy bravucón y le dice a uno de cosas; a una compañera llegó a plantearle incluso que se fueran a un motel. Él a mí me busca conversación, me dice que le lleve agua para invitarme un café con galletas pero a mí no me gusta (estudiante de enfermería).

Hay un caso que creo está mal, hay personas mal de la cabeza, es la situación de un compañero que todo lo toma por el lado sexual, todo lo que le digas y todo lo que habla lo hace en términos sexuales, está mal que yo lo diga, pero seguramente es algo de su cabeza que todo lo ve en el doble sentido, hace preguntas inadecuadas que no le caben a la gente, como es que para ver unas anginas me vengas con preguntas con contenido sexual, nada que ver (médico adscrito).

Hace años trabajé en la unidad móvil de salud con tres hombres, dos médicos y el conductor y uno de los médicos buscó y buscó por dónde, se insinuaba, me rozaba y me tocaba mucho, desde un comienzo yo me hice respetar y como la cosa seguía le

advertí a mi jefe que yo me iba a defender porque ya le había advertido que no me molestara. Dicho y hecho no volvieron a meterse conmigo y desde entonces me dicen la Doña, eso es lo que yo le digo de las relaciones de poder, si usted se deja... (enfermera base).

En el área administrativa también se detectó acoso sexual ligado al acoso y al chantaje:

Trabajadora administrativa, acosada laboral y sexualmente por su jefe, de manera sostenida y continua, todo intento de detención por su parte fue repelido por el jefe quien tomó represalias ante su negativa, girando oficios, memorandos y reportes de su trabajo a su expediente y circuló rumores sobre ella con todo el personal, inventó circunstancias y lugares y ridiculizaba su trabajo. Cuando ella acudió al sindicato se encontró la sorpresa de que su jefe ya había ido, la credibilidad en su gestión se perdió cuando el sindicato sólo le dijo que al jefe le iban a llamar la atención, cosa que nunca ocurrió (nota campo).

El maltrato y el castigo entre jerarquías médicas, la aplicación de la autoridad y las relaciones de poder-subordinación entre adscritos, residentes, internos y pasantes no sólo es común, sino que se considera parte de la formación y la disciplina médica, hecho que dificulta enormemente la percepción y la visibilización de la violencia que, como se ve, termina siendo naturalizada por las mismas autoridades académicas:

Caso de una médica interna agredida y maltratada por residentes y adscritos al hospital donde llegó a rotar, residentes mujeres la han reprendido en frente de sus pacientes y le han gritado frente a la indiferencia de los médicos adscritos. Ha sido ofendida verbalmente y maltratada físicamente, nadie ha intervenido por supuestas razones de jerarquías, la estudiante no tiene respaldo

alguno. Hasta que la interna se decide a cursar un acta donde explica los hechos para notificar a las instituciones donde ha rotado. Se le recomienda acudir a la coordinación académica a cargo, respaldada por oficios y actas firmadas de recibido en todas las instancias. Para el coordinador académico el asunto no reviste mayor importancia por considerar que la estudiante padece de alteraciones de personalidad (nota campo).

No si chantaje sí hay, aquí es lo que más se ve, el hecho de los favores mutuos yo te hago este favor y luego tú me lo haces, eso es común y corriente aquí y es un chantaje entre compañeros (médico adscrito).

Siempre ha habido con los internos esas situaciones, maltratos, tensiones entre internos y médicos, los problemas entre personal médico y paramédico siempre han existido. Aunque ha cambiado mucho, antes eran más marcadas las jerarquías, los residentes, internos, adscritos y estudiantes tenían marcados sus niveles y no se hablaban los unos a los otros, eso ha cambiado (médico, directivo adscrito).

Hay en medio de las conversaciones con el personal administrativo, y también con enfermeras y estudiantes, evidentes matices y diferencias incluso en su percepción de lo considerado violento o problemático en la atención con la población como en el ambiente de trabajo dentro de las áreas:

También se da el caso de que por el tiempo que llevamos acá hay mucho compañerismo y camaradería entre nosotros, entonces por cariño le decimos a las compañeras mi vida, corazón o en tono paternal hija y eso es lógico, llevamos mucho tiempo juntos, claro que tiene rasgos afectivos y sexuales pero es lo normal (médico adscrito).

Hay una compañera que no le gusta que uno le diga mi vida, mi corazón, ella ya cree que



por eso hay acoso sexual y eso ya es francamente exagerado (médico adscrito).

Las trabajadoras sociales y las enfermeras son muy discriminadas porque muchas de ellas nos son profesionales ni licenciadas, aquí hay enfermeras empíricas de hace treinta años y que nunca estudiaron sino la primaria y son vistas como técnicas o como asistentes (médica adscrita).

Claro no has visto cómo devuelve los oficios a la secretaria para su corrección le coloca Bruta, necesita trasplante de cerebro, ¿no te los ha mostrado? Ella los tiene (trabajadora admitiva).

Para el personal masculino es menos perceptible considerar ciertos comportamientos como agresivos o violentos, se les adjudica un valor convencional de costumbre o tradición. De hecho, el considerar la existencia de violencia se tiende a reducir a áreas específicas relacionadas muy especialmente con la atención a las mujeres:

No hay área donde haya más violencia y más agresión verbal que ginecología, ni siquiera urgencias, ni cirugía ni medicina interna, ahí usted ve agresiones hombre a hombre, mujer a mujer, hombre a mujer, es tremendo cómo puede ser que las mujeres sean tan agresivas con otras cuando en cualquier momento de la vida pueden ellas pasar a la misma situación (médico, directivo).

Ella es doctora, que no sabe ni donde vive, ni cuándo nació, ni cuántos años tiene (interno) Es que es de Oaxaca doctora, ellas no saben ni dónde viven (médico, adscrito) Y qué pasa con eso yo soy de Guerrero (médica, adscrita).

Para la identificación de áreas de conflicto de tensión y de violencia diaria el mismo personal cita las unidades de tococirugía y las salas de parto para referirse a problemas de violencia, el ejercicio de observación di-

recta fue abundante en ejemplos de primera mano:

Parto prematuro, mujer de 22 años, paciente muy sensible al tacto, grita, llora, patea a la residente. No me patee señora, me va a lastimar, si no se deja, le van a quedar residuos, si sigue gritando así, no le voy a terminar el procedimiento y se va a quedar así, pero me tiene que firmar que no se dejó (médica tratante). Es que me duele, desde que me caí me duele, me lastima doctora (paciente) Ya señora déjese coser o la dejo así, pero me firma, me debe firmar entonces que no se va a dejar coser ni hacer el procedimiento completo (médica tratante).

A todas les duele señora, deje de gritar, si grita, pasa a su boca, no abajo donde el bebé lo necesita, mire por estar gritando le está quitando oxígeno a su bebé, si pierde la fuerza al pujar el bebé se devuelve y ya no va a querer salir (médica residente).

Ya no le digas nada, yo no le voy a hacer nada más y además la voy a hacer firmar porque no me colaboró y no pude hacer el procedimiento (médica residente). Es que la doctora me lastimó, me pellizcó la pierna y me maltrató, me cae gorda y yo no tengo con qué pagar (paciente).

Pregunta la paciente ¿Qué es? Y responde la enfermera no se dice qué es, es más importante saber si está bien, si está sana y no qué es, ¿no cree señora? (nota campo).

Para el personal femenino, en cambio, la diferencia del trato y la manera de atender a la población es claramente diferenciada entre hombres y mujeres, especialmente las enfermeras notan las diferencias sutiles del hacer diario en el trabajo hospitalario:

A los médicos hay que volver a educarlos, se les olvidó todo lo que aprendieron; aquí actúan como quieren, vienen de la calle al quirófano a atender pacientes, no usan los

uniformes reglamentarios, cuando esos son los principales medios de contaminación y de infección (enfermera base).

Los médicos mujeres las noto más sensibles, conversan más con los pacientes, los tratan mejor, les explican bien y son más detallistas, los hombres en cambio son más secos, van a lo que van y les rinde mucho la consulta (estudiante de enfermería).

No sé lo que les pasa a los médicos, muy pocos son los que hablan con las pacientes, les explican y les dedican tiempo (enfermera jefa).

No doctora, lo que pasa es que hemos perdido la empatía con los pacientes, ya no hay comunicación de verdad, eso se ha perdido (enfermera jefa de servicio).

En el momento de la atención se evidencia la presencia de valores estereotipados de género, de clase, algunos estigmas frente a la población usuaria por su procedencia, sexo, edad y servicio; ante la situación de hacinamiento, falta de espacio y recursos el que se haga explícitos tales prejuicios no es visto como inconveniente:

Máquina de escribir en mano a pleno pulmón en medio de sala de partos pregunta la médica o el médico tratante: señora, es usted casada, soltera, unión libre, cuántos compañeros sexuales ha tenido, cuántos embarazos incluidos este, ha tenido abortos, métodos de control, ocupación, edad, uso de drogas, etc. (nota de campo).

Cuando un hombre o mujer como paciente en la consulta da su impresión, hace preguntas o cuenta su dolencia con detalle, el médico lo interrumpe de forma tajante y corta la comunicación con él (nota campo).

Es de resaltar la forma en la cual se reconoce la violencia ejercida por el personal femenino de enfermería hacia la población usuaria por parte de sus compañeras y compañeros de trabajo:

Las enfermeras de medicina preventiva regañan mucho a la gente, hubo una paciente de 17 años con gemelos que ya tenía un bebé de dos años y la enfermera la regañó porque era madre soltera, le dijo que registrara a los niños con el apellido del papá para hacerlo responsable porque ella sola no podía con los tres hijos, aparte, que fuera pensando en operarse para no tener más hijos, incluso me preguntaron a mí, pero yo creo que eso sólo lo puede decidir es ella, si quiere tener 20 ella los puede tener, pero es ella la que debe decidir, porque esa no es la forma, la enfermera hasta terminó diciéndole que ahí estaba pagando la calentura (estudiante de enfermería).

Paciente de 37 años esperando legrado, permaneció dos días en toco sin que le hicieran procedimiento sale a piso esperando turno y regresa al tercer día quejándose del maltrato que recibió en piso, dice que las enfermeras le gritaron y la maltrataron mucho que prefería quedarse en el servicio. Al despertar del procedimiento seguía balbuceando que no la pasaran a piso, que allá tratan mal a la gente y la gritan (nota campo).

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

A mí nunca me tocó, ni en el internado, ni en la residencia, yo simplemente hacía lo que me decían que hiciera, los castigos eran con guardias, sólo que en algunas partes eran semanas el encierro por no haber hecho bien las cosas, pero yo nunca me sentí discriminado, ni maltratado en mi formación (médico directivo adscrito).

No falta la incredulidad y la excepción de parte de personal que no cree que haya posibilidad de violencia en el hospital y más con el



personal, se llega incluso a esgrimir justificaciones para que tal situación no se considere como tal. Llama más la atención cuando el esfuerzo lo hace una estudiante, quien no puede creer que en el sitio donde se está formando se produzcan estas situaciones:

También habría que ver qué hizo mi compañera con ese médico que le digo que se había propasado, quién sabe ella qué le dijo o qué hizo que él de una vez le hizo semejantes propuestas (estudiante de enfermería).

Estas percepciones de situaciones que pueden interpretarse como violentas movilizan otro tipo de reflexiones sobre el trato diario, la formación y la comunicación interna entre personal y entre el personal con la población; paradójico resulta ser que haya diferencias en la percepción de la violencia entre instituciones públicas; así, se valora en alto grado a las instituciones altamente especializadas, respecto de las propias:

Hay algo muy importante que es la actitud, la actitud negativa del trabajador, del médico, de la enfermera que afectan la atención y la comunicación con la gente, se ha vuelto un trato distante, inhumano y despersonalizado, estamos cayendo en la falta de humanismo en la atención y así es muy difícil. Fíjese usted la diferencia con el Instituto de Nutrición que desde el portero hasta el médico tratante dan respeto y trato digno a las personas, mientras que en el cancerológico que queda al lado hay un trato grosero y autoritario (médico directivo adscrito).

Hay reflexión e introspección sobre la propia situación como mujeres y hombres frente a la violencia. Se recuerda, por ejemplo, la propia vivencia de la violencia y ésta se relaciona con los aspectos culturales, familiares y sociales que caracterizan los contextos donde este personal creció:

Yo soy de una familia pobre, con problemas de alcoholismo y maltrato, mi papá le daba

golpizas a mi mamá y yo vi eso, por eso quería estudiar y lo logré, mi hermana también, y ¿sabe qué doctora? Hace poco mi hermano me dijo no si me hermana es una chingona (enfermera jefe de servicio).

Sí, aquí se aguantan muchas cosas pero es porque la cultura nos enseñó así, que las mujeres deben ser sumisas, que deben obedecer, que así deben portarse y por eso es que aquí en el hospital ni las mismas enfermeras se dan cuenta, ellas mismas le dicen a los pacientes, pórtese bien señora para que no le peguen, e incluso le preguntan a las mujeres qué hicieron para que les pegaran (enfermera jefa de servicio).

La preocupación se hace evidente cuando esta situación se relaciona con el quehacer y la rutina diaria, porque se sabe que va a terminar afectándolos, más aun cuando se sabe que es por las condiciones mismas en las que se debe trabajar y que poco o nada van a modificarse.

Yo fui coordinador y es que no aguanta doctora, yo tengo muy mal genio y los compañeros son bien difíciles, no se puede trabajar con ellos (...) más de una vez presenté mi renuncia a la coordinación, aquí nadie quiere responder, hay gente médica y clínicamente muy buena pero como personas son muy difíciles (médico adscrito).

Hace tres años hubo trece enfermeras con parálisis facial, eso nunca se investigó, pero está relacionado con el estrés y la carga de trabajo, hay compañeras muy jóvenes que ya tienen problemas de columna y limitaciones físicas para hacer su trabajo (enfermera base).

La actitud de los especialistas en consulta es muy diferenciada algunos tratan de personalizar la atención, pero otros atienden de dos o tres pacientes simultáneamente (médico adscrito).

Doctora, no está aburrida de ver tanta gorda, yo sí, yo ya estoy cansado y eso es muy aburrido (médico pediatra adscrito).

Elementos dinámicos y complejos forman parte del contexto de la violencia de género en las prácticas institucionales de salud, estudios como los de Castro (2003), Erviti (2007), Ramírez (2005) y Valdez (2004) han referenciado el papel disciplinario de la profesión médica en la práctica y muy especialmente la actitud médica frente a situaciones cotidianas de atención que van en detrimento no solo de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de la población usuaria. Aquí habría que decir que también de los propios derechos del personal del hospital; más allá de ello, se vulnera a la salud como derecho ciudadano, como acción afirmativa de los sujetos de derecho que se supone la institución hospitalaria, como institución pública atiende. El personal lo sabe y lo percibe, pero lleva años trabajando en la misma dinámica y en la misma tónica, no cree en los cambios y no confía en la institución, ha sido un tiempo inmovilizador para la mayoría que considera que la transformación de esta situación debe venir de fuera y no de dentro del hospital donde trabaja, la desconfianza en sus propias estructuras y colegas incentiva el desanimo y la baja perspectiva de cambio de dirección.

Reflexión

Identificar la violencia de género al interior de las prácticas institucionales de salud, mediante este ejercicio, permite deducir que efectivamente ésta es una problemática inherente e incorporada en el quehacer diario de las instituciones hospitalarias observadas; enraizadas dichas prácticas en los saberes médicos hegemónicos como superiores y portadores de por sí, de poder, sin cuestionamiento ninguno, masculinizadas, naturalizadas en el ejercicio cotidiano mediante

rutinas, actitudes, lenguaje y manejo de este saber, mismo que está legitimado por la institución desde la organización misma de los servicios, las funciones de cuidado, atención e instrucción (enfermería y trabajo social, áreas femeninas) y desde las intervenciones y diagnóstico (médicos y especialistas, áreas masculinizadas). Esta situación no es exclusiva de las instituciones públicas, aunque el análisis se centró en una de ellas vale la pena señalar que en las instituciones hospitalarias de carácter privado se encuentra esta misma situación.

Es importante señalar el papel de lo público en el contexto del presente análisis puesto que —en tanto instancia garante de derecho— la institución gubernamental hospitalaria, es perfectible y modificable; cualquier transformación que mejore su labor y garantice la función para la cual fue hecha (materializar los derechos de las personas que atiende) es fundamental desarrollarla y alentarla. Esta situación no es particular del sistema médico hospitalario mexicano, es de todas las instancias hospitalarias de cualquier país que se precian de ser públicas y que tiene como función prestar un servicio, garantizando un derecho humano básico como lo son la atención y el cuidado a la salud.

Ello contrasta con el poder y el conocimiento médico en la institución de salud observada, que deja poco espacio para el reconocimiento de la noción de derecho y más aún del reconocimiento de su efecto agresor o limitante del espacio personal, del reconocimiento, del respeto y de interlocución de otro mujer, hombre, anciano, niño. En el espacio hospitalario tales nociones se borran, terminando por naturalizar las formas sutiles, contundentes y efectivas de violencia de género. Es precisamente en lo público que se supone se desarrolla y se realiza la noción de derecho, donde la noción de derecho se minimiza y se diluye en el peso y la jerarquía



de la institución hospitalarias, en este caso del sistema público de atención.

La formación y el entrenamiento médico ritualiza la diferencia y la brecha entre personal de salud, entre hombres y mujeres por supuesto, asume y absorbe las diferencias y connotaciones genéricas de la sociedad y de la cultura, suscribiéndola en su funcionamiento diario. Las diferencias sociales y culturales no se consideran para mejorar la atención, o enfatizar en la educación y la prevención, sino para justificar las diferencias y naturalizar los ejercicios de poder y las formas de violencia cotidiana ejercidas en la institución, entre compañeros y compañeras de trabajo como entre el personal y la población usuaria después de todo el discurso técnico y científico que prima en la institución que lo avala.

Hay rezago de contenidos y temas nuevos para la actualización de la práctica médica entre el personal adscrito que desempeña la labor de enseñanza en los hospitales observados, lo cual hace más difícil la transformación de la práctica institucional hacia horizontes más equitativos y libres de prejuicios, actitudes y comportamientos que eventualmente puedan generar violencia. Hasta tanto la visibilización, la identificación y el registro de la violencia —propia como externa— no se lleve a cabo, su percepción, abordaje y tratamiento se verá cada vez más lejana.

Las prácticas médicas observadas, desconocen las particularidades de las personas, su singularidad social y cultural frente a fenómenos de la vida, la enfermedad y la muerte. En el fondo esta lógica distancia a la institución de las personas, permite la incursión de formas violentas, reduce el ejercicio de derecho a la atención y al servicio y obliga

entonces a construirla a visibilizarla, reto importante para la acción ciudadana, para la discusión comunitaria de los servicios que se tienen y con los cuales se cuenta.

La precariedad de la situación se ve exacerbada por las fallas estructurales del servicio, la falta de insumos, la recarga de turnos, el ausentismo y la enorme diferencia percibida entre la institución pública que atiende a población abierta y la institución que lo hace con derechohabientes, quienes cotizan su atención. La visión público-privado diferenciada, desdibuja en el personal su percepción de desempeñar un trabajo de igual calidad o de adecuada atención, razones todas que se presumen difíciles, si no imposibles de vencer, para desarrollar cambios viables.

El acercamiento a las prácticas institucionales desde la salud colectiva y la medicina social permite evidenciar la problemática de la violencia de género al interior de las instituciones hospitalarias. Las posibilidades de articular integralidad de la atención se ven fortalecidas con miradas género sensibles y propuestas metodológicas de las ciencias sociales, como la aplicada en el presente ejercicio mediante la observación en campo, la conversación en profundidad y el ejercicio etnográfico de la institución hospitalaria. La integración de miradas ayuda a la identificación, el registro y la visibilización de fenómenos que por cotidianos no se advierten problemáticos como el caso aquí referido de la violencia de género. Existe la violencia de género en la institución hospitalaria y afecta tanto al personal que labora en ella, a sus prácticas institucionales, como a la población usuaria del servicio, lo cual vulnera sus derechos y potencialidades y naturaliza e invisibiliza la violencia impidiendo su reconocimiento, tratamiento y abordaje oportuno.

Bibliografía

- Banco Interamericano de Desarrollo – BID- Violencia doméstica, Informe Especial BID. Washington D.C. Citado en el Boletín Epidemiológico de Antioquia -DSSA-. 2000; 25 (1-3).
- Berger P, Luckmann T La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1968.
- Castro R, Ruiz A Violencia contra mujeres embarazadas en el estado de Morelos: hallazgos preliminares. En Paz López, Langer A, Espinoza G. Compiladoras. En Género y política en salud. México: UNIFEM, SSA, 2003.
- Erviti J Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. Ponencia presentada en el XII Congreso de investigación en salud pública. Investigación para el diseño de políticas. X Simposio, segundo día. Cuernavaca: marzo 7-9; 2007.
- Ferreira DS, Goncalvez De Assis Abordagens Quantitativa e Cualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças Cap VII. En De Souza Minayo MC, Ferreira Deslandes (orgs.). Caminhos do pensamento, epistemología y método. Río de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- Franco S ¿De qué sirve la medicina social para el estudio de la violencia? Seminario XXX años de Medicina Social. México: UAM X; 2004.
- Fernández SY, Hernández GE, Paniagua RE Violencia de género en la Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, Departamento de Trabajo Social, Centro Interdisciplinario de Estudios en Género, Centro de Investigaciones Sociales y Humanas, Colombia; 2005.
- Goffman E Ritual de la interacción. Análisis y perspectivas. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1970.
- Jaramillo AM La tiranía de los ideales. La subjetividad y la violencia intrafamiliar en En Otras Palabras, 2002; enero – junio (10) .
- López O, Blanco J Paradojas en las coberturas de atención a la salud en la Ciudad de México en Población, servicios y marco construido. 3er Congreso Internacional RNIU. México: Editorial de la Red Nacional de Investigación Urbana; 2004, p. 117-126.
- Pinheiro R, Madel L Práticas eficaces por Modelos ideais: Acao e Pensamento na Construção da integralidade. Cap. I. En Pinheiro R, Araujo de Mattos R. organizadores. Os sentidos da integralidade na atencao er no cuidado á saude. Rio de Janeiro, Editora IMS, UERJ, ABRASCO; 2001.
- Ramírez JC Madejas entreveradas: violencia, masculinidad y poder. Varones que ejercen violencia contra sus parejas. México: Universidad de Guadalajara, Editorial Plaza y Valdés; 2005.
- Salles V, Tuirán R Dentro del laberinto. Jornadas 140, Serie Centro de Estudios Sociológicos. México: El Colegio de México; 2003.
- Secretaría De Salud del Gobierno del Distrito Federal -SSGDF-, Organización Panamericana de la Salud -OPS- Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud -OMS-, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo -ASDI-. Reducción de la exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del Gobierno del Distrito Federal. México: Editorial Color; 2004.
- Straus M Antropología estructural. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires; 1973.
- Valdéz R Respuesta médica ante la violencia que sufren las mujeres embarazadas. En Torres Falcón M. Compiladora. Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. México: El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, -PIEM- ; 2004.
- Weber M Economía y sociedad: esbozo de la sociología comprensiva, Sección de Obras de Sociología, Fondo de Cultura Económica, 2 volúmenes, México: 1964.

