

T
715

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

103911

**Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco**

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva**

**VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS PRÁCTICAS
INSTITUCIONALES DEL PERSONAL DE SALUD DE UNA
INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE LA RED PÚBLICA DE
ATENCIÓN DEL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO**

**Tesis que para obtener el grado de
Doctora en Ciencias en Salud Colectiva presenta**

Sara Yaneth Fernández Moreno

Comité Tutorial:

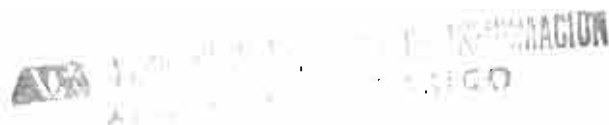
Directora de Tesis

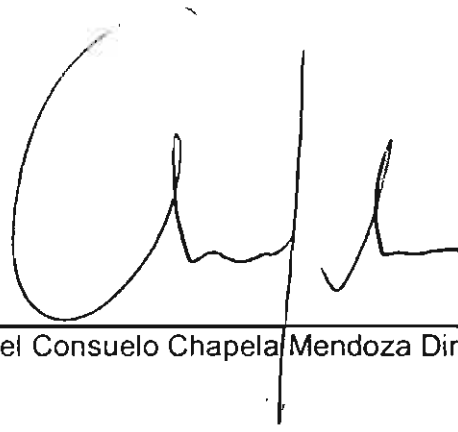
María del Consuelo Chapela Mendoza

Asesora

Florencia Peña Saint Martín

Junio, 2008





María del Consuelo Chapela Mendoza Directora.

Florencia Peña Saint Martin Asesora.

Jurado 1

Jurado 2

Jurado 3

Jurado 4

Jurado 5

Dedico este trabajo a la memoria de mis maestr*s, su ejemplo de vida marcan mi ruta
Vania Salles†
Edmundo Grandat†

Agradezco

Dedico este trabajo a la memoria de mis maestr*s, su ejemplo de vida marcan mi ruta

Vania Salles†
Edmundo Grandat†

En vida a amig*s y entrañables
De aquí y de allá, México, Colombia y alrededores:

A la familia por supuesto dispersa que forma parte de la diáspora de colombian*s en el mundo
Especialmente a Lala y Checho, Gata y Fer, Diana, Laura y Vanesa

A la familia que escogí, a las amigas y amigos que acompañaron mis pasos en este período:

Martha, Alex y el chaparro, Carlos y Leonor, Esperanza, Javier, Pepe, Nivaldo, Alejandrina, Chucho, Tere, Fabiola, Patty, Eneida, Bernal, Marta Rebeca, Patty Molinar y Carlos, María Beatriz, Alonso, Sofi, Leo y Didi, Aleja, Moneca, Pili, Aimer, Mario, Cata, Juan Carlos, Timisay, Oscar, Myriam y Milo, Luis Vidales, Leito, Luz Mery y la comunidad colmexicana y latinoamericana.

A las familias que me adoptaron aquí y me abrieron su casa y su corazón:
Familia Baltasar (Oaxaca), Familia Villafañe Trujillo (Chiapas), Familia Barrón (Nogales), Familia Vargas (Baja California), Familia Miker Arrecillas (Chihuahua), Familia Maganda (Guerrero), Familia Zepeda (Michoacán), Familia Molinar Kijano(Sinaloa).

Al Seminario Permanente de Estudios Chicanos y de Fronteras
Ejemplo de la intelectualidad orgánica en búsqueda permanente de la utopía

Al "cartel de colombian*s en México" por su pilera. impulso y garra

A la gente de casa que nunca puede faltar:

A Vicky, Gloria, Judisa, Maria de los D, el profe, Orfa, Sergio, José Girón, Hugo, Luz Estella, Ramiro, la Prince, Gloria Penagos, Miguel Angel, Gustavo y Hernando

A quienes me inspiran:
Dora Cardaci, Liz Maier y R.T.

A la familia Alameña que me acompaña en los recorridos latinoamericanos y al Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social en Colombia en mi tránsito local

Al amor
JM que en buen momento llegó a mi lado

Agradezco

A la Secretaría de Educación Pública por el respaldo para la realización de mis estudios de Doctorado y para la culminación de este trabajo.

A la Secretaría de Salud del Distrito Federal que me permitió el acceso a su Red Pública de Atención para llevar a cabo la investigación, a su admirable lucha y constancia por asegurar la universalidad en la atención en salud y la gratuidad de los servicios, eje fundamental de la salud colectiva y la medicina social.

A la Universidad de Antioquia por su incondicional apoyo en este importante periodo de formación, a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, su Decanatura y al Departamento de Trabajo Social.

Al Centro Interdisciplinario de Estudios en Género con el que dialogo permanentemente y transito por las vicisitudes del impulso de la perspectiva de género.

Al Movimiento de Mujeres y feminista en América Latina y en Colombia que me han llevado de la mano en un proceso de formación inmensamente gratificante en lo personal, lo académico y lo político.

A la Red de Género y Salud de ALAMES con quien aprendo y me formo permanentemente.

RESUMEN

Esta tesis doctoral analiza las prácticas institucionales del personal de salud en una unidad hospitalaria que forma parte de la Red Pública de Atención del Distrito Federal, en la Ciudad de México, y su relación con las formas y procesos en que ocurre la violencia de género en su interior. La perspectiva de género y la salud colectiva se constituyen en las perspectivas teóricas con que se aborda el problema. Respondiendo a la necesidad de indagar en procesos subjetivos y perceptuales, esta investigación se hace mediante un estudio de caso que es observado y analizado con estrategias de la etnografía, la hermenéutica, y el interaccionismo simbólico. El análisis de documentos, la observación de campo y las conversaciones en profundidad con personal masculino y femenino de todos los niveles de calificación, formación y jerarquía en la institución, permitió el estudio del trabajo hospitalario, las tecnologías de trabajo, la formación del personal y el funcionamiento de los programas reglamentarios de salud reproductiva y de detección y prevención de la violencia de género. Se avanzó en el entendimiento de los procesos y formas del ejercicio y naturalización de este tipo de violencia en el contexto de esta institución hospitalaria; se identificaron vacíos, carencias programáticas y de recursos, y contradicciones en normas, programas y la aplicación de los mismos, lo que aleja la posibilidad de la materialización del derecho a la salud, la integralidad de la atención a la población usuaria y la efectiva prevención, detección y erradicación de la violencia de género.

ABSTRACT

This doctoral thesis analyzes the institutional practices of health personnel in a public hospital that forms part of the Mexico City Health Care Network, and their relation to the ways and processes in which gender violence occurs. A gender and collective health perspective were theoretical perspectives used to examine the problem. In response to the need to understand subjective and perceptual processes, this research was carried out as a case study which is observed and analyzed with ethnographic, hermeneutic and symbolic interactionism strategies. The analysis of documents, field observations and in-depth conversations with male and female personnel from all qualification, education and hierarchy levels in the institution, allowed the study of clinical work, workplace technologies, training of health personnel, and the operation of the regulatory programmes: Reproductive Health and Detection and Prevention of Gender Violence. Advances were made in the understanding of the processes and ways of gender violence exercise and normalizing in the context of this hospital. Gaps, programmes and resources deficiencies were identified as well as contradictions in norms, programs and their application. In return, all this reduces the possibility for the served population of the right to health exertion, health care services comprehensiveness, and the effective prevention, detection and elimination of gender violence.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
REFERENTES TEÓRICOS: PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DEL PERSONAL DE SALUD Y VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LA SALUD COLECTIVA	1
Introducción.....	1
1. Salud Colectiva y el Modelo Médico Hegemónico en la atención a la salud.....	1
1.1. Modelos de atención en salud y la salud colectiva.....	2
1.2. Los servicios hospitalarios vistos desde la salud colectiva.....	7
2. Integralidad de los servicios y el derecho a la salud.....	8
2.1 Concepto y caracterización de los servicios hospitalarios desde la salud colectiva	8
2.2 La integralidad de las prácticas institucionales del personal de salud.....	10
2.3. Derecho a la salud e integralidad de las prácticas institucionales del personal de salud	13
3. Prácticas institucionales del personal de salud	15
3.1. Profesión médica e institución	15
3.2. Componentes y procesos de las prácticas institucionales del personal de salud.....	18
3.3. Hospital y práctica médica.....	20
3.3.1 Relación médico paciente e instituciones de salud	22
3.4 Tecnologías de trabajo	25
3.5 Socialización secundaria y terciaria en la práctica hospitalaria	27
4. Poder y violencia en la práctica hospitalaria.....	30
4.1. Violencia, poder y cultura	31
4.2. Poder y violencia médica.....	37
4.3 Cuerpo y poder.....	40
5. Violencia de género.....	43
5.1. Generalidades sobre violencia de género	44
5.2 La perspectiva de género en el abordaje de la violencia de género.....	46
5.3 Medicalización y violencia de género	50
5.4 La salud sexual y reproductiva y la violencia de género.....	53
5.5 Los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la violencia de género	56
5.6 Indicadores de la violencia de género.....	58

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, LA METODOLOGÍA Y EL MÉTODO.....	61
1. Metodología.....	61
1.1. Problema y preguntas de investigación.....	61
1.2. Problemas y preguntas metodológicas.....	63
1.3. Aspectos teóricos considerados en la solución de las preguntas metodológicas	64
1.3.1 Metodología cualitativa.....	65
1.3.2 Interaccionismo simbólico	67
1.3.3 Hermenéutica	69
1.3.4 La aproximación cualitativa en este estudio.....	70
1.3.5. Problemas de la opción cualitativa de este estudio en relación con su método, con la interpretación y con el análisis de resultados	72
1.4. Aspectos teóricos particulares de las metodologías para los estudios de género	74
1.5. Estrategia seleccionada	77
1.6. Selección del caso.....	78
2. Método	80
2.1. Información.....	84
2.2. Acopio y recolección de la información	87
2.3. Instrumentos y registros	92
2.4. Análisis e interpretación	96
3. Problemas éticos en este estudio.....	105

CAPÍTULO III

LA CIUDAD DE MÉXICO Y SU RED PÚBLICA DE ATENCIÓN A LA SALUD	108
1. La Ciudad de México.....	109
1.1. Población.....	111
1.2. Lengua	113
1.3. Organización administrativa de la ciudad.....	113
1.4. Economía	115
1.5. Estructura social. ...	117
1.6. Vivienda y servicios.....	118
1.7. Abasto	119
1.8. Transporte	119
1.9. Educación.....	120
1.10. Familia.....	121
1.11. Religión	122
1.12. Recreación, festejos, festividades y leyendas	123

2. La atención a la salud y la enfermedad en la Ciudad de México.....	123
2.1. Perfil de morbilidad y mortalidad	123
2.2. Violencia.....	125
2.3. Servicios para el cuidado de la salud	128
2.4. La Red Pública de Atención Hospitalaria en el DF	131
2.5. Referentes históricos de la Red pública de atención hospitalaria del DF	135
2.6. Infraestructura física	138
2.7. Servicios de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México	139
2.8. Personal	141
2.9. Organización	145
2.10. El Programa de Salud Reproductiva	147

CAPÍTULO IV

LA REVISIÓN DEL PROCESO DESDE EL ORIGEN DE LA POLÍTICA HASTA EL PROGRAMA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL DISTRITO FEDERAL	154
1. Disposiciones internacionales sobre violencia de género	154
2. Violencia de género como programa de salud	159
3. Surgimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM190-SSA1999.....	173
3.1. La identificación de la violencia de género, principal escollo de la NOM 190	179
3.2. El problema de la visibilización.....	181

CAPÍTULO V

COTIDIANIDAD, INTEGRALIDAD Y DERECHO A LA SALUD EN EL CASO EN ESTUDIO	183
1. Organización interna de la institución hospitalaria	184
1.1. Organización y dinámica	184
1.2. Imaginario profesional frustrado	188
1.3. Administración y derechos laborales en la génesis del problema	190
1.4. Del otro lado: la población usuaria	194
2. Relación entre integralidad en la atención y recursos disponibles para prestarla	198
2.1. Organización particular de los equipos de trabajo.....	199
2.2. Tecnología.....	201

3. Condiciones de trabajo.....	202
3.1. Condiciones de trabajo violatorias de derechos	202
3.2. Condiciones de atención violatorias de derechos	204
3.3. Conciencia del derecho a la salud en trabajadores, estudiantes, directivos y población	205

4. A manera de conclusión.....	207
--------------------------------	-----

CAPÍTULO VI

VIOLENCIA Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL CASO ESTUDIADO	210
--	-----

1. Violencia atendida por el hospital.....	211
--	-----

2. Violencia en el hospital.....	211
2.1. En estudiantes.....	213
2.2. En médicos.....	214
2.3. En personal	216
2.4. En directivos	218
2.5. En pacientes.....	219
2.6. Por organización y jerarquías.....	221

3. Relacionada con la tecnología propia del hospital	224
3.1. Relacionadas con el cuerpo	224
3.2. Relacionadas con el sufrimiento.....	226
3.3. Relacionadas con las condiciones de trabajo.....	228
3.4. Relacionadas con la formación de estudiantes y trabajadores.....	230

4. ¿Adentro del hospital hay lo mismo que afuera?	231
---	-----

5. La violencia de género en el hospital y el funcionamiento del programa para la detección y prevención.....	232
--	-----

5. 1. El programa de prevención y detección oportuna de la violencia de género y la generación de violencia en el hospital.....	233
5. 1.1. Identificación de la violencia de género dentro de la institución.....	234
5.1.2. Formas de violencia de género entre el personal de salud	237
5.1.3. Formas de violencia de género con pacientes	239
5.1.4. Formas de violencia de género en estudiantes	242
5.1.5. Formas de violencia de género en el personal médico	243
5.1.6. Formas de violencia de género relacionadas con las condiciones de trabajo	247
5.1.7. Formas de violencia de género relacionadas con las jerarquías en las prácticas	248
5.1.8. Formas de violencia de género relacionadas con la formación de estudiantes y trabajadores	250
5.1.9. Homofobia en la institución hospitalaria	252

5.2. Percepción de los varones de la violencia de género.....	255
5.3. Percepción de las mujeres de la violencia de género.....	260
5.4. Dificultades y posibilidades de trabajar la violencia de género en el hospital.....	263
5.5. Conciencia del personal de la importancia del tratamiento y abordaje de la violencia de género en el hospital.....	267
6. A manera de conclusión.....	271
6.1. Sobre la violencia en general.....	271
6.2. Sobre la violencia de género en particular.....	273
6.3. Sobre la percepción de la violencia de género entre hombres y mujeres.....	275
6.4. Frente a la violencia de género como campo y como programa.....	276
 CAPÍTULO VII	
DE LA NORMA A LA PRÁCTICA. LIMITACIONES, CONTRADICCIONES Y POSIBILIDADES DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	
	278
1. Limitaciones para la aplicación de la NOM190-SSA1999.....	278
1.1. Información y estadísticas.....	287
1.2. Contradicciones.....	288
1.3. Formación del personal en salud en el hospital.....	290
1.4. Formación específica en violencia de género.....	295
2. Posibilidades.....	296
3. A manera de conclusión.....	297
 CAPÍTULO VIII	
LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DEL PERSONAL DE SALUD Y COMO PROGRAMA DE ATENCIÓN EN EL CASO EN ESTUDIO.....	
	301
1. El derecho a la salud y la integralidad de los servicios.....	302
1.1. Integralidad en la prestación de servicios de salud.....	303
1.1.1. Trabajo vivo y trabajo muerto.....	303
1.1.2. Pacientes y médicos: la consulta.....	304
1.1.3. Competencia técnica médica.....	307
1.1.4. Competencia técnica del proveedor.....	308
1.1.5. Infraestructura para proporcionar el servicio.....	311
1.1.6. Síntesis del trabajo médico hospitalario.....	311

1.2. Programas, normatividad y realidad empírica	312
1.2.1. Adecuación de programas federales a la red hospitalaria del Distrito Federal	312
1.2.2 Contradicciones al interior de los programas	313
1.2.3 Contradicciones y vacíos en documentos y normatividad frente al derecho a la salud.....	314
1.2.4 Integralidad y derecho a la salud.....	316
2. La violencia presente en la institución hospitalaria.....	320
2.1. Obstáculos para la atención de la violencia	323
2.2. Violencia vinculada al objeto de trabajo y a los valores institucionales	324
2.3. La violencia en general.....	326
3. La violencia de género	329
3.1. Violencia de género vinculada con las jerarquías, naturalización e invisibilización.....	329
3.2. Percepción de la violencia diferenciada por género en el hospital	332
3.3. Violencia vinculada con el quehacer 'educativo'	334
3.4. Formas de violencia de género presentes en la institución	337
3.5. Programa de Detección y Prevención de la Violencia de Género en la Red Hospitalaria.....	340
3.6. Frente a la NOM190-SSA1999.....	342
3.7. Sobre la violencia de género	345

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES: LLEGADA A UN NUEVO PUNTO DE PARTIDA	350
1. Respuesta a las preguntas de investigación	350
1.1. Las prácticas institucionales del personal de salud.....	350
1.2. Relación que existe entre los significados de la institución y los significados del personal de salud en torno a la violencia de género.....	351
1.3. Prácticas que se constituyen en violencia de género.....	352
1.4. Violencia de género generada al interior de las prácticas institucionales del personal de salud	353
1.5. Diferencias en los significados de sus prácticas por sexo, edad, jerarquía, tipo de vinculación y formación	353

2. Respecto a los objetivos.....	355
3. Aportes al conocimiento de la salud colectiva	357
4. Aportes del estudio a la metodología	359
5. Retos, propuestas y cambios frente a la política y al programa de detección y prevención de la violencia de género	360
CODA	364
BIBLIOGRAFÍA	366

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Objetivos, métodos e instrumentos del estudio	81
Cuadro 2: Plan de Trabajo de observación en la institución	82
Cuadro 3: Síntesis de las entrevistas realizadas, cargo y años de trabajo	83
Cuadro 4: Fuentes de información para el estudio	85
Cuadro 5: Sistematización de la información documental oficial	93
Cuadro 6: Formato para la lectura de los textos	95
Cuadro 7: Mapa de categorías teóricas y emergentes de la codificación de las entrevistas	97
Cuadro 8: Guía de entrevista- conversación	99
Cuadro 9: Guía de observación.	101
Cuadro 10: Análisis de los diarios de campo	103
Cuadro 11: Matriz de análisis para la información de campo	104
Cuadro 12: Fuentes de información para la construcción del contexto de salud de la ciudad	108
Cuadro No 13: Delegaciones del Distrito Federal en 2005	115
Cuadro 14: Incremento porcentual de las prestaciones de servicios médicos Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2000-2005.	140
Cuadro 15: Distrito Federal. Recursos humanos por nivel de atención	142
Cuadro 16: Personal médico y no médico seleccionado en instituciones del Sistema Nacional de Salud. México y Distrito Federal, 2003, 2004 y 2005	143
Cuadro 17: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud.	144

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Mortalidad por lesiones según entidad federativa 2001	126
Gráfica 2. Delitos por cada mil habitantes en las delegaciones del Distrito Federal 2001	128

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1. Mortalidad por accidentes y entidad federativa 2001	126
Mapa 2. Hospitales pertenecientes a la Red Pública de Atención del Gobierno del Distrito Federal	132

INTRODUCCIÓN

Este texto cumple el propósito fundamental de visibilizar a la violencia de género que se da en las prácticas institucionales del personal de salud de un hospital de la Red Pública de Atención del Distrito Federal; y en este sentido busca aportar conocimiento útil desde la salud colectiva conducente a la transformación de los significados y prácticas que la sustentan y la reproducen.

La violencia de género es un tipo particular de violencia que repercute en el desarrollo de las personas, respecto a la autopercepción de sí mismas y en las modalidades de agresión más contundentes de las cuales son objeto, recurrentes e invisibilizadas. Es ejercida sobre cualquier persona en el ámbito público o privado en razón de su identidad genérica o su orientación sexual. Las formas y modalidades de este tipo de violencia van desde los gestos obscenos hasta la violencia sexual, y sus efectos van desde la sensación incómoda producto del acto o la agresión gestual o verbal, hasta daños a la salud irreversibles cuya cronicidad puede llevar a la enfermedad e incluso a la muerte.

Identificar las relaciones de poder - subordinación presentes al interior de las prácticas institucionales de salud y los significados de las prácticas institucionales de salud referidas a la violencia de género, por parte del personal de la institución que labora en el hospital, es el objeto de este trabajo.

Enfoque de la investigación

Partir de un trabajo formulado desde la salud colectiva, es posicionar la pregunta desde el reconocimiento básico de una visión que aboga por la vida, por la realización de los derechos de las personas a la salud y la integralidad de la atención. Implica el reconocimiento de los derechos de quienes laboran en las instituciones de salud para prestar un servicio y de su compromiso como garantes del derecho de quienes a ellos acuden. Es el pensamiento socio - sanitario que orienta este trabajo de inicio a fin, son las formulaciones de Araújo (2001). Pinheiro

(2001), Merhy (2003), Menéndez (2004) y Minayo (2004), entre otros, los que se toman de base para su planteamiento y orientación.

Se trabaja también desde la mirada género - sensible, a partir de la cual se cuestiona a la violencia como una problemática social, construida de forma relacional y por tanto susceptible de ser transformada, tanto como la violencia de género que es histórica, relacional e inclusiva y que atañe directamente en su desarrollo y manifestaciones a los imaginarios sociales del ser hombre y del ser mujer (Franco, 2004; Valdés, 2004a; Ramírez, 2005; Fernández, *et. al.*, 2005). Ambos conceptos, violencia y violencia de género, parten del reconocimiento de relaciones de poder - subordinación que las garantiza y que las consolida desde la asignación diferencial, inequitativa y desigual de un sexo sobre otro en el entramado social —el hospital en este caso- en las cuales se desarrolla. Se considera que la violencia de género vulnera los derechos más esenciales de las personas, genera daños irreversibles y se caracteriza por su cronicidad, anonimato y silencio.

Recorrido previo al tema

Luego de trabajar en el tema de la violencia de género en contextos institucionales de educación superior (Fernández *et.al.*, 2005), y de constatar el proceso progresivo de la violencia como un fenómeno social, relacional, construido de manera dinámica y compleja con importantes efectos sobre la salud de las personas, asumí la necesidad de realizar este trabajo que se adentra en el contexto de las instituciones prestadoras de servicios de salud de segundo nivel de atención en el Distrito Federal; partiendo del hecho que siendo un espacio público, de completa ingerencia social, está comprometido y obligado a salvaguardar y garantizar los derechos de las personas que en la institución trabajan y los de las personas que a la institución acuden¹.

¹ Hubiera sido imposible hacer este trabajo en Colombia, el país de origen de la autora, donde ya no existen hospitales públicos ni la garantía del derecho a la salud, pues luego del proceso de reforma de la década pasada, quedó puesta a discreción del mercado de servicios de salud, que ofrece integralidad para quien pueda pagarla.

Antes de la violencia de género se había recorrido el camino del estudio de la mortalidad por causas, en particular, causas violentas y su incidencia sobre estructuras de población por edad y sexo; en dicho estudio se llegó a la conclusión que el resultado de tales muertes significaban –cada una-, la negación del derecho a la vida y a la salud de las personas; afectaba además de forma lamentable a la población joven; a la población masculina porque es la que más muere por violencia y a la población femenina sobreviviente porque debe asumir el costo de la ausencia de quienes mueren y la propia sobrevivencia en medio de contextos hostiles marcados por desigualdades, exclusiones sociales y deterioro de condiciones de convivencia y de trabajo básicas (Londoño *et. al.*, 1999; Franco, 1999; Fernández, 2004). Fue entonces que el interés se empezó a centrar ya no en el resultado –la muerte- sino en el proceso, el del deterioro de la salud y de la vida producto de la violencia y la violencia de género, todas ellas causas latentes, crónicas y letales.

El problema de la violencia y de la violencia de género.

Uno de los mayores riesgos de la violencia es su ejercicio cotidiano que naturaliza e invisibiliza la situación violenta a fuerza del hábito, la costumbre e incluso la tradición. Según el Instituto Nacional de Psiquiatría Mexicano (2005)², el contexto familiar y privado ha sido identificado como el espacio más recurrente de los hechos violentos; el hogar y los espacios familiares son los lugares de mayor riesgo y ocurrencia de hechos violentos; al respecto, no hay que olvidar que las instituciones básicas de socialización como la familia, la educación, la salud, y el barrio son extensiones del ámbito cotidiano e inmediato donde se recrean estos comportamientos.

El Instituto Nacional de las Mujeres (INM), en su informe ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres realizada en el año 2003 muestra, de cara a la situación mundial, esta problemática, con las estimaciones más precisas sobre lo que conceptúa como violencia de género donde registra que al menos (Olaiz, *et.al*, 2006):

² El Instituto Nacional de Psiquiatría en sus cursos de extensión sobre violencia de género muestra sus propias estadísticas y las contrasta en el ámbito nacional ratificando esta tendencia.

- Una de cada cuatro mujeres sufre violencia doméstica.
- El 25% sufre una violación o intento de violación.
- El 25% de las niñas es objeto de algún tipo de intromisión en su intimidad durante la niñez.
- El 25% de las mujeres es acosada sexualmente en el trabajo o en espacios públicos.
- La gran mayoría de los actos violentos, particularmente de agresiones sexuales, son perpetrados por hombres.
- Según 48 encuestas realizadas en diferentes países, entre 10 y 69% de las mujeres indicó haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas.

En la zona metropolitana de la Ciudad de México, y como antecedente importante de esta problemática, el mismo informe del INM contrasta otras cifras de años anteriores:

- De acuerdo con los datos que proporciona la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF) de 1999, de los 4.3 millones de hogares del área metropolitana de la Ciudad de México, uno de cada tres -que involucra a 5.8 millones de habitantes- sufre algún tipo de violencia intrafamiliar (INEGI, 1999).
- La ENVIF identificó que los miembros de la familia más agresivos son el jefe de la familia (49.5%) y la cónyuge (44.1%), mientras que las víctimas más frecuentes en todos los tipos de maltrato fueron las hijas e hijos (44.9%) y la cónyuge (38.9%).
- En los más de 14 mil hogares donde se registró abuso sexual, éste se tradujo en presión verbal para forzar relaciones sexuales (84%), uso de la fuerza para tener relaciones sexuales (54%) y obligar a tener relaciones sexuales cuando otros ven y oyen (6%).
- Los resultados revelan que sólo solicitaron ayuda 14 de cada 100 hogares (14.4%) en donde se registran actos de violencia. Los tipos de apoyo más requeridos fueron el psicológico y el religioso.

- Por cada 100 receptores de violencia, 96 son mujeres y cuatro hombres. De los generadores de violencia, nueve de cada 100 son mujeres y 91 hombres.
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia reportó 28 mil 559 menores maltratados atendidos en el año 2000. El tipo de maltrato más frecuente es el físico (31.2%), seguido de la omisión de cuidados (27.7%).
- De cada 100 llamadas relacionadas con situaciones de violencia, 77 corresponden a mujeres. Las 23 restantes corresponden a hombres.
- De acuerdo con la Secretaría de Salud, en el año 2001 se atendieron 855 mil casos por lesiones; de éstos, 1.7% corresponde a lesiones por violencia intrafamiliar. El 60% de las atenciones por violencia intrafamiliar correspondió a mujeres.

Los resultados muestran en primera instancia dos elementos que llaman la atención y que serán de interés en este trabajo: la asimilación en el contexto mexicano de la violencia de género como violencia esencialmente centrada en las mujeres bajo el argumento de ser las principales víctimas del fenómeno; de otra parte, la urgente necesidad de cuantificar y registrar en detalle una problemática que hace menos de treinta años se asumía como exclusiva del ámbito privado y del fuero individual de las personas, para pasar a ser asunto del Estado. El primer elemento bien vale la pena debatirse cuando se asume, como se hace en este trabajo, que tras la violencia de género hay fundamentalmente elementos relacionales y vinculares que comprometen estrechamente a hombres y a mujeres por ser, además, producto de las relaciones sociales cotidianas (Hernández y Fernández, 2005); el segundo elemento hoy forma parte de los temas esenciales de la salud pública, cuando desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se hace un llamado a considerar la violencia como un problema de salud pública y como prioridad de atención en los servicios de urgencias de la red hospitalaria existente en el mundo, donde México no es la excepción. Las estimaciones de los Años Potenciales de Vida Perdidos y los Años de Vida Saludable son un claro reflejo de la preocupación de parte de los sistemas de salud en el mundo, de reducir un problema que hoy por hoy le cuesta a nuestros países, en promedio, una parte importante de su presupuesto en salud, sin

contar los costos sociales de las personas afectadas por el fenómeno y las consecuencias y efectos que suelen dejar sus modalidades (Londoño, *et. al.*, 1999).

Esta temática no se ha abordado aún desde la perspectiva de la medicina social y la salud colectiva, tan sólo hay evidencias de trabajos similares en el contexto de la educación superior (Bohn y Sharon, 1998; Wright y Weiner, 1988; Fernández, *et.al.*, 2005), además otros estudios han acentuado su interés en las formas y el ejercicio de la violencia contra las mujeres, la violencia intrafamiliar, conyugal o doméstica (Saucedo, 2003; Castro, *et.al.*, 2004; Torres, 2004a; Ramírez y Uribe, 1993; Valdéz, 2004). En la literatura consultada, escasamente se encuentran trabajos que observen a profundidad este fenómeno en el ámbito hospitalario. De allí que se estimó necesario este acercamiento.

La especificidad de la violencia de género en los servicios y la formación médica.

La Secretaría de Salud ha dispuesto un programa federal específico para atender la detección y la prevención de la violencia de género; y en el Distrito Federal se ha hecho lo propio, toda vez que la mayor parte de estas situaciones son atendidas en las instituciones de salud en donde se llevan a cabo actividades y prácticas que atienden la enfermedad y previenen los daños a la salud de las personas. Son las instituciones de salud las que establecen el vínculo profesional - población usuaria alrededor de la oferta y demanda de servicios específicos de la población por esta causa.

Sobre cada situación específica de violencia de género que llega al hospital hay diferentes valoraciones por parte del personal; a su vez, la organización y la estructura institucional tienen un discurso y una lectura específicos de la violencia de género materializada, por un lado, por el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género, que depende de la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, misma que trabaja de manera estrecha y conjunta con el Programa Nacional de la Secretaría de Salud en nivel federal a través del programa nacional "Por una vida sin violencia". Y por el otro, con

la práctica concreta de cada prestador de servicios de salud de acuerdo con su formación, representación y significado de su hacer diario en la institución de salud.

Identificar las prácticas institucionales del personal de salud y los significados que hombres y mujeres que laboran en su espacio otorgan al fenómeno de la violencia y, en particular, a la violencia de género, obliga a reconocer la existencia de distanciamientos entre el conocimiento teórico y académico del tema, el conocimiento de la normatividad vigente (NOM190-SSA1999) y el hacer cotidiano en el cuidado y la atención de la salud de las personas, quienes a su vez esperan condiciones de atención específicas para su necesidad, independientemente de su condición social y genérica. Los hechos o modalidades de violencia de género exacerbaban y desencadenan riesgos para la salud de las personas y pueden también, a la vez, convertirse en amortiguadores de los perfiles de enfermedad y de muerte.

Siendo un fenómeno esencialmente social que puede tener eventualmente manifestaciones en lo biológico, es el contexto institucional de los programas de salud de la institución pública hospitalaria el que permitirá hacer el seguimiento, el registro y la identificación de la problemática desde la práctica diaria y desde los significados adjudicados por las personas que trabajan en el ámbito médico asistencial. El carácter imprevisible de los eventos de salud - enfermedad, cura - muerte de los individuos está marcado por un alto grado de subjetividad presente en la relación médico/paciente y paciente/servicios.

Esta situación no se ha abordado desde la perspectiva de la salud colectiva por eso se estima pertinente interrogar directamente las prácticas institucionales del personal de salud en un hospital público en relación con la violencia de género que llega a la institución y la que se genera en ella.

Planteamiento del problema.

La cotidianidad en las instituciones de salud surge como un espacio no de verificación de ideas, sino de construcción de nuevas prácticas, nuevas formas de acción social en las cuales la integralidad puede materializarse como principio, como

derecho, como servicio en la atención y en el cuidado de la salud, en la medida en la que se reúnen en el mismo espacio diferentes perspectivas e intereses de distintos actores sociales (personal médicos, administrativo, población usuaria).

Los establecimientos públicos para la prestación de servicios de salud actúan para la construcción y reproducción de saberes y prácticas integrales de cuidado y atención en salud, así como para la evaluación de los efectos que una política de Estado tiene de cara al nivel de salud de una población. Las instituciones de salud son por tanto, el *locus* privilegiado de observación y análisis de los elementos constitutivos del principio institucional de la integralidad, sea tanto en las prácticas terapéuticas prestadas a los individuos, sea en las prácticas de salud difundidas en la colectividad.

Es importante advertir que las prácticas institucionales del personal de salud, en general, al crearse y recrearse cotidianamente pueden tener características que favorezcan la aparición en su interior de la violencia de género, lo cual no quiere decir que todas las prácticas institucionales sean violentas *per se*, ni que la violencia de género en la institución hospitalaria sea generada fundamentalmente en su práctica institucional.

Se parte del supuesto de que, como parte del sistema y de la organización social, el área de la salud no escapa a los mismos ordenamientos trazadores de su cohesión y dinámica, las relaciones de poder, las valoraciones genéricas e intergenéricas respectivas, plasmadas en el día a día del trabajo de hombres y mujeres del sector. Por esta razón este trabajo de investigación busca respuestas a preguntas tales como:

- ¿Cuáles son las prácticas institucionales del personal de salud?
- ¿Cuál es la relación que existe entre los significados de la institución y los significados del personal de salud en torno a la violencia de género?
- ¿Cuáles de estas prácticas se constituyen en violencia de género?
- ¿Cuál es la violencia de género que se genera al interior de las prácticas institucionales del personal de salud?

- ¿Existen diferencias en los significados de sus prácticas por sexo, edad, jerarquía, tipo de vinculación y formación u otro?

Para dar salida a tales preguntas se han planteado los siguientes objetivos:

Objetivo General: Analizar la violencia de género presente en las prácticas institucionales del personal de salud y sus significados al interior de una institución de la red pública hospitalaria del Distrito Federal.

Objetivos específicos:

- Caracterizar las formas o manifestaciones de violencia de género presentes en el interior de la institución hospitalaria de la red pública del gobierno del Distrito Federal.
- Identificar las relaciones de poder-subordinación presentes en las prácticas institucionales del personal de salud.
- Analizar al interior de las prácticas institucionales del personal del hospital que cuenta con programa de salud reproductiva los significados que las personas que trabajan en la institución y en el programa atribuyen a la violencia de género.
- Identificar las diferencias de los discursos y las prácticas del personal que confluye en la institución alrededor de la violencia de género.

Enfoques teóricos del estudio.

El análisis de la violencia de género pasa necesariamente por la discusión de la relación poder - subordinación que la constituyen, el concepto de violencia de género y la consideración de las prácticas institucionales del personal de salud, que se desarrollan a continuación:

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. Es claro entonces que este proceso es una construcción social, un producto fundamentalmente humano, por tanto histórico.

adscrito a un territorio y a una cultura o forma de organización social específica; se desarrolla por el monopolio de la fuerza, de las armas, de la organización para la defensa, de la capacidad de hacer daño y de la legitimidad lograda por consenso para ejercer ampliamente el poder a través justamente de la práctica de la violencia, cuando la situación en cuestión se ajusta a las constricciones dispuestas por las leyes para considerarla ilícita y legítima (Montero, 2005). La asimetría de las relaciones de poder - subordinación de 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, en el caso mexicano, monopolizado por el Estado.

La Violencia se considera como toda forma de interacción humana en la que se busca cumplir un objetivo haciendo daño 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). Aún no se saben las dimensiones y el impacto global de la violencia, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) 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, mayor capital social), efectos multiplicadores sociales (erosión de capital social) y efectos de transmisión intergeneracional (BID, citado por DSSA, 2000).

Desde la perspectiva de género, hablar en específico de la violencia de género lleva a la discusión que confronta, por un lado, la idea de la violencia asociada a la guerra y la confrontación bélica respaldada en la legitimidad del poder del Estado a ejercerla; y, por otro, la idea de la violencia de género asociada a la violencia contra las mujeres, la violencia sexual y/o sexista. Hablar de la violencia de género en este contexto implica entonces 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 (Fernández, *et al.*, 2005). 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. Este concepto relacional busca caracterizar y visibilizar las formas de violencia que tienen como sustrato o base la condición genérica de las personas.

Las prácticas institucionales del personal de salud son un conjunto de estructuras organizativas cuyos saberes y actividades en salud se desarrollan como respuesta organizada a través de un medio institucional como lo es el campo médico asistencial, desde donde se ejerce el hacer profesional y el desempeño del trabajo médico orientado a la atención y prestación de servicios de salud. Las acciones médicas cotidianas se enmarcan en fenómenos estructurales de organización y direccionamiento social a través de los cuales operan relaciones de poder, lo cual hace de la institución hospitalaria un espacio idóneo de análisis (Pinheiro, 2001). Los espacios institucionales son clave 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, -en la relación entre población usuaria 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):

“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”.

Consideraciones sobre la metodología elegida

Tomando en cuenta las características particulares del objeto en estudio, se considera que el interaccionismo simbólico es el enfoque más pertinente para su realización; uno de sus mayores aportes es la noción del orden negociado, al enfatizar que la sociedad es el resultado de interacciones, negociaciones y replanteamientos permanentes entre los actores sociales que la constituyen. Strauss 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 las psiquiátricas son reguladas por reglas aparentemente rígidas y cristalizadas (Strauss, *et al*, 1964). En realidad estas organizaciones reconocen a su interior movilidad y cambios permanentes producto de las alianzas, roles, responsabilidades, derechos y obligaciones, entre cada uno de sus miembros (Salles y Tuirán, 2003).

Los órdenes institucionales y las prácticas han sido conceptualizados desde la teoría sociológica clásica representada en Weber (1964) de quien se puede extraer la caracterización de las instituciones, en este caso, de salud: a) división del trabajo altamente especializada; b) existencia de roles, reglas, tareas, rutinas y procedimientos claramente definidos para todo el personal, c) alta jerarquía de autoridad y de calificación laboral, organizada en pirámides formales de responsabilidad, control y vigilancia, d) trato impersonal entre los agentes institucionales y entre estos y sus clientes o usuarios; y e) 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, se hace importante e indispensable el acercamiento directo a su contexto.

El interés central de este estudio, desde el inicio, fue analizar y comprender los significados que el personal de salud asigna a la violencia de género y a la forma en cómo su práctica, de alguna u otra manera, evidencia el conflicto entre géneros dentro de una institución pública hospitalaria. Se trató de un estudio de caso examinado con estrategias etnográficas, hermenéuticas e interpretativas que parten de la consideración de la existencia del vínculo indisoluble entre el mundo objetivo y el mundo subjetivo de las personas, observadores e informantes, mismo que puede ser visible en la intertextualidad. Implicó observación directa de situaciones reales y cotidianas, la construcción de datos y la búsqueda del significado de distintos aspectos relacionados con la integralidad, el derecho a la salud, la violencia en general y la violencia de género, de acuerdo con la perspectiva de los sujetos investigados.

Para seleccionar el caso se consideraron los siguientes criterios: 1. Que quedara ubicado en una zona urbana de la ciudad de México y con población joven que requiera los servicios de salud sexual y reproductiva; 2. Que fuera una institución pública lo cual garantiza la obligación institucional del Estado de prestar atención con integralidad asegurando el derecho a la salud como uno de sus objetivos; 3. Que fuera parte de la Red Pública de Atención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y que ofreciera el programa de salud reproductiva; 4. Que contemplara dentro de sus programas el de atención y prevención de la violencia de género; 5. Que permitiera el acceso para la realización del estudio; 6. Que fuera reconocida como típica por los mismos funcionarios responsables de las unidades hospitalarias o de otras instancias en la red Pública y después de que la investigadora recorrió diez de los 28 centros hospitalarios que conforman la Red.

La presencia cotidiana de la investigadora en la institución permitió la familiaridad con el contexto, con las personas y con la rutina establecida para caracterizar las formas de interacción que se dan entre ellas. Como se pretendía el acercamiento

exhaustivo al entorno cotidiano de la institución de salud, se buscó la forma de incorporación a la rutina y a la cotidianidad institucional. La validez del estudio se buscó mediante la riqueza de la información, la profundidad en la interpretación y la validación por los informantes.

Dado que entre la significación que los actores dan a su acción, la representación que se construye del deber ser de la acción y la práctica concreta y cotidiana de su hacer en torno a la atención en salud hay diversos niveles y formas de identificación, interpretación y análisis, se recurrió a la combinación de métodos disponibles para la reconstrucción del proceso de significación en torno a la violencia de género dentro de la institución de salud y de sus actores principales.

Fue un proceso de ir y venir entre la observación directa de campo, las notas de observación, los memorandos, la lectura de la literatura de apoyo, la reflexión abierta con otras personas cercanas al tema y familiarizadas con el ámbito hospitalario. Se consideraron el análisis de textos, documentos y discursos políticos e institucionales, la formalidad de los acuerdos institucionales, la organización de la estructura que los lleva a cabo, la opinión de funcionarios y desde luego la palabra de las personas que interactúan cotidianamente en el hospital.

Los datos se construyeron buscando la triangulación de métodos, técnicas y observaciones. Para una investigación como ésta, la triangulación se ofrece como un recurso metodológico invaluable que garantiza la mayor cantidad de aristas y perspectivas al problema de investigación, tal y como lo proponen Ferreira y Gonçalvez (2002).

Para introducir al lector - lectora en este texto, se presentan enseguida algunos elementos contextuales para el caso seleccionado.

La Ciudad de México y la red pública de atención.

Esta investigación se llevó a cabo en el Distrito Federal, que aporta la quinta parte del PIB Nacional de México y ocupa una décima parte del Valle de Anáhuac en el

centro-sur del país, en un territorio que formó parte de la cuenca lacustre del Lago de Texcoco. México, Distrito Federal, es la ciudad más poblada del país y una de las mayores del mundo, con 8, 720, 916 habitantes en el 2005 y ocupa el segundo lugar como entidad federativa, detrás del estado de México. En su crecimiento demográfico, la Ciudad de México fue incorporando a numerosos poblados que se encontraban en las cercanías. El Distrito Federal 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 conurbada (SSGDF *et al*, 2004: 34).

El sistema de salud del Distrito Federal está constituido por tres subsectores que cuentan con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestación de servicios, lo que lo hace un sistema desarticulado y segmentado acorde con la inserción laboral (pertenencia o no a la economía formal) de la población que atiende, así como a su nivel de ingresos (o capacidad de pago): a) sector público para la población abierta no asegurada; b) sector de la seguridad social para personas afiliadas con capacidad de pago (IMSS, ISSTE, PEMEX, Secretaría de la Defensa Nacional –SEDENA-), y c) sector privado, (SSGDF *et al*, 2004: 34). Dada la política de gratuidad que aplica el Distrito Federal desde la Secretaría de Salud ejercida por la Doctora Asa Cristina Laurell desde el año 2000, la demanda de servicios de salud en la Ciudad se ha incrementado sensiblemente y ha atraído a población de estados vecinos que han llegado a constituir el 45% de la demanda de atención (Laurell citada por López y Blanco, 2006).

La zona en donde se llevó a cabo el estudio se caracteriza por carecer de seguridad social, más de la mitad de su población es proveniente de otros estados de la República, presenta una situación crítica por el déficit de unidades para la atención en diferentes áreas. En el primer nivel de atención la cobertura global es de menos de 65% y el indicador de camas censables es de 0.2 camas por 1,000 habitantes sin

seguridad social, pues sólo cuenta con un hospital pediátrico y uno general. El estudio se llevó a cabo en el Hospital General que brinda servicios a esta zona que por ser justamente una de las más pobladas de la ciudad y con crecimiento poblacional positivo demanda todavía muchos servicios de salud lo que agudiza su escasez (López y Blanco, 2004).

La institución hospitalaria

El hospital estudiado fue construido en 1988, pertenece al segundo nivel de atención, en promedio tiene capacidad de albergue para 140 personas en hospitalización divididas por servicios: medicina interna, ortopedia, terapia intensiva, ginecobstetricia, pediatría, cirugía, una sección de consulta externa, una de urgencias generales, una de urgencias de tococirugía, y terapia intensiva, área de medicina preventiva y atención primaria, laboratorio clínico, rayos X, terapia física y respiratoria, psicología, trabajo social, aulas, biblioteca, auditorio, dormitorios, área administrativa, mantenimiento, cocina, lavandería, almacén, anfiteatro, estacionamiento de urgencias y estacionamiento público. Es resguardado por personal de seguridad pagado por la Delegación correspondiente, este es un hospital ubicado en zona de alto nivel de conflicto, por lo cual se han tomado medidas adicionales de seguridad como rejas y puertas adicionales con seguridad reforzada y restricción de la movilidad de las personas, especialmente en urgencias generales, urgencias de tococirugía, y hospitalización.

Estructura y composición del trabajo

Este trabajo se presenta en nueve capítulos. En el primer capítulo se presentan a los autores, conceptos y teorías que orientaron esta investigación. En primer lugar en este capítulo se examinan los conceptos de prácticas institucionales del personal de salud y violencia de género, vistas desde la salud colectiva y la perspectiva de género. Como referente teórico inicial este capítulo define los elementos constitutivos de las prácticas institucionales del personal de salud con el apoyo de la salud colectiva que ubica la práctica médica en el plano del derecho a la salud como primer paso a la integralidad, el derecho a la salud, la profesión médica, tecnologías de

trabajo, relación médico-paciente, entre otras. Luego se aborda la violencia primero como poder y violencia, cuerpo y poder, y luego violencia de género, desde la mirada género sensible, la medicalización, la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos y los indicadores de la violencia de género con los cuales se termina este capítulo.

El segundo capítulo tiene como propósito presentar el problema y las preguntas que orientaron esta investigación y los problemas metodológicos encontrados para resolver estas preguntas, la manera como se resolvieron estos problemas y el método seguido para la recabación de información. Asimismo se presentan los criterios para seleccionar el caso, el método de análisis e interpretación, y finalmente los problemas éticos encontrados y cómo se resolvieron.

El tercer capítulo ofrece un contexto de referencia del estudio que es la Ciudad de México y su Red Pública de Atención en salud, en este se caracteriza la ciudad, su organización, estructura, particularidades, costumbres; se describe al sistema de salud que rige la ciudad, desde sus perfiles de morbi-mortalidad, índices de violencia, servicios para el cuidado a la salud disponibles, infraestructura física, organización, personal disponible y programa de salud reproductiva en el Distrito Federal.

En el cuarto capítulo se muestra también como contexto, la revisión del proceso desde el origen de la política hasta el Programa de Detección y Prevención de la Violencia de Género en el Distrito Federal. Aquí se hace un recorrido por las suposiciones y acuerdos internacionales suscritos por México, el programa de violencia de género como programa de salud, surgimiento de la NOM190-SSA1999, la identificación de la violencia de género como principal escollo de la norma y el problema de la visibilización.

El quinto capítulo presenta datos sobre la cotidianidad, integralidad y derechos a la salud en el caso estudiado. Este es el primer capítulo de resultados y se refiere a la organización de la institución hospitalaria, los imaginarios sociales del trabajo, la administración y los derechos laborales, la población usuaria, la relación integralidad con recursos disponibles, la organización de los equipos de trabajo, la tecnología, las

condiciones de trabajo y de atención violatorias de derechos, la conciencia del derecho a la salud en trabajadores, estudiantes, directivos y población.

El sexto capítulo presenta datos sobre violencia y violencia de género en el caso estudiado. Se inicia con la violencia atendida por el hospital, luego se aborda la violencia en el hospital, en estudiantes, médicos, personal; directivos, pacientes, por organización y jerarquías; se continúa con la violencia relacionada con la tecnología del hospital, con el cuerpo, el sufrimiento, con las condiciones de trabajo. Finalmente se presentan datos sobre la violencia de género propia del programa; la identificación de formas específicas de violencia de género dentro del personal, con pacientes, en estudiantes, personal médico, relacionadas con las condiciones de trabajo, con las jerarquías, con la formación, la homofobia; la percepción diferenciada entre hombres y mujeres de la violencia de género y la importancia y las dificultades para abordarla.

El séptimo capítulo aborda la última parte de los resultados y retoma la norma y la práctica. Limitaciones, contradicciones y posibilidades del Programa de Detección y Prevención de la Violencia de Género. En este capítulo se concentra la atención en la NOM190-SSA1999, en sus limitaciones como la información y las estadísticas, las contradicciones internas, la formación del personal en la materia, la formación específica en violencia de género y por último las posibilidades de aplicación.

El octavo capítulo presenta las tesis centrales del trabajo, se habla entonces de la violencia de género en las prácticas institucionales del personal de salud como programa de atención en el caso en estudio. Con base en los resultados de los tres capítulos anteriores, se discuten algunas proposiciones relacionadas con la integralidad de la atención y el derecho a la salud, la tecnología de trabajo, las competencias, la infraestructura, los programas, la normatividad y la realidad, las contradicciones entre ellos; luego se aborda la violencia en la institución hospitalaria, los obstáculos para su reconocimiento, la percepción de la violencia en el hospital diferenciada por sexo, la vinculada a condiciones de trabajo; y por último, la violencia de género abordada desde las jerarquías hospitalarias, la vinculada con el quehacer

educativo, las formas de violencia presentes en la institución, el programa, la NOM190-SSA1999.

El noveno capítulo presenta las conclusiones y se considera esta parte como la llegada a un nuevo punto de partida. Aquí se responden las preguntas que orientaron la investigación y los alcances de los objetivos del trabajo, Sin ánimo de concluir, sino de abrir la discusión para otras investigaciones posteriores se afirma que la estructura de la red pública facilita las expresiones y manifestaciones de la violencia de género y que el espacio de la consulta es el primer espacio de tensión. Se identifican los aportes al conocimiento de la violencia de género en las prácticas institucionales del personal de salud, los aportes a otros campos del conocimiento, nuevas preguntas ante el conocimiento obtenido en el proceso y nuevas preguntas ante la metodología empleada.

Precisiones para la lectura del texto

Mantener los principios rectores que inspiraron este trabajo a lo largo de todo el proceso fue un reto permanente; la mirada género- sensible ante la violencia de género y la perspectiva socio - sanitaria y médico- social siempre presente en una problemática, no abordada en una institución de salud, tuvo sus contratiempos como era de esperarse. Fueron muchas las experiencias que enriquecieron y alimentaron esta búsqueda, imposibles de resumir en este texto, lo que aquí se consigna es solamente lo necesario para poder sustentar los aprendizajes que se presentan en el capítulo nueve.

Se cuidó al máximo posible el anonimato no sólo del personal que participó generosamente en el estudio con las conversaciones que se pudieron sostener en medio de su trabajo, sino el de la institución a la que pertenecían, compromiso *sine qua non* para poder realizar el acercamiento; esta garantía fue la que hizo posible que hoy se socialicen los testimonios, reflexiones y opiniones a través de esta comunicación de tesis. Si bien es cierto que la atención se concentra en una sola institución, vale la pena comentar que se visitaron diez de las veintiocho que conforman la red. Estas visitas y recorridos permitieron un acercamiento generoso y

util a la red de servicios, lo que facilitó identificar al caso seleccionado como un caso típico. Esto, sin embargo, no permite afirmar, sino solo intuir, que los hallazgos en el caso seleccionado puedan ser similares a la situación en los distintos servicios que componen la Red Pública de Atención en la Ciudad de México.

Algunas lecturas de hechos y situaciones atraviesan códigos interculturales interesantes, la no pertenencia de la investigadora al contexto cultural y al país, dada su nacionalidad colombiana y su formación en las ciencias sociales no en la clínica, en principio se temió como limitante, pero al final del proceso se estimó importante. La mirada externa contribuyó a señalar algunos aspectos de lo que por costumbre y hábito ya no puede ser percibido.

Esta es una investigación flexible, emergente, que se ha venido definiendo en diferentes momentos de acuerdo a las necesidades de la pregunta que orienta la investigación y a las circunstancias encontradas en el terreno local e institucional para desarrollarla. Se reitera para su lectura que el trabajo reunido aquí condensa cinco años de esfuerzo sistemático por posicionar una problemática actual, vigente y urgente de ser comprendida, revisada y analizada desde la salud colectiva. La invitación a la lectura de este trabajo va acompañada del principio del etcétera planteado por Ritzer (2001), quien considera que la investigación es un acto creativo cuyo acumulado genera un conocimiento que se crea de manera interactiva, colectiva y múltiple pero, sobre todo, inacabado, lleno de preguntas nuevas, de búsquedas y explicaciones parciales de alcance medio en términos del conocimiento y de la aproximación que procesos como este hacen a la realidad social.

Léase entonces el texto con lente de otro que observa y acompaña lo habitual y lo cotidiano en el hacer de una institución pública que presta servicios de salud.

CAPÍTULO I

REFERENTES TEÓRICOS: PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DEL PERSONAL DE SALUD Y VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LA SALUD COLECTIVA

Introducción

Para iniciar la lectura de la violencia de género en el contexto hospitalario se van a considerar tres elementos que desde la perspectiva de la salud colectiva son claves por cuanto contribuyen a su comprensión: la integralidad como principio básico, las prácticas institucionales del personal de salud en función de las relaciones de poder y por último, violencia de género, en su conjunto, ejes teóricos básicos de este trabajo.

Este capítulo inicia con la presentación de la salud colectiva, área del conocimiento que identifica a los servicios hospitalarios como parte de las prácticas institucionales del personal de salud. En la segunda y tercera parte de este capítulo se explora el concepto de 'integralidad de los servicios de salud' y se relaciona este concepto con el derecho a la salud y con las particularidades de la materia de trabajo de los servicios hospitalarios con el propósito de allanar el camino para lograr un mejor entendimiento de la violencia de género en los servicios hospitalarios. En la cuarta parte se identifican las relaciones entre violencia, poder y cultura haciendo énfasis en la participación del cuerpo en el ejercicio del poder a través, justamente, de las relaciones de poder y dominación. Finalmente en la última parte de este capítulo se exploran algunos aspectos de la violencia de género haciendo énfasis en posibles particularidades de este tipo de violencia en los espacios dominados por el Modelo Médico Hegemónico (MMH en adelante).

1. Salud Colectiva y el Modelo Médico Hegemónico en la atención a la salud.

La salud colectiva es una disciplina de origen latinoamericano que emerge de los movimientos sociosanitarios en defensa de la salud como derecho y garantía del Estado (Torres, 2006). Esta perspectiva invita a pensar y replantear los espacios

dados como supuestos en el campo sanitario, como por ejemplo el trabajo del ámbito hospitalario, no solo porque invita a articular otros saberes y otras metodologías para pensarlo sino que propende por el replanteamiento de la interacción y la formas de vinculación de quienes intervienen en este ámbito para llevar a cabo la atención en salud a través de las prácticas que el personal desarrolla al interior de las instituciones que conforman el sistema de salud (Granda, 2004).

La bandera de trabajo de la salud colectiva es la de la acción ciudadana en salud, la del ejercicio del derecho de quienes hacen uso de los servicios de salud, muy especialmente vinculada a la vida como reivindicación fundamental para la búsqueda de la salud y del bienestar pleno de las personas (Merhy, 2003). El compromiso con la producción de la salud a partir del cuidado es el derrotero fundamental de las instituciones sanitarias pensadas desde la salud colectiva, desde la acción cotidiana en el hacer hospitalario como en la reforma del Estado en la materia, comprometida con un modelo asistencial específico, cuyos elementos básicos que la proponen, serán tenidos en cuenta en el análisis de la violencia de género en el espacio hospitalario.

En el siguiente apartado se plantea las características del modelo de atención hospitalaria, retomando los conceptos de la antropología médica de MMH y los alcances que dicho concepto tiene en la salud colectiva para abordar el tema de la integralidad de los servicios y la materialización con ella del derecho a la salud de las personas.

1.1. Modelos de atención en salud y la salud colectiva

Es importante entender cómo funcionan las instituciones hospitalarias y cómo son vistas estas en detalle por la salud colectiva para el abordaje de la práctica institucional del personal de salud y el entendimiento de los servicios hospitalarios que tienen como su centro la integralidad y el derecho.

Los desarrollos de la antropología médica, han permitido a la salud colectiva, una mayor comprensión sobre el proceso-salud-enfermedad-atención (PSEA en

adelante) en su contexto sociocultural, que se extiende no sólo a las medicinas alternativas, sino también a los modelos médicos globales. El concepto de MMH es retomado por la salud colectiva para estudiar las estrategias de atención a la enfermedad, lo cual supone la construcción del modelo no sólo como producción teórica, técnica ideológica y socioeconómica de los curadores (incluidos los médicos), sino también la participación de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez, 1983:4).

El MMH supone a su vez tres modelos: el médico individual y privado; el médico corporativo y público y el médico corporativo privado (Menéndez, 1990). Los tres comparten los mismos rasgos estructurales: el biologicismo, una concepción teórica evolucionista, ahistórica e individualista. Comparten además una práctica basada en el eficientismo pragmático, la consideración de la salud como mercancía no como derecho, una relación fundamentalmente asimétrica entre médico-paciente, así como una participación subordinada de los consumidores de los servicios de salud y el personal no médico de las instituciones de salud. El MMH se basa en la profesionalización formalizada, la racionalidad científica como criterio de verdad y de exclusión de cualquier otro modelo, la tendencia al control social e ideológico; la tendencia inductora al consumo de servicios médicos; y la medicalización como el mecanismo mediante el cual se constituye, conforma y valida el MMH.

La medicalización se lleva a cabo mediante tres elementos: el cuidado provisto desde la figura de la enfermera (práctica esencialmente femenina), los saberes médicos (masculinizados desde el poder de la cura) y la institucionalización (relaciones de poder subordinación jerarquizadas) constituyen un referente básico, no sólo para hacer inteligible el campo general de la atención a la salud, sino para acentuar o atenuar el predominio de un modelo sobre los otros (Zolla y Carrillo, 1998:192-193). Es la relación médica/o-usuario/a la parte medular de la práctica médica hegemónica, allí es cuando se es más médica/o y más usuaria/o; los proveedores economizan al máximo su intervención como sujetos (subjetiva, personal) precisamente para tomar distancia y de esta manera conservar sus espacios de poder (Salas y Hernández, 2001: 122).

Es importante analizar cómo hacen lo que hacen médicos y pacientes, qué los motiva a hacerlo y los espacios que tienen para llevarlo a cabo; en este sentido, el concepto de medicalización aportado por Conrad (1992:124) puede ser particularmente útil ya que "describe procesos en los cuales cualquier comportamiento o característica social o individual es identificado y tratado como problema médico, en términos de enfermedad o desorden". Este autor señala además que la determinación biológica de la enfermedad y de la organización social en su reduccionismo anula las condiciones sociales como condicionantes reales del PSEA y explica el control médico a través de tres tipos de instancias: *la ideología médica* que impone el modelo médico primario ofreciendo los beneficios sociales e ideológicos; *la colaboración médica*; la información que circula entre agentes institucionales y técnicos, proveedores de la industria farmacéutica comenzando por los mismos usuarios; *la tecnología médica*, que incluye las altas tecnologías médicas, quirúrgicas, farmacéuticas y genéticas.

Comaroff (1982) en su artículo *Medicine: Symbol and ideology*, afirma que la explicación médica típicamente confronta el problema del control del conocimiento a través de mecanismos de manejo explícitos o implícitos en términos lógicos, más que en la constitución formal del conocimiento por sí mismo. Para la autora, las formas de tratamiento médico refuerzan la percepción de que la verdad sobre la existencia humana está relacionada con los confines del propio cuerpo físico a un terreno donde los sentidos pueden nunca retomar, pero el cual es interpretado y controlado por las técnicas de la ciencia empírica. Esto logra que cada vez más, todos los aspectos de la vida diaria son incorporados al dominio médico, lo cual significa que serán definidos en términos y lenguaje médico (técnico-científico) como problema, en donde se adopta el esquema también médico, caracterizado por: 1) La definición e identificación de la dolencia, en términos técnicos la *diagnosis*, basada en la evaluación y auscultación de los síntomas con los cuales se nombra la anomalía o dolencia y se determina el posible tratamiento; 2) la interacción directa médico-paciente en donde el mismo término de paciente ilustra la calidad de participación del usuario(a) de los servicios médicos sobre su propio cuerpo, revela la asimetría y la verticalidad de la comunicación, instaurada por el lenguaje y la estructura institucional en donde se desarrolla la relación, además de la actitud de los individuos que interactúan en ella; 3)

la medicalización se afianza por medio de la secularización de la práctica médica, auspiciada por el avance de las tecnologías médicas occidentales, por la individualización de los tratamientos y la conformación de la élite médica que elevó, a grados de prestigio y reconocimiento social el saber y el ejercicio de la práctica médica, por lo demás, ejercida mayoritariamente por médicos hombres (Fernández, 2000: 31).

En último término, se puede afirmar que la medicalización legitima el control social. Se parte de la medicalización como un proceso interactivo que tiene lugar con la participación de los pacientes, involucrados de manera activa en la legitimación de la profesión médica.

Afirma Comaroff (1982) que el dominio de la biomedicina se debe a que se constituye en el sistema ortodoxo de curación, legitimado por mecanismos formales de control y por la hegemonía tácita de la concepción del conocimiento, el cual es compartido por la corriente cultural imperante. La biomedicina, dice Comaroff, se interpone entre la ciencia formal y la experiencia diaria de cada proceso como origen propio de la verdad. Vale la pena aclarar que cuando se hace referencia a la participación activa del paciente en la legitimación de la profesión médica, se llama la atención al abandono, a la externalización que hace el usuario de su propia iniciativa y autodeterminación para adelantar su proceso curativo; la delegación de tal facultad a un tercero, en este caso al médico, quien es considerado el dador de la salud, es completa, es "paciente".

Bajo este modelo, el modo de ser, el *ethos* médico³, concebido como una forma de ser, de vivir, de interpretar tanto a los sentimientos como a los valores de la *praxis* de los sujetos se configura, en el hospital a partir de la significación social de la práctica mediante el cúmulo de conocimientos, valores y sentimientos y una serie de acontecimientos pasados y presentes que le dan sentido al hacer médico.

³ *Étnos* remite a una concepción sobre la ética, a formas de comportamiento adquiridas en la familia, la cultura y la escuela; se presenta como un actuar en la vida cotidiana; en los ámbitos de lo público y lo privado. Efectivamente el *éthos* tiene un lugar en la ética. La ética lleva en su nombre, la multivocidad del *éthos*: *éthos*, morada; *éthos*, habito; *éthos*, carácter; *éthos*, actitud; *éthos*, libertad, *éthos*, destino, *éthos*, habitar humano. Todas estas dimensiones remiten, a su vez, dos polaridades fundamentales, la primera en el ámbito de la interioridad y la exterioridad y la segunda, se da en el orden de los valores, los ideales y las normas. (Montes, 2004:39)

“Es un principio moral el cual se entrelaza con la conciencia mítica de los individuos, adquiriendo conciencia y significado en la construcción de mentalidades, en la difusión de paradigmas, y particularmente, en la formulación del pensamiento cotidiano doxa” El *éthos* se constituye a la vez de los conocimientos, los valores y los sentimientos (eidos, *éthos*, pathos) que se adquieren mediante la transmisión cultural de los individuos (Montes, 2004:39-40)

Este *éthos* se introyecta desde diferentes discursos, miradas y espacios en el ámbito cultural, familiar, educativo e institucional y la indagación por su construcción permite discriminar y elucidar el sistema simbólico particular que construyen los profesionales médicos, así como entender las relaciones del poder médico indisolublemente ligados a la práctica (Castoriadis, 1983).

Los aparatos institucionales médicos han actuado y actúan con criterios de hegemonía, suplencia o exclusión de otras prácticas. El *éthos* de la profesión médica se construye a partir de la significación social que la práctica de la medicina adquiere en la construcción como ciencia, una vez institucionalizada. Las instituciones presentan tres sistemas de referencias (Lourau citado por Montes, 2004: 42):

- Lo objetivo, en el cual las instituciones son referidas como una cosa.
- Lo imaginario que privilegia aquello que es vivido, donde la institución no tiene una realidad objetiva.
- Una síntesis entre el momento objetivo y el momento de lo imaginario, poniendo énfasis en la producción simbólica de la institución cuyo contenido exterior objetivable necesita, para actualizarse, una interiorización de momentos y lugares singulares de la vida social.

En el análisis de las representaciones y prácticas construidas por los médicos en el ejercicio de su profesión se consideran básicamente: el contexto institucional en el que se ejerce la práctica médica y su vinculación con las políticas del área de salud en las que se inscribe, los aspectos que caracterizan la práctica profesional concreta (saberes científico-técnicos y “operativos”) y las representaciones de los médicos respecto de la población que utiliza estos servicios. Se puede establecer que las condiciones en que se ejerce la práctica médica influyen en la concepción de “enfermedad” de los médicos, en sus respuestas en esta práctica, que no consiste

meramente en un acto técnico, de atención, aquí se pondrán en juego no sólo saberes “científico- médicos”, sino también un conjunto heterogéneo de representaciones acerca de la “enfermedad” del paciente y de las formas “adecuadas” de proceder por parte de ambos (Pagnamento, 2000: 34). Dado que todo este proceso tiene lugar en las instituciones de salud centros, hospitales, etc., es allí donde se desenvuelve y desarrolla el MMH para su extensión y consolidación.

Identificado el MMH para abordar el contexto de salud, es pertinente ubicar el ámbito hospitalario como el escenario de estudio de las prácticas institucionales del personal de salud ahora vistas desde la mirada sociosanitaria de la medicina social otra de las áreas que alimentan y conforman el campo de estudio de la salud colectiva.

1.2. Los servicios hospitalarios vistos desde la salud colectiva

La actividad cotidiana del médico en los servicios hospitalarios se desarrolla como si se tratara de dos actividades simultáneas: la que consiste en su trabajo concreto de diagnóstico y tratamiento de los pacientes que lo consultan y la que desarrolla como consecuencia de las condiciones sociales que el Estado genera para esa práctica. La función social del médico es parte de su práctica profesional, pero, al mismo tiempo, es independiente de la función médica que se cumple mediante la misma actividad; cierto papel altruista de ésta deja sin percibir los componentes estructurales que hacen del funcionamiento de la sociedad una unidad orgánica, ello explica la dificultad de analizar al hospital como organización de servicios (Testa, 1997). Ello no excluye la posibilidad de pensar el ejercicio médico y el espacio institucional como campo de acción y de control social funcional al Estado o como campo de construcción de resistencias y de acción social.

Desde el punto de vista institucional, las actividades médicas en los servicios hospitalarios se planifican con base en la relación entre cobertura alcanzada, número de profesionales, número de camas de hospitalización, número de partos atendidos institucionalmente, número de procedimientos, cobertura de inmunización, etcétera: para elevar la calidad de los servicios o para reducir costos. La expansión de los servicios hospitalarios opera a través de lo que se denomina ‘proceso de

medicalización', a través del cual se convierte en enfermedad toda serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como padecimientos (Menéndez, 2004: 23) y se generan nuevos conceptos como, por ejemplo, el de *trato adecuado* queda establecido desde aquí como concepto clave en el Programa de la Cruzada; en el Plan Nacional de Salud PNS "significa ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información; el de *ciudadanía*, es decir el "ejercicio de derechos y obligaciones que se definen en el marco de una constitución" y, por último, el de *ciudadanía social* significa "el ejercicio pleno de los derechos sociales, este último tras la maduración de la ciudadanía política (SSA citado por Castro, 2004: 55).

Para la salud colectiva, la integralidad es un principio de trabajo inspirado en la máxima del derecho a la salud como parámetro de trabajo; este principio es indispensable dentro del contexto hospitalario, que presupone un esfuerzo por entender ese conjunto de saberes y prácticas en el cuidado de la salud. A continuación se verá como se conjugan integralidad y derecho.

2. Integralidad de los servicios y el derecho a la salud

A continuación se desarrollan los elementos básicos que componen el principio de la integralidad y su articulación con el derecho a la salud desde la salud colectiva, principios que inspiran el hacer cotidiano en salud y que recupera la dimensión ciudadana del servicio, tanto de quienes hacen uso de él como de quienes lo ofrecen.

2.1 Concepto y caracterización de los servicios hospitalarios desde la salud colectiva

Uno de los retos más importantes de la mirada de la salud colectiva es la apertura por parte de las instituciones de salud para mejorar la calidad de la atención y la práctica profesional; ello contribuiría, a que el equipo de proveedores de servicios perciba y retroalimente la experiencia como una fuente de enriquecimiento

profesional y que la población usuaria deje de ser paciente y se empodere y corresponsabilice en relación con su salud, asunto del cual es titular de derecho (Salas y Hernández, 2001).

Es entonces relevante que se legitime un nuevo estatuto de relaciones entre sociedad y Estado, en este caso en el ámbito hospitalario, dentro del cual se reconozca lo imprescindible que es para la democracia el empoderamiento de los actores sociales, respetando su independencia de la institucionalidad estatal y su derecho a participar en las decisiones sobre su cuerpo y sobre su salud y a ejercer vigilancia ciudadana sobre el hacer de las instituciones públicas a las cuales acude (Matamala, 2000). En este contexto la asignación de la función médica a los profesionales se considera una función social institucionalizada mediante los procedimientos burocráticos que los conforman, pero tales procedimientos son también el resultado de conflictos de diverso carácter desarrollados a lo largo de un período histórico (Testa, 1997).

De acuerdo con la producción teórica de la salud colectiva, se puede deducir que el espacio hospitalario se transforma como contexto privilegiado de interacciones sociales con significados propios sobre el enfermar, el cuerpo, la salud, la vida y la muerte entre usuarios, personal en formación en salud, trabajadores de servicios de atención y personal administrativo y operativo de base en el hospital. En este marco, el contexto de realización del derecho a la salud, requiere que las respuestas institucionales en salud vinculen la dimensión macro de la salud como estructura organizada materializada en centros de salud, hospitales y clínicas; con la dimensión micro de la consulta donde se lleva a cabo la relación médico - paciente.

Las cuestiones relacionadas con las percepciones y concepciones de la enfermedad, la salud y la cura, están relacionados con la demanda de servicios de salud, con la relación médico paciente y la participación de instancias sociales compuestas por la misma población usuaria de los servicios que se han evidenciado como importantes elementos para comprender los límites, las posibilidades y los desafíos que deben ser enfrentados en la lucha por la garantía de la atención integral en salud, este es

un aspecto de permanente interés para la salud colectiva. Sigue siendo, sin embargo, necesario retomar las prácticas institucionales del personal de salud en detalle para poder identificar los elementos que dentro de ellas aportan a la realización del principio de integralidad propuesto por la salud colectiva; de esto justamente se trata el siguiente apartado.

2.2 La integralidad de las prácticas institucionales del personal de salud

La integralidad es asumida aquí como una acción social resultante de la permanente interacción de los actores en la relación demanda y oferta, en planos distintos de atención a la salud (plano individual donde se construye la integralidad en el acto de la atención individual y en el plano sistémico donde se garantiza la integralidad de las acciones en la red de servicios) en los cuales los aspectos subjetivos y objetivos sean considerados. En el caso de las instituciones de salud, lo cotidiano de los actores representa un espacio de luchas, de ejercicio del poder, entendido aquí no como un objeto natural, una cosa, sino como práctica social influenciada por las prácticas sanitarias y políticas. Por tanto lo cotidiano se presenta aquí como el campo de las prácticas institucionales, lo cual no quiere decir que los fenómenos estructurales y las cuestiones relacionadas con el poder no sean consideradas en el terreno de análisis, como si cada hecho se constituyese en un mundo social independiente (Pinheiro, 2001).

Desde una perspectiva integral, la humanización de la atención, la satisfacción de las usuarias y los usuarios y la democratización y politización de conocimientos relacionados con el proceso salud enfermedad actúan o no de manera concreta en la organización de los servicios de salud.

Hay al menos tres grandes conjuntos de los sentidos de la integralidad: la integralidad usada para designar atributos o valores de algunas prácticas de salud, de algunos modos de organizar los servicios sanitarios y la integralidad como marca de algunas políticas de salud. En uno de sus usos, la integralidad se refiere a la articulación entre las medidas preventivas y asistenciales. Se hace referencia a las respuestas gubernamentales a ciertas enfermedades específicas; de ahí la

propuesta de dejar de hablar en políticas volcadas a grupos portadores de la enfermedad para retomar la defensa de políticas de enfrentamiento de ciertas enfermedades, pautadas desde la integralidad (Araujo de Mattos, 2001).

Hacer una conceptualización de necesidades de salud que pueden ser apropiadas, implementadas por el personal de salud a nivel cotidiano, con vista a una atención más humanizada y cualificada como construcciones determinadas social e históricamente, es una tarea constante de la salud colectiva. Autores marxistas enfatizan en los diferentes lugares ocupados por hombres y mujeres en el proceso productivo en las sociedades capitalistas como las explicaciones más importantes para entender los modos de enfermar y de morir: la manera como se vive se traduce en diferentes necesidades en salud. De esta forma, se deduce que la integralidad es fruto del esfuerzo y la confluencia de varios saberes de un equipo multiprofesional en el espacio concreto y singular de los servicios de salud sean ellos un centro de salud, un equipo de programa de salud familiar o un hospital, De Oliveira (2001: 113-126) propone que para ello:

- Debe prevalecer ante todo la mejor escucha posible de las necesidades de salud; le cabe al equipo tener sensibilidad y preparación para decodificar y saber atender de la mejor forma posible, pues, en verdad, la demanda en buena medida es una necesidad moldeada por la oferta que los servicios hacen.
- La segunda dimensión de la integralidad de la atención es la integralidad de la atención como fruto de una articulación de cada servicio de salud sea un centro, un equipo, un ambulatorio o un hospital.
- Se sigue trabajando de forma muy fragmentada, respondiendo a demandas puntuales como las que se tienen entre manos. Se llamará integralidad ampliada a esa articulación en red institucional, intencional, procesal de las múltiples integralidades focalizadas que tienen como centro cada servicio de salud. Radicalizar la idea de que cada persona, con sus múltiples y singulares necesidades, será un foco, un objeto, la razón de ser de cada servicio de salud y del sistema de salud.

- La equidad por su parte es entendida como la superación de desigualdades que en determinado contexto histórico y social son evitables y consideradas injustas, implicando que necesidades diferenciadas de la población sean atendidas por medio de acciones gubernamentales también diferenciadas.

Para lograr la integralidad, es indispensable garantizar la universalidad del acceso a los servicios (De Oliveira, 2001) además de democratizar el proceso de trabajo en la organización de los servicios, horizontalizando saberes, promoviendo las actividades multiprofesionales e interdisciplinarias, incorporando la renovación de las prácticas de salud en una perspectiva de la integralidad en la cual la valorización de la atención y del cuidado repunte como la dimensión básica para la política de salud, que se desarrolle activamente en la cotidianidad de los servicios. Asimismo el logro de la integralidad requiere de la consideración del usuario como centro y objetivo de sus actividades (Pinheiro, 2001).

Campos (2002) propuso utilizar el concepto de 'clínica ampliada' para designar una clínica que rescata las dimensiones subjetiva y social de los pacientes: una clínica del sujeto. Sujeto humano que siempre será biológico, subjetivo y social. Una clínica que se preocupe con la producción en salud y la defensa de la vida y no simplemente con la producción de procedimientos. Al respecto, Onocko (2004) pregunta: ¿Y cuándo se transformó la práctica en aplicación de técnicas y se dejó de hacer praxis en la propia práctica? ¿Cuándo la medicina se sometió al reinado de la eficiencia?, ¿Cuándo dejó de preguntarse para qué?, ¿Cuándo se perdió de vista el sentido del trabajo?.

La integralidad como un principio a partir del cual la salud va más allá del espacio de la enfermedad, requiere al decir de Franco (2002) contener desde la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la promoción de la salud y la defensa de la vida. Cualquier reducción del campo atenta pues contra su propio origen, de ahí que la integralidad como principio invoque a la salud, como derecho y como parte de una vida digna, sana y plena.

Dos planos se pueden observar en el caso de la integralidad: Primero, la dinámica de la construcción de la oferta y la demanda en los servicios de salud, en la perspectiva de los actores relacionados en la prestación directa del cuidado a la salud. Segundo, el análisis de los programas de salud en las mismas instituciones (Onocko, 2004). Utilizar las prácticas cotidianas de los actores, el análisis de su actuación en la relación de oferta y demanda de servicios como campo de estudio sobre los sentidos, límites y posibilidades de construcción de la integralidad es útil y pertinente para avanzar en el estudio y el entendimiento de fenómenos como por ejemplo, la violencia de género en la atención y, precisamente, en el cuidado de la salud. De acuerdo con Pinheiro (2001), los espacios institucionales son clave en la toma de decisiones cotidianas; aquí se revelan como espacios de poderes y de intereses y evidencian proyectos políticos diferentes. Esto puede ser observado en las instituciones de salud, al menos en dos situaciones: a) en la relación médico paciente, en la adversidad entre autonomía médica y autonomía del paciente, y b) en la relación entre usuarios y servicios que insta una superioridad de los conocimientos técnicos en contraposición a los legos. La desigualdad será mayor cuanto más grande sea la insuficiencia de las informaciones y mecanismos esclarecedores capaces de preparar a los usuarios para el ejercicio del derecho a la salud.

La integralidad es un buen indicador de la dirección que se desea imprimir al sistema hospitalario y sus prácticas y, por tanto, sigue indicando (por contraste) aquello que es criticable en el sistema en las prácticas de salud que existen hoy. Lo que se encuentre de obstáculo para la materialización de la integralidad lo será en consecuencia para la realización del derecho a la salud, tal como se expone en el siguiente apartado.

2.3. Derecho a la salud e integralidad de las prácticas institucionales del personal de salud

Las dimensiones de la atención, integralidad y equidad, junto con la universalidad componen lo que se denomina el triple principio de la reforma sociosanitaria

impulsada desde la salud colectiva, sólo pueden ser implementadas de forma plena si se trabaja a partir de la apropiación, la reconceptualización de las necesidades de salud por los trabajadores en sus prácticas, los variados servicios, por los gestores en la construcción de una lógica más macro de la atención. El principio de integralidad tiene repercusiones sobre el arreglo de las instituciones gubernamentales cuando están comprometidas con el ejercicio del derecho a la salud y orientadas a la formulación e implementación de políticas de salud que articulen las dimensiones asistenciales y preventivas. De ahí la doble función de un sistema integral: asegurar la respuesta a las necesidades y a las demandas en salud para garantizar el ejercicio del derecho a la salud (Araujo de Mattos, 2001).

La garantía de la integralidad del cuidado tiene que ser una responsabilidad del sistema de salud y no fruto de una batalla individual, muchas veces desesperada, de cada usuario/a. Por eso es necesario pensar en el sistema de salud menos como una pirámide de servicios racionalmente organizados de forma jerarquizada y más como una red con múltiples entradas y flujos para cuya construcción las representaciones y las necesidades individuales son importantes, mas no exclusivas, buscando que la integralidad sea un objetivo de la red en su conjunto y la inequidad sea reconocida como la expresión de singulares necesidades de salud no atendidas (De Oliveira, 2001). Como lo dice Araujo de Mattos, (2001): "La cuestión aquí no se refiere apenas al derecho al acceso a los servicios de salud, se refiere al conjunto de los *derechos de las personas*".

La *preocupación por la integralidad* significa superar el objetivo de las políticas de enfrentamiento de ciertas enfermedades mediante la reducción de su importancia epidemiológica; el propio reconocimiento de los derechos, como valores a ser defendidos, trae la necesidad de pensar y repensar muchas de las formas de intervención tradicionales de la salud pública, de allí el desafío de superar las tensiones entre la salud pública tradicional y el abordaje centrado en los derechos que propone la salud colectiva.

Para avanzar en el debate, conviene revisar las prácticas institucionales del personal de salud y lo que ellas encierran como espacio de confluencia de personal médico, de población usuaria, de administrativos y directivos de las instituciones hospitalarias así como personal de base todos ellos congregados alrededor del mismo propósito: la prestación de servicios de salud.

3. Prácticas institucionales del personal de salud

Este apartado considera el ámbito hospitalario como eje de análisis de las prácticas institucionales que se llevan a cabo en la prestación de servicios de salud; considerando el derecho y la integralidad como principios básicos de los servicios, lo cual implica la revisión del hacer de quienes laboran en ello, de la interacción entre personal y población usuaria, relaciones y características de las mismas, para identificar los elementos que facilitan o impiden la realización de estos principios enunciados ya por la salud colectiva.

3.1. Profesión médica e institución

La institución hospitalaria constituye, por excelencia, el contexto de la práctica institucional en salud, en ella se conjuga la enseñanza, la formación y la práctica académica y profesional de estudiantes de medicina, enfermería, y áreas afines; es en ella donde justamente se lleva a cabo la profesionalización, el ingreso de quienes son en primera instancia estudiantes, al mundo de quienes llegaran a ser, o ya lo son: los profesionales de la salud, al mundo del trabajo y de la realización del saber médico en el hacer y la aplicación de lo aprendido sobre cuerpos reales y concretos. Hay un paso importante de por medio, la universidad, antes de la llegada a la institución hospitalaria.

Los pasillos de la universidad están atravesados por las producciones de sentido que se originaron años atrás en la formación escolar de la medicina. En la Facultad de Medicina casi todos los estudiantes se identifican en su forma de vestir, el color blanco deposita en ellos una marca distintiva sobre su identidad profesional, ingresar a la escuela de medicina es para algunos una forma de establecer un estatus social,

para otros una demanda familiar, y para otros más un servicio de vocación. En estos pasillos se produce el *ethos* médico: los significados sociales, el lenguaje técnico, la pulcritud en el vestir, la forma de comportarse en las aulas, el trato de los profesores con los alumnos y viceversa.

La mirada de los pacientes sobre 'aquél que sabe' es un proceso de institucionalización del saber médico, un establecimiento del orden y un ejercicio de poder constante, sutil y necesario para constituir la institución hospitalaria. De igual manera los espacios y los tiempos que la institución establece forman parte de las técnicas civilizatorias: la espera, el reconocimiento de pertenecer a una institución, lo que se dice en el consultorio y la mirada médica; a partir de estos discursos, tiempos y espacios, es decir, de los procesos imaginarios de significación social, se ha construido el *ethos* médico, componente esencial de la práctica institucional en salud (Montes, 2004: 108).

Para Leal y Martínez (2002: 38) "los médicos en la consulta se limitan a la promoción de conductas individuales a través de estrategias educativas que, en caso de no funcionar, siempre permiten atribuir la responsabilidad a la víctima, o a la prevención a través de intervenciones de bajo costo y alto rendimiento". 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, tal como lo propone el MMH, en parte porque no es habitual que el propio gremio médico reflexione sobre los límites de sus intervenciones en el marco de la calidad de la atención (Salas y Hernández, 2001: 100).

La educación médica y el modelo científico de referencia para la educación hacen que la institucionalización del saber médico se lleve a cabo, justamente en el hospital, donde convergen niveles de saber en salud: principiantes, pasantes, practicantes, internos, residentes, adscritos; administrativos, docentes e investigadores, alrededor del hacer sobre el cuerpo y la enfermedad.

El modelo médico científico se ha desarrollado básicamente con base en dos pilares: diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Ambos son esencialmente prácticas

destinadas a la singularidad de cada individuo enfermo. Estos procesos han sido facilitados por la industria de tecnología diagnóstica y de intervención quirúrgica, junto a la industria farmacéutica han pasado a ser un nuevo actor decisivo para orientar las políticas en salud, llevando a la mercantilización muchos de los padecimientos de la vida actual (Galente, 2004: 134) y, como dice Galente (2004: 135):

“...han logrado que sectores incluso de clases de pobres marginales aspiren y reclamen acceder a los bienes diagnósticos y curativos de esta medicina más que al reclamo por una salud pública. Esto se ha visto reflejado en la formación de médicos y otro personal de salud”.

Desde el inicio de su formación profesional, los médicos incorporan una mirada y un discurso que los acredita respecto a un saber médico y científico del cual van a ser portadores, se acostumbran a usar los tecnicismos, establecen nuevas pautas de interacción social, su vida cambia radicalmente, se integran a un nuevo sistema de valores y significaciones sociales en el contexto hospitalario y escolar (Montes, 2004: 94). Ciencia, farmacopea, mercado de la salud y de la enfermedad se conjugan en el aprendizaje del futuro personal de relevo en los hospitales, allí se adentra en el mundo del sufrimiento y del dolor y del aprendizaje desde el MMH y desde el éthos médico ya definido.

El trabajo profesional del médico actualmente se desarrolla en un contexto de grandes avances científicos y tecnológicos de la medicina; en una relación médico-paciente deteriorada; en una atención burocratizada e insuficiente de los servicios de salud; en una formación médica que no responde a las necesidades de salud del país, y en la globalización reciente que exige la evaluación de los centros de formación, así como la acreditación de las mismas y la certificación de los egresados (Jiménez, *et. al.*, 2000: 8). Aunque existen escuelas con cierta tendencia a contemplar en forma integral la formación de los futuros médicos, la mayoría de ellas ratifica el modelo de la medicina curativa e individualizada.

Es pertinente analizar en detalle los componentes que conforman las prácticas institucionales del personal de salud para poder identificar aquellos que alejan o

acercan a los futuros profesionales de la medicina del principio de la integralidad, aspecto que se verá a continuación.

3.2. Componentes y procesos de las prácticas institucionales del personal de salud

Parece evidente la importancia de realización de estudios que incluyan las prácticas como elementos de investigación en el campo de la salud. La tríada individuo/médico/institución es capaz no sólo de mostrar la existencia de diferencias conceptuales sociales y culturales muchas veces explícitas, sino también de un universo simbólico dinámico con otras intersecciones, influenciando de manera decisiva la relación entre demanda y oferta, sobre todo entre población usuaria y personal prestador del servicio.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, idealmente el personal médico fungirá como interventor médico, pues la decisión y la planeación dependen de la participación social del comité de salud, y no a la inversa. No hay que olvidar que una de las funciones del modelo médico, es la de controlar. La medicalización es control (Módena, 2001: 280-281). Sin embargo, de acuerdo con Luz (1996), la práctica institucional de salud hegemónica parte de que el ser humano no es socialmente libre para determinar lo que es mejor para el mantenimiento y el restablecimiento de su salud, al igual que para conducir su cuerpo; en verdad, es el personal médico la figura socialmente legitimada para trazar el destino de los cuerpos, independientemente del origen del sistema médico que lo atiende.

La cotidianidad en las instituciones de salud surge, idealmente, como un espacio no de verificación de ideas, sino de construcción de nuevas prácticas, nuevas formas de acción social en las cuales la integralidad puede materializarse como principio, como derecho, como servicio en la atención y en el cuidado de la salud, en la medida en que reúnen en el mismo espacio diferentes perspectivas e intereses de distintos actores sociales (médicos, administrativos, operativos y usuarios), los cuales actúan para la construcción y reproducción de saberes y prácticas integrales de cuidado y

atención en salud, así como para la evaluación de los efectos que una política de Estado tiene de cara al nivel de salud de una población.

Las respuestas gubernamentales a ciertas enfermedades han sido importantes en la construcción de la legitimidad social para las intervenciones del Estado en salud. La inclusión o no de una enfermedad en la agenda gubernamental es política, en el sentido de que es producto de la negociación entre diferentes grupos (gubernamentales o no) que demandan y/o resisten esa inclusión. No sólo la inclusión, sino también las características de las respuestas gubernamentales son influenciadas por el juego entre diversos grupos sociales interesados en una política específica.

Las instituciones de salud son, por tanto, el *locus*⁴ privilegiado de observación y análisis de los elementos constitutivos del principio institucional de la integralidad, y con ésta del derecho a la salud, ya sea tanto en las prácticas terapéuticas prestadas a los individuos, ya sea en las prácticas de salud difundidas en la colectividad (Pinheiro, 2001). Desde esta perspectiva el estudio sobre los actores y sus prácticas en el cumplimiento del principio de integralidad, en el contexto de reforma del sistema, gana relevancia y pertinencia en el campo de la salud colectiva.

Los procesos de trabajo y de hacer en el contexto hospitalario condensan y articulan dimensiones particulares de la atención, como la consulta médica, y generales, como los programas de salud, ajustados a planes sexenales con objetivos y metas de reducción y de control de enfermedades en la población. En lo particular opera más nítidamente la medicalización y el control médico, en lo general opera la respuesta gubernamental frente al perfil epidemiológico correspondiente; tal articulación convoca a trabajadores y personal de salud como a población usuaria en el mismo espacio.

⁴ Entiéndase por *Locus* el espacio de dominación simbólica, como relación de fuerza y de lucha que apuntan a la transformación del mismo. Idea tomada de Bourdieu (1996) en su texto sobre la dominación masculina, donde el autor asigna al género como el focus o espacio preciso donde opera dicha dominación.

A partir de los años setenta, el debate sobre las políticas de salud pasó a ser predominantemente una discusión acerca de la configuración deseable del sistema de salud, se asistió a la llamada planeación de los sistemas de salud; el desafío se colocaba en establecer cómo deberían ser las configuraciones de ese sistema, esto es, las relaciones entre los diversos servicios, las formas de financiamiento, los dispositivos para su coordinación y financiación. Se pensaba que la articulación de los dos sistemas se haría por superposición entre ese sistema político y los dispositivos de coordinación y gestión del sistema de servicios de salud (Araujo de Mattos, 2001).

Es por ello que las instituciones hospitalarias son unidades organizacionales complejas que prestan servicios de salud a las personas que acuden a ellas; en la misma institución se definen quehaceres y productos específicos en torno al PSEA. El grado de complejidad de la institución hospitalaria hace que sus objetivos como organización social puedan ser interpretados desde muy diversas formas y que en palabras de López y Cabrera (2006: 1) presenten "*altos niveles de incertidumbre*" dados por la definición de políticas y estrategias de salud a nivel central, el diseño y la implementación de programas que debe ejecutar, donde como institución tiene alguna ingerencia y, finalmente, la prestación directa de servicios médicos sanitarios. Este es el marco en el que se ha afianzado la atención y la importancia de la institución hospitalaria como epicentro de la atención y de la tensión en el trabajo en salud, como se argumenta a continuación.

3.3. Hospital y práctica médica

Para el entendimiento de la salud, la enfermedad y la búsqueda de atención, el sufrimiento se propone como punto de partida, ya que es una experiencia concreta, primaria, que no admite negociación (Canguilhem, 1982). Cuando el sujeto que sufre busca formas específicas de cuidado y atención médica, antes que se formule un diagnóstico, él mismo ya se considera en la condición de paciente. De la percepción de ese sufrimiento surge la demanda por servicios de salud. Esto quiere decir como lo afirma Rochel (2001) que las dimensiones del sufrimiento (demanda) y

de la atención (oferta) están dialécticamente comprometidas; las personas procuran las acciones asistenciales en los servicios de salud porque sufren, y porque adjudican ese sufrimiento a una enfermedad. Es así que es posible identificar en el sufrimiento al objeto de trabajo hospitalario.

Al hospital se acude con el ánimo de la cura y de la atención que mitigue y de preferencia ponga fin al dolor y al sufrimiento. Para ello es importante tener en cuenta que en el hospital trabajan personas que condensan sus historias institucionales, laborales y personales, formadas en su mayor parte, en un modelo natural-biológico de interpretación de la salud, de sus determinantes, expresiones y formas de transformación. Las prácticas desarrolladas por el personal se estructuran con base en el MMH y a la cultura organizacional cercana a la percepción de la provisión de servicios de salud como dádiva y no como derecho de las personas que atiende. López y Cabrera (2006: 5) plantean a los hospitales como instituciones históricamente creadas para la caridad pública donde la salud es interpretada como una necesidad individual y biológica particular, que evidentemente debe y requiere transformarse en la vía de la realización y la garantía del derecho a la salud, como acción ciudadana de parte de quien solicita el servicio y como acción calificada en la provisión del mismo por parte de quien atiende.

La práctica institucional de salud realizada en el hospital se nutre de la observación diaria y permanente del hacer de otro, se complementa con el estudio, pero sobre todo se transmite de expertos o adelantados a aprendices, a practicantes, mediante la formación y el adiestramiento de futuros médicos, futuras enfermeras y demás. En palabras de Clavreul (1983: 91):

“...la conquista de la observación del enfermo, que es la disciplina fundamental impuesta al estudiante de medicina que se acerca al lecho del enfermo, la disciplina a través de la cual se le juzgará cuando pase sus clínicas es la instalación del discurso médico”.

En la transmisión de saber van incorporados valores profesionales que no se explicitan, pero que se aplican cotidianamente, éstos pueden llegar a chocar con la identidad profesional pues la práctica aprendida no siempre es consecuente con los valores tradicionales de la profesión (Jarillo y Chapela, 2002: 29).

La prestación de servicios de salud, materializados en la consulta, el tratamiento y el seguimiento al proceso de atención, es la función social de la institución hospitalaria. Como servicio público condensa y organiza prácticas de atención a la salud como intercambios entre personal y usuarios⁵, donde el dolor y el sufrimiento asumen muchas formas de demanda de servicio por parte de la población y la eliminación del mismo supone el conjunto de procedimientos proporcionados por el personal que trabaja en el hospital.

Analizar esos intercambios implica, de acuerdo con Bourdieu (1982), retomar la *praxis* como campo de conocimiento médico para entender la mediación entre agente social y sociedad, a través del reconocimiento de la existencia de las relaciones entre la objetividad del conocimiento construido por los actores involucrados (médico-paciente) y la subjetividad de los arreglos estructurados en los cuales esas relaciones se renuevan y se multiplican.

Amenita entonces entender cómo se lleva a cabo la relación médico-paciente y médico-trabajador para evidenciar las formas en las cuales desde lo médico se ejerce el control social, y se materializa el proceso de medicalización.

3.3.1 Relación médico paciente e instituciones de salud

El hecho de que la medicina se haya extendido en el mundo y que haya crecido el prestigio del saber médico, permite descubrir en la actualidad la profunda desigualdad de la relación médico-enfermo que en la práctica cotidiana deviene en relación médico-paciente (Clavreul, 1983: 248). Es en esta relación donde se articulan las prácticas institucionales del personal de salud, es el consultorio el lugar donde se concretizan y donde se puede reconocer los valores de la práctica, de la profesión médica, de los procesos mismos de atención entre otros (Janillo y Chapela, 2002: 30).

⁵ La notación de usuario hace referencia al uso que hacen las personas de los servicios de salud disponibles para su atención. La literatura brasileña en la materia aduce de la misma forma a usuarios como a pacientes sin hacer en ello particular distinción.

En las sociedades contemporáneas, la institucionalización de las respuestas frente al PSEA se conforman mediante relaciones con todas las instancias de la sociedad en cuya estructura se desarrollan prácticas para enfrentar la enfermedad que implican una serie de roles institucionalizados: el rol del enfermo, el rol del paciente, el rol del médico, etcétera que cumplen funciones respecto al equilibrio dinámico del sistema (López y Blanco, 2001: 14) en donde el poder es factor determinante de ese equilibrio (Sitzia y Wood, 1997. citada en Salas, 2004: 232).

El saber médico tiene una función principal en la construcción de sumisión y subordinación construidas tanto al interior de la relación médico-paciente, como en la propia institución. (Pagnamento, 2000: 45).

El saber médico se pone en práctica en una sociedad en la que es valorizado, distribuido, repartido y en cierta forma atribuido; esta voluntad de verdad basada en un soporte y en una distribución institucional, tiende a ejercer sobre los otros discursos una especie de presión y como un poder de coacción. La voluntad de verdad, como prodigiosa maquinaria [está] destinada a excluir los discursos que indefinidamente más allá de su formulación son dichos, permanecen dichos, y están todavía por decir (Foucault citado por Muñiz, 2004: 46).

Ni médicos ni pacientes en consulta mencionan explícitamente lo que se observa en reiteradas ocasiones: una especie de acuerdo expresado en el "no me vaya a fallar", y la doble función de alentar y presionar: por un lado se alienta a cumplir el tratamiento (especialmente dietas, ejercicios, medicamentos), pero también en el escenario de la consulta se potencia el valor de la autoridad en su expresión paternal de que los pacientes deben "quedar bien con su médico". Resultado de esta forma de relación es la aparición de premios y castigos simbólicos que exalta el hecho de que las acciones referidas a la salud se hacen por "quedarle bien" al médico y no por la salud del paciente, reduciendo las posibilidades de que el paciente se involucre activamente en el auto cuidado y la responsabilidad sobre su salud (Salas, 2004: 241), lo que implicaría el desarrollo de una relación médico-paciente más simétrica y complementaria (Menéndez, 2004). Sin embargo, habrá que considerar que los

pacientes ejercen resistencia ante las múltiples prácticas de subordinación. Al respecto vale la figura evocada por Scott (2004: 94) referida a los ajustes que los esclavos hacen diariamente a su conducta ante la realidad del poder; se basan, en parte, en un cálculo sobre la cohesión y la determinación de sus amos.

“En la medida en que no pueden penetrar ni plenamente ni con seguridad en el discurso oculto de los poderosos, los grupos subordinados se ven obligados a sacar deducciones a partir del texto del poder que se les ofrece en el discurso público. Así pues, los grupos dominantes con toda razón vigilan muy estrechamente el discurso público, para censurar cualquier signo de división o debilidad que pueda darles mayores posibilidades de éxito a quienes quisieran oponer resistencia o arriesgarse a una declarada rebeldía”.

La organización de las prácticas en salud involucra al menos a tres actores que se interrelacionan entre sí: paciente, profesional médico e institución. La tríada paciente/médico/institución es capaz de, no sólo mostrar la existencia de diferencias conceptuales sociales y culturales muchas veces explícitas, sino también de un universo simbólico dinámico con otras intersecciones, influenciando de manera decisiva la relación entre demanda y oferta. Además en la organización de las prácticas de salud significa también tratar con representaciones e intereses corporativos que tienden por ejemplo, a priorizar la especialización y la tecnología (Rochel de Camargo Jr, 2001).

En el análisis de la relación médico-trabajador para el área médica, Freidson (1970) se centró particularmente en el papel del poder en la división médica del trabajo; observó que el poder monopólico de la profesión médica era tal que podía subordinar ocupaciones adyacentes y afines, asignándoles el estatus permanente de cuasiprofesiones o grupos paramédicos como son el caso de la enfermería, la bacteriología, y la radiología entre otras (Turner, 1999: 188). Los prestadores de los servicios de salud –entre los cuales hay que destacar a los médicos y enfermeras- constituyen, también, un heterogéneo grupo por la diversidad de sus orígenes sociales y personales, su formación profesional, su ubicación en la cadena de la prestación del servicio y en los distintos espacios del sistema nacional de salud; sus particulares visiones del mundo y las personas que acuden a ellos marcan con gran fuerza – aunque para ellos pueda parecer imperceptible - su práctica profesional,

las orientaciones que ofrecen y la forma como interactúan entre sí y con los pacientes.

La relación médico – paciente- no está dada por individuos en el vacío, sino por personas integradas en redes intersubjetivas que se extienden en múltiples planos. Esto tiene un peso determinante sobre el significado que otorgará a la pertenencia a determinado género y generación, a su lugar como miembro de un grupo familiar integrante de una pareja, de las redes de parentesco y amistad de las que forma parte, e incluso de colectividades más amplias como son el grupo étnico, religioso, social o comunitario (Leal y Martínez, 2002: 58).

Pero el trabajo hospitalario no sólo requiere de las complejidades individuales e institucionales, también recurre a medios, técnicas, tecnologías e instrumentos cuya disponibilidad, calidad y cantidad afecta su práctica y desempeño como se aborda en el siguiente apartado.

3.4 Tecnologías de trabajo

En el contexto hospitalario, la "línea de cuidado" disponible para los pacientes, y propuesta por la salud colectiva, se mueve accionada por proyectos terapéuticos que requieren recursos para la asistencia a la población y ahí se forma el encuentro entre las necesidades de trabajadores, gestores y población. Ese actuar en salud trae consigo innumerables elementos, diferentes tecnologías de cuidado. De acuerdo con Merhy y Franco (2003: 8) en el hacer cotidiano del trabajador en salud, en su microespacio de trabajo, en especial, se opera un proceso, un núcleo tecnológico, compuesto por 'el trabajo muerto' y por 'el trabajo vivo'; el primero se centra en los instrumentos, los insumos y los materiales, se denominan así porque en ellos ya se aplicó trabajo para su elaboración. El segundo, el trabajo vivo, se da en acto, corresponde al campo de las tecnologías leves e incluye un campo relacional trabajador paciente. La correlación entre ambos tipos de trabajo se conoce como Composición Técnica del trabajo (*Ibid*).

Para atender las necesidades de la población en el cuidado de la enfermedad, un trabajador de la salud tiene como alternativa el proyecto terapéutico definido por Merhy y Franco (*Ibidem*) como el cuidado del problema de salud, utilizando exámenes, medicamentos y un proceso de trabajo centrado en el acto prescriptivo, dado que en este caso, el núcleo tecnológico del cuidado está centrado en el trabajo muerto-instrumental. También tiene como alternativa un trabajo relacional con el paciente, usando el instrumental (exámenes y medicamentos) reconociendo además del problema de salud, el origen social del malestar, las relaciones sociales y familiares y la subjetividad de la persona atendida, de su historia y el conjunto de síntomas que presenta y que debe ser observado en su problema de salud. En la segunda alternativa, continúan Merhy y Franco, se trabaja con la transferencia de conocimientos para el autocuidado, formas diversas de intervenir sobre la subjetividad de la persona, valorando y aumentando su autoestima para lograr de forma creativa el proyecto terapéutico que tenga como objetivo la realización de grados importantes de autonomía para que la persona pueda vivir la vida, desde la salud.

En el contexto hospitalario, la propuesta de estos autores permite analizar las tecnologías empleadas en él, y la forma como ellas cambian los procesos de trabajo, pero sin afectar el núcleo tecnológico del cuidado, centrado en el trabajo muerto, poco relacional, que evidencia la captura del trabajo vivo por el instrumental y la baja valoración de la tecnología leve en el proceso productivo, que en el medio hospitalario está por demás, centrado en el acto prescriptivo. Advierten Merhy y Franco (2003: 12) que el cambio en el trabajo realizado en el hospital, no llega a alterar de hecho las estructuras del modelo asistencial vigente, médico, hegemónico, productor de procedimientos.

La discusión del trabajo hospitalario sigue centrada en el equipamiento y la estructura institucional, por la fragante hegemonía del hospital en la historia de la formación del modelo asistencial, y en la atención básica como proyecto contrahegemónico. Una manera de abordar la integralidad en contextos cerrados como los hospitales es justamente en los microprocesos de trabajo desarrollados en

la consulta, la base de la relación médico-paciente, donde se encuentran sujetos, trabajadores y pacientes-usuarios de los servicios de salud en cuya base se lleva a cabo el trabajo cotidiano en salud, centrado en el cuidado. La pregunta que surge de la lectura de Merhy y Franco, es justamente cómo operar con la lógica de líneas de cuidado desde la integralidad con la perspectiva relacional que los autores proponen donde prevalezca la tecnología viva interactiva y humana sobre la tecnología muerta, prescriptiva e instrumental.

Para tal propósito es fundamental un pacto entre diversos gestores de servicios trabajadores, médicos y enfermeras implicados en la oferta de servicios que procuran cuidado a los pacientes-usuarios de los mismos. La definición de los flujos entre unidades productivas en diversos niveles de atención depende fundamentalmente del esfuerzo y la voluntad política de integrar los servicios. La construcción de líneas de cuidado, debe ocurrir entre los trabajadores como parte integral de la atención y el proceso productivo que por naturaleza tiene lugar a partir de los saberes y haceres que se expresan como actos de cuidado reconocidos en cada servicio, donde la vinculación del paciente-usuario transita en medio de una gestión eficaz por parte de un equipo de salud al cual él está ligado en su proceso terapéutico. Esto se da con el objetivo de garantizar que los actos de cuidado sean de hecho eficaces para conseguir los resultados de autoafirmación, haciendo de la integralidad un importante dispositivo para la apertura del cambio en toda la red asistencial sobre todo actuando como dispositivo instituyente del proceso de trabajo y de la producción del cuidado en salud (Merhy y Franco, 2003: 16).

Para seguir en esa dirección es menester abordar los contenidos que alientan en su formación al personal médico, qué valores nutren su trabajo cotidiano en el espacio de la consulta a partir del cual se teje el PSEA y se procura la integralidad, de ello se ocupa el siguiente apartado.

3.5 Socialización secundaria y terciaria en la práctica hospitalaria

La transmisión de normas y valores de los sistemas sociales invocados por Parsons (1967) en su teoría de sistemas sociales, parte del reconocimiento de dispositivos de

socialización que proporcionan la función fundamental de la estructura de roles y valores predominantes del sistema social; este sistema se basa en la familia – conocida como la estructura de socialización primaria- y la escuela -estructura de socialización secundaria- como pilares fundamentales para la transmisión de sus contenidos básicos para la cohesión social. La socialización es un proceso conservador que liga a las personas con el sistema social, sus normas y valores; socialización y control social constituyen los principales mecanismos que permiten al sistema social mantener el equilibrio (Ritzer, 2001: 567). En este contexto, el hospital tiene un papel central en la socialización al volver a la normalidad lo que se considera patológico o desviado, en otras palabras, por fuera de la normalidad y la funcionalidad del sistema.

De allí que sea necesario saber que, donde se lleva a cabo la formación médica, la formación académica y profesional es en la articulación del sistema educativo y el sistema hospitalario, ambos tienen como primordial función establecer un orden social por medio de la enseñanza de conocimientos que han sido considerados como los apropiados para que se formen a los sujetos; pero estas instituciones no sólo transmiten conocimientos, se encargan también de producir imaginarios sociales, mediante el cual se transmiten símbolos, valores, mitos que instituyen un sentido organizador de la sociedad dentro de un campo sociohistórico determinado, ejerciendo como parte de su función un efectivo control social (Montes, 2004: 91). Hay en la escuela de medicina un fuerte componente socializador del deber ser médico que se refuerza por el imaginario social existente alrededor de la figura imprescindible de quien cuida a los enfermos y devuelve la salud a la comunidad, valores esenciales en cualquier colectivo humano.

La función de la institución en su carácter institucionalizante es justamente esta, suscribir al sujeto a un orden establecido, el gremio médico establece diferentes formas de interacción entre sí, Gilberto Jiménez (citado por Montes, 2004: 93) al hablar de la práctica social, en este caso la práctica médica, plantea que en sí misma constituye procesos simbólicos específicos, regulados por diversas instituciones cuya función es la producción y reproducción de sentido; después de todo, son

precisamente la escuela y el hospital donde se han originado nuevas formas de orden social a lo largo de la historia.

De acuerdo con Jarillo (1999: 47), la institución educativa en salud influye poco en las áreas formativas de los recién egresados, por la prioridad que se otorga a la capacitación técnica clínica e instrumental fundamentalmente, con una actitud acrítica por parte de muchos de los docentes con tendencia a incorporar los roles establecidos por las instituciones de servicios médicos. Para Jarillo y Chapela (2002) es en la relación cotidiana de la práctica profesional donde se da el aprendizaje de los valores presentes en la relación médico-paciente, el estudio de la práctica tiene que ver con la formación de los recursos humanos, donde intervienen elementos de tipo social (prestigio, expectativa de ingresos) académica (la enseñanza de métodos científicos y clínicos de la práctica como criterios de verdad). Concluyen los autores, que son los valores, y representaciones perceptibles a través de la práctica donde se encuentra la base de la formación en la profesión médica. La formación de los gremios médicos, el origen de las universidades y la construcción de los hospitales obedecen a esta lógica, poco a poco los individuos que han ejercido la práctica de la medicina han sido normados (Montes, 2004: 92).

La formación de posgrado es biologicista, curativa e individual con una fuerte tendencia a la especialización clínica como formación de posgrado pues a muy pocos les resulta atractiva la idea de estudiar salud pública u otras áreas de humanidades y sociales; esta formación contrasta con la necesidad de una atención colectiva de tipo preventivo en el país dadas las condiciones de vida de la población. Los espacios de especialización médica son cada vez más restringidos, para que menos médicos se especialicen, lo que genera que en estos espacios de saber la exclusión sea una constante; de hecho las mujeres, por ejemplo, a pesar de ser doctoras ocupan un lugar secundario. El gremio médico se ha especializado tanto, que acceder a las formas de curación especializadas ya no es cuestión de bienestar social, sino más bien de economía; la medicina privada se presenta como una opción, la cual no es accesible para todos (Montes, 2004: 132).

El proceso de aprendizaje de la profesión médica se aleja del ideal de la formación integral invocada por la salud colectiva. Prevalece en el modelo pedagógico de la escuela y el hospital, el ideal del modelo de atención asistencial hegemónico que enfatiza su trabajo en la tecnología y el trabajo muerto de orden instrumental inclinado por el discurso tecnológico y científico y reduciendo el campo a la instrucción de carácter social y humanista que daría lugar al equilibrio de las tecnologías de trabajo enunciadas por Merhy (2003: 15), como lejana aspiración de la línea de cuidado que el hospital debería perseguir.

Hasta ahora se han planteado las principales características de las prácticas institucionales del personal de salud desde su campo de acción en los servicios hasta el campo de formación entrenamiento y desarrollo en la escuela, la facultad y los campos de práctica de quienes aspiran a ser profesionales de la salud como contexto para explorar la violencia y el poder en el quehacer hospitalario. En la siguiente sección se abordarán estos aspectos.

4. Poder y violencia en la práctica hospitalaria

El interés por la violencia se ha dirigido a la necesidad de entender y analizar sus manifestaciones más extremas representadas en los conflictos bélicos y las guerras. Cuando éstas terminaron, los aprendizajes obtenidos, sobre todo por sus efectos y pérdidas, permitieron identificar que la violencia es un producto humano, propio de las colectividades en las cuales hay estructuras de poder que las sustentan en todos los niveles y dimensiones. Mientras haya poder hay violencia, en cualquiera de sus estructuras, las manifestaciones violentas son una forma de sometimiento y de imposición de poder. El contexto hospitalario recibe permanentemente expresiones de violencia materializadas en las lesiones que a diario atiende, pero a su vez detenta en su estructura organizaciones y formas de poder que pueden eventualmente devenir en violencia.

Hay una línea de continuidad entre violencia y poder, desde la perspectiva sugerida por Max Weber, la violencia puede ser definida como el ejercicio extremo del poder y este como ejercicio monopólico de aquella, por lo tanto se establece aquí una

relación simbiótica. Las diferencias, características y connotaciones de la violencia dependen del contexto donde se desarrolla, como producto esencialmente humano, lo que puede ser violento para una sociedad específica puede, en consecuencia, no serlo para otra.

Toda manifestación de violencia remite a una relación de poder - subordinación, dicha relación se define y se construye culturalmente, por tanto es pertinente analizar cómo opera las relaciones de poder en la cultura, cómo estas relaciones se manifiestan en la práctica médica y cómo el cuerpo aparece como el eje del ejercicio de poder de la práctica institucional hospitalaria; estos aspectos serán revisados en los siguientes apartados.

4.1. Violencia, poder y cultura

Las especificidades culturales de cada organización social son las que eventualmente reflejan tanto la estructura y organización del poder social, político y económico que las sustenta como las manifestaciones de conflicto y violencia que pueden darse en su interior, por lo que no son iguales, no se manifiestan ni se identifican igual, e incluso no se perciben igual.

De acuerdo con Franco (1999) la violencia se considera como toda forma de interacción humana en la que se busca cumplir un objetivo haciendo daño 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. La violencia es una manera de actuar, una conducta, una opción desarrollada, aprendida y ejercida en las relaciones entre los seres humanos y en las instituciones y organizaciones que ellos han ido construyendo. Es una forma aprendida de relacionarse. Las formas de comportamiento violentas se van generando en el tejido de las relaciones interhumanas, conllevan todas las complejidades de las conductas humanas en cuya génesis se entrecruzan razones y afectos, intereses y poderes. Es una de las posibles opciones de la especie para la realización de su ser y sus proyectos.

Hay una historicidad de la violencia, dice Franco (1999, 2000); de esta manera se recupera el carácter de construcción temporal, relacional e interhumana de realidad. El carácter histórico social de la violencia muestra que la violencia y su crítica constituyen la filosofía de su historia. Hay tres características básicas que configuran una relación violenta: es una relación de fuerza, que produce daño y que tiene una direccionalidad. Lo que da mayor identidad a la violencia es la fuerza, sin fuerza no hay violencia pues, en esencia, la violencia es una relación de fuerza. La violencia no ocurre porque sí, ni porque tiene que ocurrir. Ocurre porque, en el juego cruzado de poderes e intereses que constituyen buena parte del entramado social, unos intentan mediante la fuerza inclinarlo a su favor. También las diferentes finalidades permiten tipificar y clasificar actos violentos: violencia política, violencia racial, por ejemplo. La finalidad específica determina en buena medida a los actores implicados y llega a perfilar determinadas modalidades y escenarios de violencia. En cada caso es el objetivo específico de cada trabajo sobre el tema de la violencia el que determina la clasificación más adecuada, el hecho de que la violencia sea un medio para el logro de determinados fines, fundamenta su carácter instrumental y hace instrumental a la violencia. La justificación se refiere a la relación entre fines buscados y medios empleados. (*Ibid* 1999, 2000).

Hannah Arendt (1970) reconoce la diferenciación de conceptos tales como poder, poderío, fuerza y autoridad, necesariamente interrelacionados cuando se habla de violencia. Para la autora *poder* corresponde a la capacidad humana no sólo de actuar, sino de actuar de concierto. El poder no es nunca propiedad de un individuo, pertenece al grupo y existe sólo mientras éste no se desintegra (ejemplo del poder del Estado y el recurso legítimo que tiene éste sobre la posesión de las armas); *poderío* se refiere, en cambio, a algo único, a una entidad individual; es la propiedad inherente a un objeto o persona, y aunque se manifieste en relación con otros, y pertenece a su carácter, sigue siendo, en esencia, independiente de ellas, también se traduce como fortaleza; la *fuerza* es el lenguaje cotidiano, se usa como sinónimo de violencia, sirve como medio de coerción; *autoridad* se refiere al término más elusivo de todos, su contraseña es el reconocimiento indiscutido por parte de aquellos a quienes se les exige obediencia: no se necesita ni coerción, ni persuasión.

Termina la autora concluyendo que la violencia se distingue por su carácter instrumental es decir, es un medio, un instrumento para lograr un fin; a su juicio, la sustancia misma de la acción violenta está determinada por la categoría de medios y fines, cuya característica principal en cuanto a los asuntos humanos es que el fin está en constante peligro de dejarse abrumar por los medios que justifica y que son precisos para alcanzarlo.

De manera convencional, el concepto de violencia mantiene ciertas semejanzas con el poder, la fuerza o el poderío pero, en términos fenomenológicos, se aproxima más al poderío, ya que los implementos de la violencia, como las demás herramientas, se diseñan y emplean con el fin de multiplicar la fuerza hasta llegar a sustituirla en la etapa final de su desarrollo (*Ibid*). En la violencia se empieza necesariamente a hacer visible el acto de fuerza, la confrontación, el daño o la lesión causada para lograr un fin o dirimir un conflicto, en palabras de Arendt, *de poder* y que en esencia puede identificarse tanto en los actos convencionales de guerra o de confrontación armada. Ésta última es una de las formas más expeditas de ejercer la violencia y evidenciarla, pero también existe la posibilidad de que tras este resultado se encuentren manifestaciones cotidianas, no visibles como por ejemplo la doméstica, la intrafamiliar, la conyugal y la de género que son manifestaciones directas del conflicto estructural que sociedades como la latinoamericana tienen en su constitución y origen, probablemente, es precisamente la naturalización de la violencia la que hace que muchas personas que son violentadas desistan de la denuncia. Para ellas tampoco está muy claro que la legislación existente las proteja en realidad y que el sistema jurídico atienda oportunamente sus denuncias.

La violencia es un fenómeno difuso y complejo cuya aprehensión científica no ha sido resuelta, ya que se basa sustancialmente en una cuestión de apreciación. Qué es aceptable o no, qué es un daño o no, qué produce una lesión o no está determinado por la cultura y revaluado permanentemente por el conjunto de normas y valores sociales que permanentemente se mutan y se transforman. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Asamblea Mundial de Salud, celebrada en Ginebra en 1996, define la violencia como:

"El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones, comprende la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados" (Torres, 2004a).

Esta definición abre la posibilidad de entender que existen formas reales de violencia no directamente visibles que, sin embargo, operan sobre lo que es esencial al vínculo violento, el sometimiento de una de las partes. Resultados de investigaciones, tanto de las ciencias sociales como de las ciencias naturales, tienden a convertir al comportamiento violento en una reacción natural, más allá de lo que la sociedad podría estar dispuesta a aceptar (Arendt, 1970).

La violencia es la expresión más severa y directa del poder físico; es calificada como una agresión que suscita la reprobación moral; puede ser práctica (física) o simbólica, visible o invisible. Puede ser producto de la capacidad de un perpetrador individual (violencia privada) o de grupos al interior de la sociedad, incluido el Estado y sus agentes (violencia colectiva); implica el uso o la amenaza de la fuerza física para resolver un conflicto. La violencia presupone la existencia de objetivos en aquellos que la llevan a cabo: la violencia tiene como finalidad preservar o fortalecer un poder establecido o bien derrocar a éste. Es, por tanto, una forma de desplegar poder en el marco de relaciones sociales y políticas diferenciadas, y un recurso del Estado para mantener el poder.

La violencia es una noción polisémica, que debe ser pensada como un fenómeno social y cultural pues es producida y construida socialmente en la cultura, en la sociedad, en la cotidianidad y en la manera como se resuelven los conflictos; puede ser abordada, además, como un hecho, una acción concreta o un proceso de preocupación o de interés para la sociedad. La cultura y la sociedad, con sus valores y normas tienen impactos diferenciados sobre individuos y grupos; a su interior se generan diversas relaciones que pueden ser de intercambio, cooperación, pertenencia e identidad pero también de conflicto, exclusión y discriminación; por eso la preocupación por el tema de la violencia en los discursos sociales, políticos y en la

opinión pública no es neutra, pues se traduce en valoraciones negativas o positivas sobre situaciones y acciones juzgadas como violentas.

Las estructuras sociales 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. El poder es una construcción social, un producto simbólico con expresiones objetivas y por tanto fundamentalmente humano, por tanto histórico, adscrito a un territorio y a una cultura o forma de organización social específica; se desarrolla por el monopolio de la fuerza, de las armas, de la organización para la defensa, de la capacidad de hacer daño y de la legitimidad lograda por consenso para ejercer ampliamente el poder a través justamente de la práctica de la violencia (Montero, 2005).

Las distintas clases de violencia tienen su cimiento en la legitimidad social de su ejercicio: las de carácter simbólico son las más ocultas y, por lo tanto, las menos cuestionables. Siendo una relación socialmente instituida Ramírez (2005) plantea que la violencia ejercida en el marco de las relaciones de pareja permite identificar que: la relación de violencia es un proceso de continuos y no una serie de situaciones episódicas; es un proceso en dos planos temporales; los cambios en la relación de violencia obedecen también a la incidencia de diversos factores; la esencia de la relación violenta es una relación de poder; la resistencia de las mujeres tiene múltiples modalidades y echa mano de diversos recursos. Tolalpa (2005) ha identificado, por ejemplo, la existencia de resistencias de parte de la población masculina a aceptar los cambios en las relaciones de género; una de las reacciones más recurrentes es la violencia doméstica, de facto, la psicológica y simbólica, que sirve para recrear el sentido de superioridad, violencia que por demás tiene su referente en la construcción de la identidad masculina, en un orden tradicional donde ser hombre es algo que se tiene que demostrar y defender partiendo del distanciamiento de lo femenino en una relación polarizada y opuesta. Al basar su identidad en elementos como la falta de expresión, la competitividad, la dureza, la

inflexibilidad, los hombres dan lugar a que sus expectativas en cuanto a desarrollo personal estén inscritas en contextos sociales y culturales basados en la violencia⁶.

Si la violencia tiene raíces en un esquema de discriminación y desigualdad eso quiere decir que quienes discriminan siempre se sienten superiores a los discriminados y, además, les hacen creer que son inferiores; cuando se da un proceso de cosificación hay una negación de la voluntad del otro y consecuentemente, un proceso de naturalización de la violencia, cuando quien es negado es percibido, además, como un ser sin voluntad, la violencia es imposible por definición, pues en este caso, ¿Cómo se puede transgredir una voluntad inexistente? Torres (2004a). Las estructuras sociales se erigen sobre y sirven para perpetuar patrones de desigualdad que se cubren con un manto de inevitabilidad; la supremacía se toma como inevitable, inmutable y permanente pero, sobre todo, como algo natural.

De acuerdo con Izaguirre (1998) en las relaciones cotidianas se produce y se reproduce la "violencia invisible", no hablada, pero consentida por el temor de la persona sometida que la padece y negada por la complicidad domesticada de la mayoría que la victimiza nuevamente cada vez que se atreve a pedir amparo, pues ciertamente existen formas reales de violencia llamadas por la autora como no visibles que, sin embargo, operan sobre lo esencial al vínculo violento: el sometimiento de una de las partes. Tal ocurre, dice Izaguirre, con la construcción misma de los géneros y la negación de su derecho frente al cuerpo, como en la violencia discriminadora sobre los otros diferentes tales como los homosexuales, a quienes se les niega su derecho a existir precisamente como diferentes que son.

La violencia se tiene que analizar directamente con las estructuras sociales que continuamente son producidas y reproducidas como normales; cualquier expresión de violencia tiene que analizarse en el contexto social en el que se produce, tomarse

⁶ Totalpa cita a Ramírez quien muestra tres ejes fundamentales que influyen en la tradicional estructura identitaria masculina: a- el no tener ningún parecido a las mujeres, b-el uso y abuso de la violencia para defender y refrendar su lugar de poder en las relaciones de género. c- la heterosexualidad obligada, bajo la lógica maniquea de que todo lo que no es masculino es femenino.

en cuenta que está cifrada en la desigualdad, en donde ni las palabras ni la voluntad de quienes son violentados son valoradas y donde se enfrentan dificultades para su reconocimiento y definición como tales.

Es importante identificar en espacios concretos la relación poder y violencia, en el ámbito de los servicios de salud y concretamente en las prácticas hospitalarias; para hacerlo, es menester recordar que la medicalización y el MMH son procesos que se han consolidado como espacios de poder y de control, no hay que olvidar que uno de los primeros sistemas de control social, lo constituyó el hospital, al normalizar lo patológico y lo desviado. Este análisis se hará a continuación.

4.2. Poder y violencia médica

Cómo opera el poder dentro del ejercicio médico y cuándo dicho ejercicio se puede catalogar como violento es parte de la reflexión necesaria al analizar el sistema de salud y a la institución hospitalaria específicamente.

De acuerdo con Foucault, las disposiciones de la vigilancia fiscal y económica preceden a las técnicas de la observación médica, pero poco a poco el espacio administrativo y político se articula en el espacio terapéutico, donde se tiende a individualizar los cuerpos, las enfermedades, los síntomas, las vidas, las muertes. El "mundo" de afectos y representaciones que se llama subjetividad es la existencia misma del personal de salud y los usuarios de sus servicios, de él dependen las relaciones que el individuo construya con su cuerpo, con los otros con quienes se relacione y con su mundo material. Suelen creer algunos médicos que debe des-subjetivarse ese cuerpo para captar en su esencia lo biológico, lo cual consiste en des-historizarlo de sus relaciones múltiples con el otro y con la experiencia existencial del mismo sujeto. Pero se trata sólo de un ideal médico reduccionista, orientado por una idea simple de discernir y aislar la causa para la explicación del síntoma, lo cual empobrece la comprensión médica de la enfermedad al fijarla exclusivamente a mecanismos etiopatológicos que nunca están discernidos ni aislados de la existencia singular del individuo que padece (Galente, 2004: 125). Nace de la disciplina lograda por los depositarios del control y la vigilancia, un espacio

médicamente útil: desde la consulta se controla, desde el hospital se opera terapéuticamente el mecanismo con el cual se une una forma de ejercitar el poder con cierto tipo de formación de saber (Foucault, 1976). El efecto de la expansión del ejercicio médico trae consigo el incremento del poder de la profesión médica, considerado por varios autores como el imperialismo médico (Conrad, 1992; Kholer, 1983; Comaroff, 1982) el incremento de círculos técnico-burocráticos que funcionan en la asociación de intereses con los expertos científicos y académicos; el *establishment* médico, interesado en la profesionalización, creación, organización y control de los propios mercados, en los cuales están literalmente excluidas las llamadas medicinas alternativas y las medicinas tradicionales de las comunidades populares; el lenguaje médico que mitifica los problemas humanos y los aparta del debate público, lo cual favorece la aplicación desinformada de medicamentos, con los cuales se puede caer en la *iatrogenia* médica⁷.

El procedimiento del examen por medio del cual se ejerce el saber de quien lo realiza, en este caso el médico, lleva consigo toda la forma y toda la técnica en donde, en lugar de emitir los signos de la potencia del atendido -el paciente- lo mantiene a éste en un mecanismo de objetivación, acompañado por toda una serie de registros y de acumulación documental, en los que el individuo queda plenamente constituido 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; eventualmente su terapéutica (Foucault, 1992b).

En su transformación, los aspirantes a la práctica médica son socializados en la cultura de la violencia médica, de hecho son iniciados de forma violenta en su propia formación, los castigos y las guardias son conocidas medidas pedagógicas de "disciplinamiento" en las escuelas médicas. En Europa, después del Renacimiento, la

⁷ La *iatrogenia* médica es la práctica inadecuada de la medicina; como la mayor falta ética. La *iatrogenia* puede suceder por dolo, mala intención, imprudencia, incapacidad e ignorancia. Las tipologías de *iatrogenia* las establece la Organización Mundial de la Salud a través de las cuales se lleva a cabo el pentaje de la práctica médica (CasaMadrid, 1999).

práctica médica se institucionalizó rápidamente: primero, la universidad se encargó de normarla; después, se crearon instituciones y organizaciones que aglutinaban al gremio de los médicos y así se abrió paso a la medicina organizada que permitió el establecimiento de las normas relacionadas con todos los aspectos de la práctica y la enseñanza médica (Coe citado por Montes, 2004: 64).

La actitud del personal médico que ayuda a recuperar las fuerzas físicas a un cautivo para que pueda seguir siendo torturado es compatible con la manera como se enseña medicina en la actualidad, ello tiene que ver con los altos grados de resistencia al dolor del otro y del dolor propio que el personal desarrolla haciendo imperceptible y hasta natural grados innecesarios de agresión, de roce y de conflicto entre los mismos grupos de trabajo (Clavreul, 1983). El rol que Talcott Parsons (1967) le asigna a la práctica médica es el de control de una desviación social. Un enfermo debe adquirir un nuevo estatus: el de enfermo, lo cual le abre un nuevo campo de comportamientos posibles, al mismo tiempo que protege al conjunto de la sociedad de los efectos nocivos, biológicos y sociales que podría acarrearle el contacto con el desviado. El actor social al que esa sociología asigna el papel de juez en este proceso es el médico y el personal que lo acompaña en la provisión de cuidado: su dictamen es inapelable y al individuo al que él ha diagnosticado como enfermo sólo le cabe aceptar su rol. En suma, el personal médico es un controlador social a nivel de los individuos, mucho antes que las coincidencias de muchos desviados sociales se conviertan en un riesgo para el equilibrio social (Testa, 1997: 83).

Pese a ser espacios esencialmente femeninos, el campo educativo y el sanitario, funcionan como un mecanismo de reproducción de la cultura patriarcal, la provisión de cuidados se ha enraizado en los valores sociales tradicionales femeninos, esto aunado a la ausencia de la formación en perspectiva de género para el personal, termina reproduciendo y reforzando en estos espacios los estereotipos de masculinos y femeninos, otorgando supremacía al varón y a sus atributos; el resultado, una educación y una salud a todas luces sexista, discriminatoria y en sí

misma violenta como precisamente acontece en el proceso de medicalización de los cuerpos (De la Torre, *et al*, 2004).

La violencia y la culpabilización de las víctimas forman parte del mismo círculo de la violencia, el hospital no es la excepción; la violencia siempre es un fenómeno relacional, se genera a partir y dentro de las relaciones sociales, no constituye una característica inmutable, sino que es un proceso dinámico e histórico vinculado a las condiciones de desigualdad y de diferencia; cuando la intolerancia deviene en violencia se niega a quien sufre la capacidad de tomar decisiones y afrontar las consecuencias de sus actos, es decir, contraviene los derechos fundamentales del ser humano (Freyermuth, 2004). Esto es muy importante considerarlo si como se ha dicho hasta ahora tanto el personal médico como la población usuaria de los servicios de salud son simultáneamente violentados.

En el análisis del poder y la violencia en las prácticas institucionales del personal de salud es necesario centrar el sitio material de su ejercicio: el cuerpo, aspecto que se va a abordar a continuación.

4.3 Cuerpo y poder

Como se argumentó anteriormente, la atención médica se busca a causa del sufrimiento y el sufrimiento se expresa en el cuerpo. Así, podría afirmar que el objeto de trabajo en la atención médico – hospitalaria es el sufrimiento y el objeto de expresión del poder médico es el cuerpo. Un cuerpo que según Foucault está *disciplinado* como fuerza de producción, útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido. En términos de la relación médico-paciente, específicamente aduciendo a la relación saber-poder que la media, afirma Foucault que el saber del cuerpo no es exactamente la ciencia de su funcionamiento y un dominio de sus fuerzas, que es más que la capacidad de vencerlas: este saber y este dominio constituyen lo que podría llamarse para Foucault (1992a) *la tecnología política del cuerpo*.

Como en Arendt, la violencia en la formulación foucaultiana es un instrumento, no un fin en sí misma, es un medio para el ejercicio del poder y propone que el poder es un instrumento útil e indispensable en el análisis de la violencia, brindando a la teoría feminista herramientas para observar y analizar las formas inestables como los sistemas de sexo-género donde se presentan y reproducen diferentes contextos y estratos sociales (Saucedo, 2002). Para Foucault (1992a) una propuesta de análisis de las relaciones de poder debe atender: - *un sistema de diferenciaciones* que le permite actuar sobre la acción de los otros; las relaciones de poder inducen a reproducir o modificar contextos asimétricos; *el tipo de objetivos perseguidos*, para mantener privilegios, acumular ganancias; *las modalidades instrumentales* que pueden ser variadas; *las formas de institucionalización* que pueden ser únicas o múltiples, y *los grados de racionalización* que pueden variar en su elaboración. Las relaciones de poder surgen en situaciones concretas, nada más concreto que el cuerpo entonces para ejercerlas.

El dominio sobre el cuerpo, su movilidad, su funcionalidad es parte esencial del hacer médico, y la dominación es un proceso que contribuye a la reproducción social (Bourdieu, 1996). En su concepto de la dominación masculina, Bourdieu busca explicar la dominación entre géneros y la subordinación de las mujeres:

“...es indispensable la mediación de los habitus que disponen al heredero a aceptar su herencia, su destino social.... 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” (Bourdieu, 1996: 145).

La práctica médica basa su ejercicio justamente en la dominación, el MMH trabaja desde la formación médica bajo el esquema de dominación del cuerpo y del enfermo, más que del enfermo de la enfermedad, el *pathos* o la desviación.

El proceso de medicalización sólo es posible en cuerpos dóciles, que puedan ser sometidos, que puedan ser utilizados, transformados y perfeccionados; el cuerpo humano entra por la medicalización en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone en lo que puede considerarse -en palabras de Foucault- en una “anatomía política” que es igualmente una “mecánica del poder” por medio de la

cual se accede al cuerpo de los demás no simplemente para que ellos hagan lo que se desea, sino para que operen como se quiere, con las técnicas adecuadas y según la rapidez y la eficacia que se determina (Foucault, 1989). El cuerpo concebido como objeto de apropiación y disputa se afirma como un instrumento de poder desde donde se construye tanto la diferencia genérica, como su representación, ya que a través de control y disciplina se ha confundido la manipulación y la conducción cultural de sus movimientos, de sus gestos y de sus actitudes, con la "naturaleza" o la pura anatomía (Muñiz, 2004).

En los pasillos de los hospitales se ventila la vida del personal médico y administrativo. Ahí se cruzan el poder y el saber médico, para dar paso a las relaciones personales del aparato institucional hospitalario, donde el rango, la especialidad y el poder se diluyen, es un espacio prohibido a los de afuera, que distribuye el poder del saber y de quienes lo ejercen (Montes, 2004). El personal hace parte también del uso y el manejo del cuerpo, entra en el circuito del discurso de poder médico sin entrar en el, lo privado e íntimo de quienes consultan, sus cuerpos expuestos al ritual de la clínica son parte del trabajo diario de funcionarios públicos, desfila por los corredores el expediente, el comentario y el caso, parte del poder hegemónico del discurso médico queda allí, expuesto.

La división entre lo privado y lo público y la insistencia del médico en adjudicar a la violencia un carácter más privado e íntimo muestra su temor a transgredir los límites de lo permitido socialmente y de lo definido por su propia formación profesional. Prefiere asumir que es un asunto completamente personal y que es la persona la que tiene la responsabilidad de hablar de sus problemas, aunque él lo haga cuando se refiera al caso en turno. En este aspecto autoras como Saucedo (2003), Torres (2004a, 2004b) y Valdés (2004a, 2004b) insisten que el respeto a la intimidad en caso de la violencia puede y debe ser cuestionado, pues otras áreas mucho más

íntimas como la sexualidad autorizan automáticamente al médico a intervenir y hasta opinar abiertamente y no así la violencia⁸.

La base de operación del MMH es la socialización tradicional femenino-masculino y su reproducción en el aparato técnico del modelo asistencial; el cuerpo y su desarticulación, así como la exposición pública de lo más íntimo de la persona queda reducido a objeto, expediente, conjunto de síntomas y tejidos que sólo puede ser abordado por quien sabe, el médico. En cada articulación, cada mediación, cada acción hay una base de ejercicio de poder subordinación ya sea del saber y del poder sobre el *pathos*, el cuerpo desarticulado, de la jerarquía de ese poder y de los mecanismos, no exentos de conflicto, de violencia para que ese se perpetúe. Tanto el carácter esencialmente masculino de la dominación médica, como la mecánica del ejercicio de poder alrededor del cuidado apunta a la necesidad de un análisis más incisivo sobre la importancia de considerar al género como categoría esencial para cierto tipo de violencia, la violencia de género que se va a revisar a continuación.

5. Violencia de género

Las dimensiones de masculinización del dominio médico y de la feminización del cuidado han llamado la atención a un elemento articulador de la violencia cotidiana presente en la clínica: al género. De tal forma que en los siguientes apartados se abordaran diferentes elementos que pueden mostrar las relaciones de la violencia de género como concepto, como definición desde la perspectiva de género y su relación con el proceso de medicalización ya abordado en apartados anteriores, y con áreas específicas como la salud sexual y reproductiva, con los derechos sexuales y los derechos reproductivos, para terminar con una aproximación a la forma como hasta ahora se han abordado la construcción de indicadores para el reconocimiento y la identificación de la violencia de género.

⁸ Pareciera que las parejas y agresores tuvieran el permiso social de agredir; aunque la ley lo tipifique como delito, las mentalidades están arraigadas con valores de permisividad y tolerancia de la violencia en contra de las mujeres. Para ampliar este punto véase Torres (2002, 2004a, 2004b) y Vásquez (2003).

5.1. Generalidades sobre violencia de género

La violencia de género es una forma de violencia que repercute en el desarrollo de las personas, en la autopercepción de sí mismas y en las modalidades de agresión más contundentes, recurrentes e invisibilizadas. La Organización de las Naciones Unidas a través del Programa de Acción, de la Conferencia de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993 la define como:

“...todo acto de violencia basado en el género que produzca o pueda producir daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o privación arbitraria de la libertad, sea que ocurra en la vida privada o en la vía pública” (Torres 2004a: 22).

Las formas y modalidades de este tipo de violencia van desde los gestos obscenos hasta la violencia sexual, y sus efectos van desde la sensación incómoda producto del acto o la agresión gestual o verbal hasta daños irreversibles a la salud cuya cronicidad puede llevar a la enfermedad e incluso a la muerte. La violencia de género es explicada como un fenómeno colectivo, que se registra en el contexto de una sociedad que hace posible la existencia de ese fenómeno y tolera, incluso justifica, a los perpetradores; suele ser una violencia socialmente reconocida inserta en las prácticas cotidianas. No es, de ninguna manera, un acto aislado, al margen del contexto social.

La violencia de género tiene su origen en una amplia variedad de aspectos culturales relacionados con la construcción de la identidad femenina y masculina, la asignación de roles diferenciados y excluyentes para hombres y mujeres, así como la valoración discriminada de la feminidad y la masculinidad, que ha llevado al desarrollo de formas coercitivas de control y segregación, las cuales se manifiestan en una basta gama de acciones, entre las que se encuentran las expresiones violentas (Valdés, 2004a).

Hablar en específico de la violencia de género lleva a la discusión que confronta, por un lado, la idea de la violencia asociada a la guerra y la confrontación bélica respaldada en la legitimidad del poder del Estado a ejercerla, y por otro la idea de la violencia de género asociada a la violencia contra las mujeres, la violencia sexual y/o

sexista. En este contexto, hablar de la violencia de género implica entonces 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 *et. al.*, 2005: 127).

Este concepto relacional busca caracterizar y visibilizar las formas de violencia que tienen como sustrato o base la condición genérica de las personas. Facilita, además, la identificación, caracterización y visibilización de la violencia de género como un asunto problemático, en este caso, para las instituciones prestadoras de servicios de salud, que incide en el conjunto de sus relaciones afectando los ámbitos médico, asistencial, laboral y administrativo y, con ello, el alcance de la misión de dichas instituciones en sus principales ejes: prevención de la enfermedad, promoción de la salud, atención y asistencia, administración e investigación. La definición teórica de la violencia de género se remonta a los conceptos de -relaciones de poder subordinación- tanto por la institucionalidad, como por los principios de las relaciones sociales desiguales; -relaciones de género-, categoría transversal a todo análisis género sensible; -medicalización-, concepto que en el caso de este estudio tiene sentido por tratarse de institución hospitalaria cuyas prácticas materializan y evidencian los conceptos anteriores, es más operativa; -violencia- concepto dinámico, complejo, multifactorial; -violencia de género- concepto relacional, inclusivo, dinámico complejo y multifactorial.

La violencia de género vulnera el ejercicio ciudadano de las personas, impide su desarrollo personal y el alcance de sus metas y propósitos. Es, sin duda, un problema de salud que afecta el pleno desarrollo personal, social y comunitario y vulnera el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, al lesionar la integridad bio-psico-social de la persona y al provocar daños de diverso tipo.

Al hablar de la violencia de género se ha entendido violencia centrada en las mujeres, violencia sexista, violencia contra las mujeres, violencia sexual; este concepto se acuñó históricamente en la literatura feminista como una categoría que permitía abordar el análisis, la interpretación y la comprensión de los factores y situaciones que llevan a la violencia contra las mujeres. Sin embargo, en esta misma literatura se coincide en la necesidad de trascender el concepto a todas las formas de violencia ejercida contra hombres y mujeres en razón de su sexo y su orientación sexual para adoptar, como dice Lamas, una lectura crítica de la sociedad, la cultura y su interpretación sobre el ser hombre o el ser mujer en el mundo. Ya no sería entonces suficiente suponer que la violencia de género remita únicamente a las mujeres, sino que se requiere avanzar conceptualmente a un nivel más inclusivo, más potente. Lamas (2003b) frente a este punto aclara que aunque usar género o perspectiva de género como mujeres o perspectiva que toma en cuenta la existencia de las mujeres es cuestionable desde un punto de vista conceptual, desde un punto de vista político es útil, pues conduce al rechazo de términos como el neutro derechohabiente o paciente o el de masculino neutro englobador ciudadano. Este uso puede impulsar algunos avances en el terreno concreto de las instituciones y prácticas sociales, sobre todo en los espacios y los discursos que no registran la existencia de problemáticas diferenciadas entre hombres y mujeres. El análisis de la violencia en cualquiera de sus definiciones es un imperativo en tanto que, como se argumentó anteriormente en este capítulo, la violencia es aprendida y, por tanto, puede ser reconstruida.

Dado que dos elementos construidos social y culturalmente son convocados aquí, tanto la violencia como el género, vale la pena analizar en profundidad las implicaciones de la perspectiva de género propiamente tal para abordar la violencia de género en el contexto hospitalario.

5.2 La perspectiva de género en el abordaje de la violencia de género

El término de papel de género o rol de género (*gender role*), fue propuesto por John Money (1996), para entender con él las conductas atribuidas a los varones y a las

mujeres. Este término permite apreciar diferencias cualitativas que las autoras y los autores como Robert Stoller (1968) encuentran frente a los términos *sexo*, referido al hecho biológico donde la especie humana es una de las que se reproducen a través de la diferencia sexual, y *género* que guarda relación con los significados que cada sociedad le atribuye a tal hecho⁹. Como se puede apreciar, la reflexión y producción teórica alrededor de esta perspectiva y sus acepciones teórico-epistemológicas datan desde principios del siglo XX. No es reciente y se admite en permanente replanteamiento y discusión.

Autores como Bourdieu y Wacquant (1982) aluden al género como una institución que ha estado inscrita por milenios en la objetividad de las estructuras sociales y en la subjetividad de las estructuras mentales. El género que es la construcción social de las diferencias entre los sexos, tiene una doble inscripción en la objetividad y en la subjetividad en formas interiorizadas/formas objetivadas, manifiestas en los conceptos de *hábitus* y *hábitat*. La identificación de estas formas, objetivadas y sus significados subjetivos, sirve al estudio de la problemática de género especialmente en el área de la salud, en tanto que impone la internalización del "saber ser" de hombres y mujeres (o lo que es propio de cada sexo), pautas que deben ser vistas como una telaraña de significados, externa a cada individuo en particular, porque fue tejida y definida incluso desde la colectividad (Salles, 2002).

La perspectiva de género como perspectiva relacional incluye a hombres y mujeres; este concepto remite a la construcción social en la cual la diferenciación sociocultural que se ha venido estableciendo entre hombres y mujeres ha sido desigual, porque se ha basado en la subvaloración, la opresión y la inequidad de lo femenino respecto a lo masculino. El estudio de la expresión objetiva de las diferencias permite analizar cómo los diferentes grupos sociales han construido los papeles de hombres y mujeres y, desde ellos, las actividades que cotidianamente desarrollan (Oliveira, 1995). De esta manera, se da cuenta del funcionamiento básico de la estructura

⁹ Las ciencias sociales y humanas se han nutrido de este debate epistemológico al reflexionar sobre significados de la diferenciación sexual. Otras y otros científicos sociales han desarrollado su trabajo en el campo de la rebelión contra la subordinación de las mujeres, es decir, desde la práctica y la teoría feminista.

social y de su ordenamiento el cual alude a las formas y contenidos históricos en la construcción, deconstrucción y recreación de lo femenino y lo masculino, la feminidad y la masculinidad, la maternidad y la paternidad, la construcción de ser hombres y de ser mujeres y el lugar de las opciones sexuales diferentes a la heterosexual dentro de este contexto.

El potencial analítico que ofrece la perspectiva de género para comprender el fenómeno de la violencia y su relación con las identidades de género y el orden social ha permitido reflexionar: que el dominio y la subordinación están basados en prioridades marcadas por sexo y generación (el varón y la hembra, y el varón mayor sobre el menor); y que el dominio sexual tiene categoría de ideología y está profundamente arraigada en la sociedad.

Al entrar al terreno de la ideología y del poder se puede reconocer que la supremacía del varón no radica tanto en su fuerza física como en el aspecto cultural y social de aceptación de un sistema de valores, un pacto social que se reproduce mediante la cultura que construye identidades humanas diferenciadas en lo femenino y lo masculino. Estas elaboraciones, así como los aportes del sistema sexo/género desarrollado por Rubin (1986) quien define el sistema sexo/género como el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómico-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, buscan comprender y explicar las formas de relación social que perpetúan la subordinación femenina y que la perspectiva de género pone en el centro del debate alrededor del concepto de violencia.

La consideración del sistema sexo/género permite un estudio más amplio para comprender y explicar el par subordinación femenina – dominación masculina. Lamas (2003a) amplía esta discusión cuando plantea que el sistema sexo/género es el conjunto de arreglos por los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en los que estas necesidades

sexuales transformadas son satisfechas. Rubin (1986) señala que lo que cuenta verdaderamente es cómo se determina socialmente el sexo.

Cada sociedad tiene su sistema sexo/género, una manera propia de organizarse por lo cual el material biológico "crudo" del sexo humano y de la procreación es moldeado por la intervención social y satisfecho de acuerdo a ciertas convenciones. Como dice Scott (1986) el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder y un elemento constitutivo de las relaciones sociales.

Para Nancy Fraser (1989) la lectura de cualquier problema social sensible al género tiene implicaciones conceptuales y teóricas importantes desde el punto de vista de la teoría crítica. La expresión "No se nace mujer, se llega a serlo", permite afirmar que el concepto "género" se crea para mostrar esos factores culturales y el "sistema género" para indagar cómo se organizan las sociedades para crear, mantener y reproducir estas características y comportamientos. Los estudios de género han documentado cómo se les niega la voz a las mujeres, se descalifica su razón y su conocimiento y se les excluye de saberes valorados; han demostrado que no hay gobierno paritario en ningún país y que la violencia contra las mujeres se interpreta como si no lo fuera; se tergiversan sus causas, se minimiza el daño y se niegan sus consecuencias (base de la formación en salud como se vio en apartados anteriores).

La misma organización social que monopoliza el ejercicio de la violencia y determina el ejercicio de poder, basa su acción y articulación en la manera como hombres y mujeres interactúan, se comportan y socialmente se desarrollan. Sexo-Género se convierte en un sistema bio-psico-social y cultural que traduce la diferencia en una valoración que aparenta ser de orden natural, pero que en realidad está arraigada a un orden cultural basado en la inequidad de las mujeres respecto de los hombres (Maier, 1995). El alcance del orden de significación genérico llega hasta la cuna y comprende también la esfera de lo público y lo privado.

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; al decir de Ramírez (2005), 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. Lamas (2003b) lo refuerza al puntualizar que la categoría género permite referirse a los procesos de diferenciación, dominación y subordinación entre los hombres y las mujeres, obliga a remitirse a la fuerza de lo social, y abre la posibilidad de la transformación de costumbres e ideas. Así, la perspectiva de género se aleja de las concepciones funcionalistas y deterministas, y busca explicar la acción humana como un producto construido con base en un sentido subjetivo.

Si la sobrevaloración masculina predomina en las relaciones sociales como lo propone la perspectiva de género, es necesario analizar la forma como esta se manifiesta en el contexto hospitalario en uno de sus aspectos fundamentales: en el proceso de medicalización.

5.3 Medicalización y violencia de género

Cómo operan entonces medicalización y violencia de género en el hacer y saber médico es parte del análisis que se requiere para entender algunas de las características del MMH y por ende de las prácticas institucionales del personal de salud, en principio avocadas al cuidado de la salud y a la provisión de servicios.

En la práctica, la consulta hospitalaria se centra en el desempeño de rol médico en lo técnico instrumental, al decir de Merhy (2003) en el trabajo muerto (hegemónico y dominante); el escenario de la consulta de medicina familiar identificada como el lugar en donde el médico es más médico y el paciente es más paciente, es también el lugar en donde las valoraciones socioculturales de lo femenino y lo masculino tienen expresiones prácticas. Allí es posible establecer una nitida asociación entre roles tipificados que destacan dos elementos empíricos: feminización de pacientes y

masculinización de médico, independientemente del sexo de todos ellos; esta evidencia empírica, proporciona elementos para reflexionar sobre la pertinencia de considerar el carácter androcéntrico del MMH, aún no señalada desde la antropología médica crítica. Se está haciendo referencia al androcentrismo como el conjunto de prácticas y representaciones del personal médico (incluyendo médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y otros proveedores de servicios) como masculino y del público usuario como femenino. Estos pequeños destellos de feminización se atrapan en la red del poder médico, articulándose poder a poder, con una clara sobrevaloración de los atributos masculinos (Salas, 2004: 246).

La sumisión, el no decir del dolor y del malestar, ponen en riesgo a las personas, pero también es un riesgo en la relación con la práctica médica occidental que al parecer requiere de ello para funcionar. En el contexto hospitalario, la violencia en forma de negligencia se constituye en un factor que contribuye a la muerte de las personas, cuando no se otorgan los cuidados que están a la disposición. Freyermuth, (2004: 94-97) en sus trabajos sobre mortalidad materna, muestra cómo el regaño, por ejemplo, se dirige, en primer lugar, a reprimir manifestaciones de dolor por parte de las pacientes. En segundo lugar, el regaño se dirige a inculpar a las propias mujeres por los problemas y/o las dificultades que pudieron haberse presentado durante el parto, y a eximir de toda responsabilidad por parte de los médicos. Castro (2000: 55) por su parte coincide en su trabajo con Freyermuth al identificar al regaño como un mecanismo culpabilizador de transferencia de la responsabilidad, que solo puede funcionar en un contexto de opresión de un género sobre el otro.

Ramírez (2005) en este punto destaca: a) el hecho de reconocer que existen distintas formas, tipos o variantes de dominación; una de ellas es la masculina; b) la dominación es un proceso que permitirá al sujeto adquirir una posición dominante; c) la dominación es producto de un trabajo complejo. Implica una inversión, costos, para aquel que quiere o debe ocupar esa posición; d) el consentimiento del dominado: no es posible mantener la dominación más que con la colaboración de quien se encuentra sujeto a ella, esto encierra la edificación de sistemas simbólicos y sistemas de prestigio.

Estudios sobre la sociología médica y la sociodemografía, documentan, por ejemplo, los sexismos del discurso médico en el proceso de mostrar los eventos fisiológicos vividos por varones y mujeres y del intercambio de roles en los encuentros médicos, dependiendo de si los actores son de uno o del otro sexo (Castro y Bronfman, citado en Figueroa y Sánchez, 2004:268). Ello ha llevado a múltiples autores, entre ellos a Lagarde (1994) a la conclusión de que más que un proceso diferencial de nombrar las cosas y la realidad dependiendo del sexo biológico de la persona, éste surge de los procesos de especialización genérica a los que están expuestos los seres humanos en función de los genitales con los que nacieron.

Partiendo del reconocimiento del énfasis y el peso del modelo asistencial hegemónico e instrumental, la salud colectiva identifica en la violencia de género el peso de los procesos macroestructurales de cambio en los sistemas de salud como la reforma, como la tendencia a la privatización de los servicios, como el énfasis en la medicalización de la vida y la agudización de los determinantes de la salud en el deterioro de la salud y el bienestar de la población (López y Blanco, 2004).

Hablar de violencia de género en contextos sociales dinamizados y ahora globalizados por la orientación actual del desarrollo y el cambio del Estado Nación en países como México, implica hablar también de la lógica actual de los servicios de salud con alta tendencia a la privatización, a la fragmentación y a la reducción de la atención, alejada de la prevención y la promoción como enfoque integrado de atención médica. Hay en ello una tendencia contradictoria frente al discurso oficial comprometida internacionalmente con la supuesta mejora de la atención integral en los servicios de salud, como es el caso de la salud sexual y reproductiva solo por mencionar algunos.

El estudio de los determinantes genéricos de la salud y la enfermedad no puede hacerse al margen del análisis de la forma como los conceptos de salud y enfermedad son construidos socialmente. Oakley (1981) ha analizado el proceso histórico a través del cual el embarazo y el parto dejaron de ser una forma común de conducta social para constituirse en fenómenos médicos; Treichler (1990) señala

que en el discurso médico norteamericano el parto es definido como un evento en el que el papel activo es jugado por los médicos obstetras, y el pasivo por las mujeres que están pariendo, de tal suerte que hoy, un conjunto de eventos, como el parto, otrora del dominio propio de las mujeres, ha sido expropiado y redefinido por la ciencia médica masculina, con implicaciones directas en la manera como las mujeres de hoy interpretan y viven estos fenómenos (Castro y Bronfman, 1998: 226).

El área de salud sexual y reproductiva es clave en el análisis de la medicalización de la sociedad y en la vulneración de los derechos de las personas, es entonces pertinente develar la lógica que en dicha área opera en los servicios de salud y la forma como esta favorece o no la violencia de género dentro del contexto hospitalario.

5.4 La salud sexual y reproductiva y la violencia de género

Como área de cuidado de la salud, la atención especializada de la sexualidad y de la reproducción de las personas es relativamente reciente, se remonta a las Conferencias Mundiales de El Cairo en 1994 y Beijing 1995¹⁰ en la década de los noventa, la revisión de su conformación muestra, sin embargo, que los aspectos sexuales y reproductivos han sido fundamentales en la consolidación del sistema médico asistencial y en la formación del cuerpo médico hegemónico y vigente.

La salud reproductiva es un concepto aplicable a los hombres y mujeres como individuos, y en términos de las interrelaciones entre ellos, como área de atención en salud se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva y al garantizar un libre, pleno y saludable ejercicio de la

¹⁰ La Conferencia Mundial de Población y Desarrollo se celebró en El Cairo en 1994 y la Conferencia Mundial de Mujeres en Beijing en 1995 a partir de estas dos Conferencias se sentaron las bases para el reconocimiento de los derechos humanos de tercera generación esto es los derechos económicos sociales y culturales que permiten la materialización y el logro de los objetivos del desarrollo para las mujeres y para el mundo en general. Uno de los grandes avances de estas conferencias lo constituyó sin duda la separación de la sexualidad y la reproducción al reconocer los estatus diferenciados y respectivos a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos de las personas independientemente de su edad, estado civil, raza o etnia, entre otros.

sexualidad (Figuroa, 1997). Esto quiere decir que no sólo se restringe a servicios médicos, sino también servicios de bienestar social, protección, justicia y educación para la sexualidad y para la reproducción.

La salud reproductiva se presenta como una forma de repensar las relaciones entre reproducción y salud, sin restringirlas al ámbito de la regulación de la fecundidad, sino tratando de promover y asegurar una sexualidad y reproducción satisfactorias a través de la incorporación de una visión de la salud y la reproducción en sus tres dimensiones: biológica, psicológica y social, una de las principales conquistas de las Conferencias Mundiales de El Cairo y Beijing. La salud reproductiva puede verse como un resultado de la conjunción y convergencia paulatina de intereses derivados de diversas corrientes de pensamiento y de acción, con lo que se volvió a poner en evidencia el papel central que juega la sexualidad y la inequidad que existe entre varones y mujeres en la relación entre salud y reproducción (Figuroa, 1997: 162).

Las mujeres buscan reducir el control que la biología tiene sobre sus vidas; ellas buscan liberarse del dolor, buscan el control del proceso del nacimiento y el derecho a decidir qué tipo de parto quieren tener; la contradicción consiste en que, en el momento en el que las mujeres optan por el método médico - asistencial de las instituciones de salud, pierde el control; en la relación médico-paciente se establecen al menos dos asimetrías: el saber y el factor genérico que, como diría Conrad (1992), vuelven más 'pacientes' a las mujeres. En el control reproductivo también entran en juego la lucha médica profesional con connotaciones de poder y el avance de las tecnologías anticonceptivas; sin embargo, adolece de una centralidad prácticamente exclusiva en el cuerpo de las mujeres, en la cual los médicos han usado la ciencia como una racionalidad de dominio profesional.

En la sexualidad y la reproducción se anclan subordinaciones profundas a través de las cuales se expresan de manera crítica las desigualdades intergenéricas e intergeneracionales. Las relaciones desiguales y desventajosas son propicias para la aparición de la discriminación y la violencia desde las formas más sutiles hasta las más contundentes y terminantes (Fernández, 2000).

El concepto de salud reproductiva parece responder a una dinámica histórica de generación de conocimiento, la cual no siempre ha tenido eco en las instituciones educativas del área de la salud, en buena medida porque cuestiona los reduccionismos y las prácticas institucionales autoritarias características del ámbito de la salud y de la reproducción. En las instituciones de posgrado en ciencias médicas y en salud pública se aborda la reproducción humana con una orientación fundamentalmente biomédica y epidemiológica, se ha observado, de manera coincidente con los estudios de Jiménez y colaboradores (2000), la necesidad de una mayor vinculación entre los programas de docencia, investigación y acción en el tema, dada la ausencia de especialistas en el tema de salud reproductiva, el bajo nivel de conocimiento y la escasa legitimidad del mismo.

Se ha develado con los atrasos y las metas pendientes de los programas de salud sexual y reproductiva de los países firmantes de acuerdos y compromisos en EL Cairo y Beijing, que hace falta investigación de alto nivel con elementos metodológicos y conceptuales de la salud sexual y reproductiva y sus aspectos sociales que sirvan de referencia a toda el área.

En los programas de salud reproductiva y sexual se ha identificado vertientes de investigación y de docencia a corto plazo, en particular en seis temas (Figueroa 1997: 182-183): 1. Sexualidad; 2. Género y salud reproductiva (relaciones de poder, conflictos, asimetrías, acuerdos y negociación en la sexualidad); 3. Opciones y decisiones sobre el embarazo y sus implicaciones; 4. El papel de las instituciones; 5. La salud reproductiva de la población; 6. Elementos de interacción entre la sociedad civil y diferentes instancias sociales, con el fin de analizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Habría que mencionar que de manera particular en el área de salud sexual y reproductiva se insiste en la necesidad de identificar y observar diversas manifestaciones de violencia de género tales como: acoso sexual, agresión, agresión verbal, agresión física, agresión psicológica, discriminación, abuso, castigo, intimidación, burlas y gestos obscenos, violación sexual e inseguridad (Saucedo,

2002). En México, el vínculo entre violencia y salud reproductiva ha sido poco explorado, hasta ahora se ha encontrado: alta prevalencia de maltrato durante el embarazo, maternidad forzada dentro y fuera del matrimonio, maltrato a adolescentes embarazadas, contagio de infecciones de transmisión sexual y aumento de la morbilidad y de la mortalidad materna (Valdés, 2004b; Castro y Ruiz, 2003). Estos autores han identificado, entre otros, varios obstáculos para la identificación y atención a la violencia como son aquellos inherentes a la práctica médica, relacionados con el propio sistema de salud; y las concepciones en torno a la violencia donde el propio personal de salud es reproductor. Las mujeres maltratadas pasan desapercibidas en la mayoría de los sistemas de salud sin embargo, el estudio de Híjar, Lozano y colaboradores (2001) hizo una evaluación de las causas de demanda de atención por lesiones intencionales a los servicios de urgencias hospitalarias en la ciudad de México, ocasionadas por diferentes tipos de hechos violentos, identificando que la violencia intrafamiliar representó 19.60% del total de la muestra, siendo las mujeres las más afectadas, 72%, en comparación con los hombres, 28%, con asociación estadísticamente significativa. Los principales agresores de las mujeres fueron sus propias parejas y el grupo de mujeres entre 30 y 34 años de edad fue el más afectado.

Otros de los conceptos acuñados también en las conferencias internacionales de Beijing y El Cairo claves en el análisis de la salud sexual y reproductiva son el de derechos sexuales y el de derechos reproductivos, la vulneración de estos suponen de base la manifestación directa de formas de violencia de género, como se verá a continuación.

5.5 Los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la violencia de género

Por derechos sexuales y derechos reproductivos se entiende el derecho a ejercer la capacidad que tiene toda persona de decidir sobre su reproducción, y ampliando el concepto, de incorporar las condiciones y los medios adecuados para llevar a la práctica dichas decisiones, y así efectuar un proceso de autodeterminación reproductiva (Figueroa y Zignoni, 1994). Para la materialización de estos derechos se

requiere de mínimos niveles de bienestar y la satisfacción de necesidades básicas que incluyen el reconocimiento de los derechos humanos universalmente reconocidos, en el marco de relaciones equitativas entre los géneros.

Los programas de salud sexual y reproductiva comprometen directamente su acción alrededor del comportamiento sexual de las personas, por esta razón son los garantes de la preservación de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos enunciados y conocidos en el ámbito mundial en las diferentes conferencias de población y desarrollo y de las mujeres.

Tuirán (1988) afirma que las desigualdades de género alcanzan el área de la salud, al atribuir las decisiones sobre la procreación y la reproducción en un punto de acción y de intervención institucional, dejando de ser entendidas como acciones que deben llevarse a cabo en el ámbito de lo privado. En este sentido, la medicalización del parto adquiere otras formas autoritarias, que tienen que ver con la exclusión de las mujeres de lo que les está pasando. Para “advertir” a los usuarios que no podrán encontrar nada mejor, la mezcla de poder y propaganda podría explicar el efecto de confusión en los pacientes; la incertidumbre y la distancia respecto a la lógica de la medicina moderna con las que muchas mujeres viven su parto (Castro, 2000:57).

La salud de las mujeres ha estado implicada en la ampliación del poder médico, con su institucionalización y expansión, con la dominación tecnológica y el sistema de cuidado médico, que ha encontrado en el área del comportamiento reproductivo y sexual un terreno apropiado para expandirse con el esquema particular de percibir el proceso salud-enfermedad que el conocimiento biológico científico de la medicina positivista, posee¹¹. Esta es una de las características que Catherine Kholer Riessman (1983) identifica como antecedentes de la medicalización de la vida de las mujeres. Junto a argumentaciones sobre las causas sociales, económicas y culturales que explicarían la decisión del aborto, entre los médicos y las médicas también surgen creencias estigmatizantes acerca de atributos idiosincráticos de las mujeres de sectores

¹¹ Una de las características que justamente Catherine Kholer Riessman identifica como antecedentes de la medicalización de la vida de las mujeres en su artículo.

desprotegidos (ignorancia, irresponsabilidad sexual, promiscuidad, entre otros). Frente a la anticoncepción y el aborto, circulan dentro de los discursos y las prácticas de los profesionales de la salud un conjunto de ideas, valores, prejuicios, temores y dudas que atentan contra su responsabilidad profesional para atender apropiadamente a las mujeres (Ramos, *et al.*, 2001:30).

Queda pendiente entonces el avance de investigaciones y estudios sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la violencia de género presente como vulnerabilizadora de ellos, asunto que hasta ahora ha empezado a problematizarse, es un terreno extenso que no se limita a la enfermedad, se remonta a la salud y al bienestar de las personas pues solo a partir de ellos puede ejercerse con disfrute la sexualidad y la reproducción de manera plena y activa en pos de la vida, de la salud.

5.6 Indicadores de la violencia de género.

La pregunta por la violencia sexual, la violencia de género y la violencia entre los géneros, en sus múltiples manifestaciones, aún se ubica en el orden de lo no nombrado, de lo que pareciera imposible convertir en palabra. Reconocer la violencia de género de entrada es un asunto que requiere sensibilización, percepción de elementos sutiles que la sustentan y la animan, máxime cuando sus expresiones pueden ser simbólicas, psicológicas y en últimas, solo en últimas físicas. Puede durar y perdurar en el tiempo, puede variar en sus manifestaciones que dicho sea de paso pueden ser simultáneas, recurrentes y aleatorias en sus formas. Llegar a la identificación de la violencia de género al interior de las prácticas institucionales del personal de salud implica desarrollar habilidades de alerta y percepción de una situación concreta antes de considerarla violenta para poder luego analizarla, observarla y estudiarla, he aquí el reto metodológico.

Más que sus manifestaciones, el abordaje de la violencia de género en el contexto hospitalario ha partido de sus efectos entre los cuales se enumeran las lesiones físicas, los traumas emocionales, la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, el desconocimiento de los derechos humanos básicos e

incluso la muerte (Valdéz, 2004b). Sin embargo, los efectos y las formas de la violencia son tan desconocidos y desapercibidos como el registro de la ocurrencia del hecho mismo que se constituye como violencia de género, por tanto la lectura de la problemática se debe hacer en diferentes momentos y desde diferentes perspectivas. Ejemplo de esto son los resultados de la encuesta de Demografía y Salud de 2000 en Colombia (Profamilia, 2000), en donde al preguntar la razón por la cual no buscaron ayuda las mujeres entrevistadas que dijeron haber sido agredidas de alguna manera en su casa o por su pareja, contestaron que no había evidencia física o daño físico que lamentar.

Otra dificultad para reconocer la violencia ejercida sobre una persona es la cronología del proceso, sus variaciones y manifestaciones en el tiempo y la percepción o no de su carácter violento de parte de quienes se encuentran en medio de la situación calificada como tal esta es otra razón por la que es menester establecer en primera instancia que es y que no es violencia. La persistencia del o los sucesos se traduce tiempo después en efectos visibles, algunos de ellos mórbidos, no sólo físicos, sino también mentales, que terminan evidenciando su presencia (Fernández et. al., 2005).

La invisibilización de la violencia y la ocasional falta de recuerdo de la misma son algunas de las razones de la letalidad o potencialidad del daño que este fenómeno produce en el libre desarrollo de las personas. El mayor reto que enfrenta el concepto de violencia de género es el de incorporar además de los aspectos relacionales e inclusivos, la identificación de las formas y manifestaciones de la violencia que generan riesgo, daño, morbilidad y reducción de la calidad y la condición de vida de las personas.

Por su carácter subjetivo y no siempre objetivado el estudio de la violencia de género reconoce un importante grado de dificultad (OPS, 2000). La identificación de este tipo de violencia en el espacio de la salud pública se presume de antemano difícil, particularmente por la ausencia de registros homogéneos que hablen de la magnitud y las características de este tipo de violencia, haciendo imposible hasta ahora

nombrarlas, visibilizarlas, identificarlas, tipificarlas, monitorearlas y atenderlas; ejemplo de esto es cómo se esconde la violencia de género y sus lesiones en las agrupaciones de enfermedad y muerte. La ONU ya lo advertía desde 1980, cuando afirmaba que la violencia de género es el crimen más encubierto del mundo (CEAS, 1994).

Un análisis de la violencia de género que no incluya la valoración y el efecto de las relaciones de poder y de las relaciones de género en el sistema de salud que atiende a las personas afectadas por la violencia en cualquiera de sus formas resultaría en políticas ineficientes e incapaces de crear la sinergia necesaria para atender y prevenir este problema social (Saucedo, 2003); ello aplica tanto para el personal de salud como para la población usuaria de los servicios hospitalarios, si unos perciben y catalogan como violenta una conducta mientras otros no, ¿cómo intervenir?, ¿cómo abordarla?

Así se puede decir que la construcción de indicadores de violencia de género es una tarea aun pendiente que cuenta con importantes complejidades y grados de dificultad pero que debe ser permanentemente consideradas en los contextos específicos con las particularidades sociales y culturales que el análisis requiera; este trabajo intenta la aproximación desde el contexto hospitalario, desde la cotidianidad de la consulta y del encuentro entre personal de salud y población usuaria de los servicios públicos del estado, al respecto se retoma el tema en el apartado metodológico.

El siguiente capítulo entra al terreno propiamente tal, es decir a la Ciudad de México, donde se realiza este estudio, a las características sociodemográficas básicas y la red de servicios disponible para satisfacer las necesidades de salud que tiene la población de esta ciudad.

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, LA METODOLOGÍA Y EL MÉTODO

Este capítulo aborda la estrategia metodológica empleada para desarrollar la investigación; como un proceso artesanal se desarrollan paso a paso el punto de partida de la inquietud metodológica, las preguntas teóricas y metodológicas consideradas desde la epistemología misma de la perspectiva cualitativa –que rige este estudio- hasta los problemas y dificultades para afrontar los desafíos planteados en el trabajo con los instrumentos desarrollados para darle salida.

1. Metodología

Los ejes de este trabajo remiten a nociones básicas como violencia, violencia de género, prácticas institucionales del personal de salud; las preguntas que orientan la investigación que se desarrollan a continuación reflejan las inquietudes en torno a manifestaciones, formas y significados de la violencia de género en el hacer hospitalario por parte del personal que presta sus servicios de atención en salud. Origen, problemas, características, validación de procesos de trabajo para encontrar la información necesaria y el proceso de elaboración de cada instrumento, de las formas de consulta y de acopio de información en diferentes momentos forman un cuadro general de referencia de este apartado.

Se inicia por las preguntas básicas del estudio tanto teóricas como metodológicas para dar lugar luego al planteo teórico que sirve de apoyo y sustento a la estructura metodológica sugerida.

1.1. Problema y preguntas de investigación

La presente investigación surge de la reflexión sobre la omnipresencia de la violencia de género en la sociedad actual. Con el entendimiento de los aportes de la Salud Colectiva, de los estudios de la violencia y de la perspectiva de género, se busca en esta investigación identificar la forma en que la presencia de la violencia de género en las prácticas institucionales del personal de salud constituyen un obstáculo para el

ejercicio del derecho a la salud, a partir de la revisión de la normatividad y de los programas oficiales referentes a la prestación de servicios de salud y la práctica de los mismos. Avanzar en el entendimiento de las relaciones de poder - subordinación presentes en la normatividad y programas oficiales y en las prácticas institucionales del personal de salud al interior de la institución hospitalaria referidas a la violencia y a la violencia de género, es el objeto de este trabajo. Para lograr este entendimiento esta investigación inició con cuatro objetivos específicos:

1. Caracterizar las formas o manifestaciones de violencia y de violencia de género presentes al interior de la institución hospitalaria y su registro en la normatividad y los programas oficiales.
2. Identificar las diferencias entre los discursos y las prácticas del personal de la institución hospitalaria alrededor de la violencia y la violencia de género.
3. Identificar las relaciones de poder - subordinación presentes en las prácticas institucionales del personal de salud.
4. Analizar al interior de las prácticas institucionales del personal del hospital que cuenta con programa de salud reproductiva, los significados que las personas que confluyen diariamente a la prestación de servicios de salud en la institución y en el programa atribuyen a la violencia de género.

Para guiar el alcance de los objetivos se formuló el siguiente sistema de preguntas:

1. ¿Cuáles son las prácticas institucionales del personal de salud?
2. ¿Cuál es la relación que existe entre los significados de la institución y los significados del personal de salud en torno a la violencia y a la violencia de género?
3. ¿Cuáles de estas prácticas institucionales del personal de salud se constituyen en violencia de género?
4. ¿Cómo es la violencia y la violencia de género que se genera al interior de las prácticas institucionales del personal de salud?

Al avanzar en el entendimiento de la respuesta a estas interrogantes y notar la importancia de la violencia y la violencia de género y su incidencia en el ejercicio del

derecho a la salud, surgió la necesidad de construir nuevas preguntas capaces de complementar las anteriores:

1. ¿Cómo se relacionan la violencia y la violencia de género, en la normatividad y en la práctica, con el derecho a la salud?
2. ¿Cómo influyen la violencia y la violencia de género en la relación derecho a la salud – integralidad de los servicios?
3. ¿Cómo se relacionan la violencia y la violencia de género, en la normatividad y en la práctica con los postulados de la integralidad de los servicios?

El análisis de estas preguntas mostró los problemas metodológicos a los que se enfrentaría esta investigación, mismos que se presentan a continuación.

1.2. Problemas y preguntas metodológicas

Los problemas y las preguntas metodológicas que condujeron esta investigación se refieren en primera instancia a relaciones desiguales de poder entre distintos agentes y agencias, objetivadas en documentos, lugares, objetos y prácticas. El poder, como ha sido presentado en el primer capítulo de esta comunicación, tiene dimensiones subjetivas y objetivas. Subjetivas en tanto que solamente podemos concebirlo si se refiere a significados, apreciaciones y valores, lo que en su conjunto permanece en el ámbito de lo simbólico. Objetivas en tanto que poder no ejercido en la práctica del mundo material, no es poder (Foucault 1976). En segunda instancia se refieren a una relación entre personas y agencias cuya razón es el sufrimiento del cuerpo, y a la regulación que se hace de las prácticas institucionales del personal de salud en relación con ese sufrimiento. A diferencia de otras formas de ejercicio del poder, esta relación existe porque existe el cuerpo bidimensional inseparable: cuerpo significado en tanto ser subjetivo y que significa los objetos, las prácticas y los lugares (Chapela, 2007). En tercera instancia los problemas y las preguntas se refieren a relaciones entre culturas embebidas de saberes y materializadas en tecnología, prácticas, y objetos; culturas que, sin importar las similitudes o diferencias, convergen en la imposición de la cultura institucional hospitalaria, que las inviste de valor diferenciado. Finalmente se refieren a lo que Bourdieu (1982) llamó hábitos,

disposiciones corporeizadas incuestionables, invisibles, presentes en toda percepción, pensamiento, apreciación y práctica.

Esta doble naturaleza del problema y sus preguntas llevó a la formulación de las siguientes preguntas metodológicas:

1. ¿Cómo lograr la materialización de las subjetividades que regulan o conducen la violencia y la violencia de género?
2. ¿Cómo lograr la identificación de los significados detrás de las prácticas, objetos y lugares que conducen o regulan la violencia y la violencia de género?
3. ¿Cómo identificar la relación violencia y violencia de género / integralidad?
4. ¿Cómo hacer lo anterior en una institución cerrada como es la hospitalaria?

Al analizar y responder estas preguntas quedó claro el interés en el entendimiento de los componentes subjetivos y de las materialidades del contexto de la violencia y de la violencia de género.

1.3. Aspectos teóricos considerados en la solución de las preguntas metodológicas

Trabajar con el significado atribuido por las personas a los hechos, las relaciones, las prácticas y los fenómenos sociales; comprender tanto las interpretaciones y prácticas, como las interpretaciones de las prácticas, es el núcleo básico de un trabajo cualitativo. En la investigación cualitativa hay un conjunto de prácticas interpretativas, hay un vínculo indisoluble entre el mundo objetivo y el mundo intersubjetivo de los sujetos, implica observación directa de situaciones reales y cotidianas, y el trabajo permanente en la construcción no estructurada de los datos con el cual se busca el significado de la acción social de acuerdo con los intereses de quien investiga y con la perspectiva de los sujetos investigados (Ferreira y Gonçalves, 2002).

1.3.1 Metodología cualitativa

La investigación cualitativa al decir de Galeano (2004: 15) se entiende como

“...un proceso dinámico que entrelaza problemas, teorías y métodos: no puede reducirse a técnicas ni etapas, no es una secuencia claramente marcada de procedimientos que siguen un patrón preciso, es una interacción entre el universo conceptual y el empírico, en el que la inducción y la deducción ocurren al mismo tiempo”.

La mirada cualitativa de este estudio permitió acercamientos y acompañamientos permanentes y reflexivos alrededor de la captación, descripción y observación del proceso, de allí que se asumió desde el comienzo del trabajo una mirada a profundidad e intensiva en el universo de la institución de salud. Trabajar con el significado atribuido por los sujetos a los hechos, las relaciones, prácticas y fenómenos sociales como el de la violencia de género, implicó analizar la cotidianidad institucional de la entidad prestadora del servicio. Se hace una revisión, para ello, de las representaciones, que parte del concepto de *hábitus* de Bourdieu (1988), que posibilita desde las ciencias sociales la articulación de los polos estructural y subjetivo de las representaciones sociales, el *hábitus* implica capacidades creadoras, activas e incentivas. Cardoso (2000) parte de Bourdieu y plantea la existencia de tres escenarios:

- El primero liga lo imaginario individual a lo que se llama representaciones individuales; en este estudio, el acercamiento a profesionales usuarios-as, y gestores de la institución de salud fue necesario y debió asumirse individualmente.
- El segundo se refiere al imaginario colectivo, compuesto de las representaciones sociales propiamente dichas, por lo general estereotipos, lugares comunes, preconceptos, mitos, etcétera; a los cuales se pudo hacer referencia directamente mediante observación participante y acercamiento etnográfico *in situ*. Esta elaboración individual y personalizada es también generalizada atravesada por la cultura.
- El tercero, la realidad social como actuación que surge de la relación de los dos primeros donde toman fuerza las representaciones que tienen por objeto acciones sociales. Los mensajes institucionales, la observación de la cotidianidad se impuso

en este ejercicio. La diferencia es que más allá de la actuación, que es la que se ve en acto, se recurre a la reflexión y a la conversación sobre lo que se hace.

Ricoeur (1987) resalta la necesidad de adoptar una actitud dialéctica frente a las dimensiones subjetiva y objetiva que una narrativa puede expresar, considerar un discurso narrativo es sobrepasado por lo dicho (el sentido de la narrativa) y por aquello acerca de lo que se dice (la referencia al discurso). Esa experiencia vivida se conecta con la significación de la misma (el significado de la enunciación) partiendo por el narrador y sus interlocutores, en este caso las tres personas –usuarías, profesionales, gestoras de servicio- con una intención comunicativa (significado del locutor-a). Así, a pesar de todos los límites que el lenguaje impone, la expresión de aspectos subjetivos, en la búsqueda de la objetividad ocurre en la dialéctica, en el proceso por el cual la experiencia vivida individual y privadamente se torna pública. El acercamiento etnográfico es en extremo útil y muy valorado en este caso, para captar estos niveles de significación en la cotidianidad de las personas, especialmente en contextos formales como los institucionales.

La percepción se refiere al proceso grupal de construcción de una identidad de equipo en función de una tarea concreta, en relación con una institución específica y marcado con un fuerte componente genérico, estas condiciones están dadas en el caso en estudio ya que se trata de una institución hospitalaria del Distrito Federal. Para una definición conceptual, una definición operativa y una definición cotidiana, la organización genérica se refiere a la manera en la cual se distribuye el poder en una sociedad, de acuerdo con lo que esa sociedad considera femenino y masculino; tiene lugar en una red construida socioculturalmente de prácticas y representaciones, es decir, de saberes.

Así, este estudio requiere de la observación e interpretación profunda de los contenidos presentes en las relaciones entre los distintos sujetos que interactúan en el espacio hospitalario, por lo que el interaccionismo simbólico se presenta como una posibilidad de aproximación al objeto en estudio.

1.3.2 Interaccionismo simbólico

Uno de los mayores aportes del interaccionismo simbólico para la realización de este trabajo, es la noción del orden negociado, al enfatizar que la sociedad es el resultado de interacciones, negociaciones y replanteamientos permanentes entre los actores sociales que la constituyen. Strauss 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 las psiquiátricas son reguladas por reglas aparentemente rígidas y cristalizadas (Strauss, *et. al.*, 1964)¹². Otro autor central de la interacción y el análisis cara a cara es Erving Goffman (1959) quien a lo largo de su trabajo conocido como el análisis dramático, busca desarrollar una teoría de la acción social que logre el difícil vínculo entre lo micro y lo macro, desde el análisis de la interacción cotidiana de los sujetos en la sociedad.

Entrar a campo permite definir actores, objetos materiales y simbólicos, y relaciones de poder. Para lo primero, fue preciso identificar la estructura, las reglas que sustentan el área y los recursos disponibles, para lo segundo, el modelo que permite poner en función del control diferencial determinadas reglas y recursos con los cuales funcionan los sistemas de salud (Ferreira y Gonçalves, 2002). Para entender estos aspectos se acudió a la sociología médica, a la salud colectiva y a la medicina social, cuyos aportes a la comprensión de las instituciones de salud desde la medicalización, el Modelo Médico Hegemónico y las prácticas integrales de salud aclararon los procesos, los conceptos y las relaciones necesarias inicialmente identificadas en la teoría y posteriormente constatadas en la práctica al observar la realidad de la institución hospitalaria.

El eje de las interacciones y de las relaciones en espacios sociales en general lo constituye el lenguaje como la forma más clara de comunicación verbal y no verbal que se expresa a través del cuerpo y a través de las palabras. El interaccionismo simbólico y sus exponentes exploran estas posibilidades mediante la combinación

¹² En realidad, estas organizaciones reconocen a su interior, movilidad y cambios permanentes producto de las alianzas, roles, responsabilidades, derechos y obligaciones, entre cada uno de sus integrantes (Salles y Tuirán, 2003).

creativa de instrumentos, formas y recursos para extraer y analizar los elementos que muestran más elocuentemente las prácticas institucionales que interesa observar; aquí juega un importante papel lo que Wright Mills (2004) en su clásico libro, *La imaginación sociológica*, dio en llamar la artesanía intelectual, puesto que la combinación creativa de instrumentos autoriza la triangulación de fuentes, instrumentos, voces, estrategias y diálogos entre disciplinas para lograr aprehender lo observado, vivido, descrito y narrado. Los mismos Berger y Luckmann (1968) desde los años sesenta 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 estos autores analizaron la producción social de la interacción entre las personas, interacción por demás llena de símbolos y significados que requirió para su análisis y comprensión de la combinación de herramientas e instrumentos que la hicieran posible. Berger y Luckman (1968) han desarrollado la tesis donde sostienen que la realidad se construye socialmente, esta idea es retomada por Habermas (citado por Gómez y Forti, 2000: 69) quien propone la siguiente clasificación de las acciones: a) instrumental, de observancia de reglas de acción técnicas. b) estratégica, permite evaluar su grado de influencia sobre las decisiones de un oponente racional, y c) comunicativa, los respectivos planes de acción armonizan entre sí sobre la base de una definición compartida de la situación.

Herbert Blumer (1962) sociólogo de la escuela de Chicago considerado el padre del interaccionismo al acuñar el término en 1937, plantea que las conductas de las personas están sujetas al significado que estas tengan sobre las cosas, que las interacciones sociales de las personas dependen de dichos significados y que estos están íntimamente relacionados con la experiencia social de los sujetos; de allí que el interaccionismo busque el análisis a profundidad de las relaciones micro que tiene lugar en espacios específicos y acotados por el margen de acción de las personas estudiadas. Para trascender su alcance a un nivel macro, la perspectiva

hermenéutica ofrece otras posibilidades que pueden considerarse pertinentes para este estudio.

La construcción social de la realidad en el caso observado y los productos de la misma – conocimiento, significado, prácticas y valores- se presentan con niveles de complejidad que no pueden ser entendidos en el análisis de sus componentes como fenómenos aislados, ignorando la totalidad que ellos constituyen, ni tampoco mirándolos como totalidad sin entender las partes que los componen. Es así que, para lograr el entendimiento necesario para contestar las preguntas de esta investigación se requiere de una aproximación hermenéutica.

1.3.3 Hermenéutica

Como mirada cualitativa pensada y diseñada desde la salud colectiva se vio en la hermenéutica y en la dialéctica una necesaria posibilidad de articulación del ejercicio de observación llevado a cabo a lo largo del ejercicio investigativo, ya lo menciona Minayo (2002: 165):

La hermenéutica ofrece las bases para la comprensión del sentido de la comunicación entre los seres humanos, parte del lenguaje como terreno común de realización de la intersubjetividad y del entendimiento: hace una crítica a las pretensiones del iluminismo, filosóficamente propone la intersubjetividad como la clave del proceso científico y de la acción humana.

La comprensión sólo es posible por el extrañamiento, pues la necesidad del entendimiento nace del fracaso de la transparencia del lenguaje y de las propias incompletudes y finitud humanas en este caso referido al mismo fenómeno de la violencia de género en las instituciones de salud y en el mismo papel de quien investiga en la búsqueda de la identificación y el reconocimiento del fenómeno. Las bases de la postura hermenéutica pueden ser resumidas con base en Gadamer (1999), Habermas (1987), Stein (1987) y Minayo (1993):

- El marxismo reafirma que toda vida humana es social y está sujeta a las leyes históricas, así el ejercicio dialéctico considera como fundamento de la

comunicación en las relaciones sociales históricamente dinámicas, antagónicas y contradictorias entre clases, grupos y culturas. Un análisis hermenéutico-dialéctico busca aprender la práctica social empírica de los individuos en sociedad en su movimiento contradictorio. Siendo así, la orientación dialéctica de cualquier análisis dice que es fundamental realizar la crítica de las ideas expuestas en los productos sociales, buscando en su especificidad histórica, la complicidad con su tiempo.

- En cuanto la hermenéutica busca las bases del consenso y de la comprensión en la tradición y en el lenguaje, el método dialéctico introduce una comprensión de la realidad al principio del conflicto y de la contradicción como algo permanente y que se explica en la transformación.

Minayo, resalta los límites de la hermenéutica y de la dialéctica en la comprensión y en la crítica de la realidad social; la primera realiza el entendimiento de los textos, los hechos históricos, la cotidianidad, la realidad en la cual ocurren, resalta que sus limitaciones pueden ser ampliamente compensadas por las propuestas del método dialéctico. La dialéctica a su vez, al sublimar la dimensión, el cambio y los macroprocesos, puede ser beneficiada por el movimiento hermenéutico, que enfatiza en la importancia de la cotidianidad, aspecto clave de este estudio; por su parte, la praxis hermenéutica enfatiza en la diferencia, el contraste, el disenso y la ruptura de sentido.

1.3.4 La aproximación cualitativa en este estudio

La subjetividad conformada por un conjunto de representaciones y afectos que funcionan para la producción de sentidos en los que el sujeto orienta su acción, las significaciones a partir de las cuales construye su relación con los semejantes y el mundo material que habita, junto a los valores e ideales que lo animan, tienen una historia, un origen y un referente por identificación con el adulto, de ahí la complejidad de su abordaje (Galente, 2004: 124). Para Leal y Martínez (1998) trabajar con estos componentes de la dimensión subjetiva, requiere de los procedimientos de naturaleza cualitativa, ya que ofrecen un camino apropiado; con ellos es posible lograr aproximaciones más finas a la comprensión de aspectos como: lo que hay en el fondo de la demanda de los distintos grupos, la interpretación

que a ella dan los operadores del servicio, el significado que tiene para ambos. Este tipo de acercamiento ayuda también a reorientar el diálogo entre los protagonistas centrales de la interacción que se está estudiando (Leal y Martínez, 2002: 57).

El interés detrás de las preguntas de investigación cualitativa es por el entendimiento, de manera tal que preguntamos por ¿Cómo sucede tal fenómeno? ¿Qué significa?, más que preguntar por explicaciones o causalidades. Tal como propone Galeano (2004:15-24), a través de la investigación cualitativa es posible comprender desde la interioridad de los sujetos las lógicas de pensamiento que guían sus acciones sociales como resultado de un proceso de construcción histórica. En tal sentido, caracterizar las formas o manifestaciones de violencia de género presentes en el interior de una institución hospitalaria no se limita a "sistematizar" o "recoger" las diversas lógicas, sino a reflexionar de manera analítica y a interpretar sistemáticamente la lógica y la racionalidad que dinamiza el comportamiento social de las y los implicados en la atención de la salud.

Acercamientos como el cualitativo surgen de la insuficiencia de los indicadores convencionales y del bajo reconocimiento que problemáticas como la de la violencia de género tienen en la población en un momento de abrupto cambio social, político y económico como el actual en México. Belmartino (1994: 99) cita a Bourdieu para sustentar que, para entender un campo:

"...es obligatorio incorporar al análisis los aspectos conflictivos relacionados con la apropiación de bienes materiales y simbólicos, las relaciones sociales emergentes, las propuestas de ordenamiento defendidas por los autores con presencia protagónica, la explicitación de formas diferentes de acumulación de poder".

Tiene sentido abordar el sector salud como un campo particular de la dinámica social, interesa porque aduce a las mediaciones entre las propiedades estructurales de las instituciones y las prácticas individuales y grupales, por un lado, y entre aspectos materiales y simbólicos de la vida social, por el otro.

Los sujetos interactuando en el ámbito hospitalario están en continua construcción y narración del espacio, de sus objetos, prácticas e intenciones y en este construir el espacio, se narran a sí mismos. La narrativa es una forma en la cual la experiencia

es representada y recontada y los eventos son presentados con un orden significativo y coherente de acuerdo con la importancia o relevancia que dichos elementos tengan para la persona que narra; es de esperarse que las narraciones varíen entre unas y otros pues cada quien construye y reconstruye su percepción del mundo de forma particular. En el acto de narrar nuevos acontecimientos, se tiene la ventaja de propiciar nuevas reflexiones sobre experiencias subjetivas, conduciendo a remodelaciones de perspectivas anteriores, pues la narración evoca y al mismo tiempo replantea la visión del mundo que se describe (Gómez y Alves Mendonça, 2002). En este estudio se buscó la narrativa tanto de los sistemas de los objetos como de los informantes.

El acercamiento exhaustivo al entorno cotidiano de la institución de salud buscó la forma de incorporación a la rutina institucional, para asumir la cotidianidad de sus procesos y la experiencia de los sujetos estudiados, hombres y mujeres en torno al tema. En tal acercamiento se abandonan aspiraciones macro que ilustren a cabalidad todo el proceso las explicaciones y comprensiones son sustantivas y profundas más que extensivas, se da cuenta del análisis de lo observado y narrado, de lo actuado en el momento dicho acercamiento no podría hacerse o replicarse en extenso y esta condición se asume desde el inicio del estudio.

1.3.5. Problemas de la opción cualitativa de este estudio en relación con su método, con la interpretación y con el análisis de resultados

El lenguaje de un grupo social representa la acumulación objetiva de vastas cantidades de significados y experiencias de este grupo (Berger y Luckmann, 1968). El lenguaje que un grupo usa para expresar síntomas y hablar constituye en sí mismo la experiencia objetivada de ese grupo respecto de esos fenómenos, al mismo tiempo que sirve para expresarla; se asume que el lenguaje que usan los individuos en la vida cotidiana es el medio por excelencia para transmitir "significados". He aquí uno de los mayores encantos de la mirada cualitativa del trabajo de investigación y al mismo tiempo una de sus limitaciones, cada recuento, narración y observación realizada es única y particular, por lo tanto la generalización sobre lo

observado y descrito, narrado o construido es limitada por la profundidad que se privilegia desde este camino (Castro, 2000: 38).

Dado que entre la significación que los actores dan a su acción, la representación que se construye del deber ser de la acción y la práctica concreta y cotidiana de su hacer en torno a la atención en salud hay diversos niveles y formas de identificación, interpretación y análisis de la información; para ello se recurrió a la combinación de métodos disponibles para la reconstrucción del proceso de significación en torno a la violencia de género dentro de la institución de salud y de sus actores principales. Si bien se hace una interpretación de datos secundarios, algunos de información agregada, para efectos de construcción de contextos explicativos, el estudio se centró en la interpretación de la subjetividad de las personas, y el estudio del significado de la realidad para las personas ubicadas en la institución, para comprender tal subjetividad y aprehender las particularidades interpretativas de cada quien, y así contribuir en una dirección diferente a la mirada hegemónica de la realidad hospitalaria.

Thompson (citado por Gómez y Alves Mendonça, 2002: 130) alude a otro nivel sociohistórico de análisis al referirse a las asimetrías y diferencias relativamente estables que caracterizan las instituciones sociales y los campos de interacción; un análisis así se orienta a la identificación de las asimetrías, las diferencias, las divisiones sociales que se configuran de una forma colectiva y relativamente sistemática e inestable; este nivel de análisis requiere una reflexión más teórica, pues exige criterios y categorías para organizar e iluminar la evidencia de las asimetrías y diferencias sistemáticas de la vida social, en este punto vuelve a recalcarse la importancia de ver las diferencias desde la mirada relacional del género, aspecto que se desarrollará en otros apartados.

Goffman (1970) apoyado en el enfoque dramaturgico 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 del 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, este mismo hecho ha constituido una especie de burbuja que hace poco plausible el cuestionamiento y la observación por parte de quien no es parte del orden médico, y este fue un reto constante para la investigación en todo el proceso.

Otro nivel de análisis se refiere al propiamente institucional, entendido como conjunto relativamente estable de reglas y recursos, y con relaciones sociales establecidas claramente entre ellas. Las instituciones pueden estar relacionadas con la narrativa de la problemática, las composiciones familiares de los individuos y los servicios de salud a los que acuden y de las cuales son parte. Uno u otro camino para abordar las narrativas implica posicionamientos reveladores de un *ethos* no sólo de quien investiga sino de todo su entorno social de referencia; dependiendo del objeto se pueden privilegiar lecturas con un enfoque dialéctico o fenomenológico, uno de ellos o los dos posibilitan una síntesis entre las representaciones de los fenómenos y la experiencia en torno a los mismos (Gomes y Alves Mendoza, 2002). En este caso la mirada externa (externa a la institución, externa a la cultura y externa al país puede enriquecer el acercamiento y la mirada a los significantes propios de situaciones cotidianas entre personas de la misma ciudad y del mismo país, ventaja y al mismo tiempo desventaja con la cual se asumió el acercamiento).

1.4. Aspectos teóricos particulares de las metodologías para los estudios de género

Al debatir la posibilidad de una ciencia feminista, con frecuencia se tienden a equiparar en forma automática (y errónea) las cuestiones de género con las cuestiones de sexo. De acuerdo con McCormack, la primera generación del pensamiento académico feminista se concentra principalmente en torno a dos objetivos: 1) documentar la discriminación contra las mujeres en organizaciones educativas y de investigación, y 2) evidenciar el sesgo masculino de la literatura científica que se presenta a sí misma como objetivo y con validez universal. La

segunda generación, sugiere la autora, se está concentrando en la construcción de un nuevo tipo de conocimiento, esto es, en el desarrollo de una ciencia feminista. Convencionalmente se distinguen tres áreas [específicas de la sociología médica]: 1) proceso salud-enfermedad-atención (que se refiere al estudio sociológico de los determinantes de la salud-enfermedad en la población); 2) práctica médica (que se refiere al estudio sociológico de la respuesta social organizada frente a la enfermedad –caso de este estudio-), y 3) saber médico (que se refiere al estudio sociológico de la manera como la enfermedad es percibida y conceptualizada, tanto en términos científicos como profanos) (Castro y Bronfman, 1998: 221).

Al respecto Rosser señala que la discusión en torno a este tema [ciencia feminista] debe considerar por lo menos tres niveles: primero, la crítica feminista de la ciencia, que básicamente ilustra la manera como la dominación masculina ha sido reproducida en la ciencia a través de diferentes mecanismos. Segundo, la ciencia femenina, que explora la posibilidad de que las mujeres hagan una ciencia diferente a la de los hombres. Y tercero, la teoría feminista de la ciencia, "que plantea la pregunta de si los métodos y las teorías científicas están determinadas genéricamente" (Rosser, 1989: 9) o si, por el contrario, cualquier desarrollo científico de calidad tiene que ser libre de género (Castro y Bronfman, 1998: 216).

En cuanto a lo que se refiere a los métodos, a primera vista parece haber una enorme coincidencia entre el énfasis y la inclinación del feminismo por los métodos cualitativos y la estrategia metodológica propuesta por la sociología interpretativa (interaccionismo simbólico, etnometodología, fenomenología, etcétera). Como se sabe, esta tradición sociológica surgió como reacción a la rigidez de los paradigmas "objetivos" (estructural funcionalismo, algunas versiones del materialismo histórico y diversos abordajes empiristas con poca elaboración teórica); la tradición interpretativa enfatiza la importancia de recuperar el punto de vista de los actores, así como su definición de la situación en la que están involucrados. A más de partir de un planteamiento no sólo sociosanitario, sino género sensible (esto quiere decir comprometido con la perspectiva de género –feminista propiamente- y con la mirada de la salud colectiva desde el planteamiento de la pregunta de investigación) se

partió del interaccionismo simbólico y se apoyó en la etnografía para el desarrollo del proceso investigativo. Al respecto vale la pena retomar a Oakley (1981) quien ha argumentado -desde la metodología feminista- que las técnicas modelo, recomendadas en los libros de texto para realizar una entrevista "exitosa", son en realidad una proyección de la manera masculina de entender el mundo (Castro y Bronfman, 1998: 218).

La percepción se concibe como la manera muy particular en la cual las personas (en tanto sujetos sociales) dan significado a su entorno, reconocen lo que les da sentido, entienden y disciernen sobre su mundo, a partir de su propia historia y de su interacción con otras y con otros, pues ya se ha dicho que los sujetos se construyen en un entorno sociocultural - laboral definido. Las representaciones sociales se consideran como un sistema de ordenamiento de la realidad en la que los individuos forman parte, en tanto sujetos que interactúan como integrantes de un entorno social, de una estructura, y de procesos sociales más amplios. El contexto y la interacción son inseparables en la comprensión del significado de las representaciones que organizan las percepciones, las actitudes, los valores, las normas, los saberes y las prácticas simbolizadas, entre otras cuestiones de los mundos de vida (Ravelo, 1993: 125).

El rol genérico atribuido/ asignado/identificado, si bien se fundamenta en el cuerpo biológico, es sobre todo un mandato cultural y una expectativa social, lo que los demás esperan que cada quien haga o deje de hacer por el solo hecho de tener un cuerpo biológico con sexo de hombre o con sexo de mujer. (Salas y Hernández, 2001: 101-102). En el proceso de investigación se abordan las definiciones cotidianas del hacer y de la práctica que actúan como los anteojos que hacen ver la vida de otra manera, hacen ver lo que rodea a las personas como algo que puede cambiar, es decir, en oposición a "algo dado", "algo que siempre ha sido así", como la posibilidad de cambiar desde dentro de cada quien para contribuir a una vida más justa, más equitativa para hombres y mujeres. Este último aspecto constituye un verdadero desafío para el conocimiento comprometido con la postura feminista, que

cuestiona el orden dado de las cosas y la naturalización de las diferencias inter e intra genéricas.

Aunque la opción de este estudio es cualitativa, por las razones expuestas, no se deja de considerar, tal como lo ha sugerido Harding, que si la teoría social feminista se limita al uso de métodos cualitativos, una enorme cantidad de fenómenos sociales (como cambios macrosociales, tendencias demográficas y económicas, etcétera) pasarán inadvertidos por este abordaje (Harding citada por Castro y Bronfman, 1998: 219).

1.5. Estrategia seleccionada

El interés central de este estudio, desde el inicio, fue analizar y comprender los significados que el personal de salud asigna a la violencia de género y a la forma en cómo su práctica, de alguna u otra manera, evidencia el conflicto entre géneros dentro de una institución pública hospitalaria. Se trató de un estudio de caso examinado con estrategias etnográficas, hermenéuticas e interpretativas que parten de la consideración de la existencia del vínculo indisoluble entre el mundo objetivo y el mundo subjetivo de las personas, observadores e informantes, mismo que puede ser visible en la intertextualidad. Implicó observación directa de situaciones reales y cotidianas, la construcción de datos y la búsqueda de significado y sentido de distintos aspectos relacionados con la integralidad, el derecho a la salud, la violencia en general y la violencia de género, de acuerdo con la perspectiva de los sujetos investigados.

La validez de este estudio se buscó mediante la riqueza de la información y la profundidad en la interpretación, la coherencia, y la verificación por los informantes, lo que refleja las decisiones que la investigadora tomó en cada momento durante estudio.

La propuesta de triangulación de métodos (Denzin, 1973) habla de una inserción de múltiples técnicas, observadores y métodos para ampliar las referencias sobre la realidad social que se busca investigar; con la triangulación se busca comprender la

extensividad y la intensividad de los procesos sociales. La triangulación es fruto de un trabajo crítico de “un grupo que colectiviza, cruza e integra con información y conocimientos”, se trata de un trabajo que agrega diferentes saberes, métodos y disciplinas pero, sobretodo, diálogo y convivencia entre las y los investigadores quienes, en últimas, tendrán que ceder un poco, para construir una investigación más identificada con los propósitos de la interdisciplinariedad. Para un estudio –como éste- la triangulación se ofrece como un recurso metodológico para lograr mayor fidelidad en las interpretaciones que se hacen necesarias a lo largo de todo el proceso.

1.6. Selección del caso

Para seleccionar el caso se partió de los siguientes criterios: 1. Que quedara ubicado en una zona urbana de la ciudad de México, heterogénea en su composición y con población joven que requiera los servicios de salud sexual y reproductiva; 2. Que fuera una institución pública lo cual garantiza la obligación institucional de prestar atención con integralidad asegurando el derecho a la salud como uno de sus objetivos; 3. Que fuera parte de la Red Pública de Atención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y que ofreciera el programa de salud reproductiva; 4. Que contemplara dentro de sus programas el de atención y prevención de la violencia de género; 5. Que permitiera el acceso para la realización del estudio; 6. Que fuera reconocida como típica por los mismos funcionarios responsables de las unidades hospitalarias o de otras instancias en la Red Pública y después de que la investigadora recorrió diez centros hospitalarios.

Se encontró la institución, se sometió a consideración del Comité de Ética de la misma la propuesta de trabajo y el trabajo fue autorizado. Este trabajo se llevó a cabo en el Distrito Federal, en la jurisdicción administrativa de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, (SSGDF en adelante) bajo la dirección de la Dra. Asa Cristina Laurell quien fungió como Secretaria de Salud durante el tiempo en el cual se llevó a cabo el trabajo de campo. Se realizaron diversas actividades de aproximación a los espacios administrativos de la SSGDF a nivel central (para la

presentación del protocolo de investigación ante el Comité de Ética de la SSGDF, para los cursos de capacitación y para la información agregada y documental referente a la red pública de atención y al programa de prevención y detección de la violencia de género), visitas a diferentes entidades pertenecientes a la red pública de atención (diez instituciones hospitalarias como ya se mencionó, cuatro pediátricas, un maternoinfantil, cinco generales).

Este estudio tuvo lugar entre 2003 y 2008 y el trabajo de campo en la Red se llevó a cabo durante 2005; de enero a marzo se realizó la observación en sombra en las diez instituciones hospitalarias de la red para la construcción del contexto; de la misma forma, de enero a junio se participó en los cursos de capacitación de la SSGDF y en febrero en el curso del Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente. Una vez aprobado el proyecto por parte de la SSGDF, la autorización para hacer presencia permanente en la unidad hospitalaria seleccionada de la red para el estudio se estipuló desde el 1º de junio al 1º de octubre de 2005; en este lapso se hizo la observación focalizada no participante en el hospital y se realizaron las grabaciones de conversaciones con las veinte personas finalmente seleccionadas como se verá más adelante en este capítulo.

La presencia cotidiana en la institución permitió la familiaridad con el contexto, con las personas y con la rutina establecida para caracterizar las formas de interacción que se dan entre ellas; el proceso de acercamiento hizo posible que se tuviera conversaciones en profundidad con algunas de las personas de las áreas visitadas, estudiantes, residentes, pasantes, jefes y jefas de servicios, enfermeras, enfermeros, trabajadoras y trabajadores sociales, médicas y médicos adscritos, para hablar con ellos acerca de las normas, las regulaciones, los hábitos y los sentidos que le dan a su práctica diaria en el hospital, su conocimiento de la violencia de género, su percepción personal y profesional sobre el tema, su interés y disposición a trabajar en él. Para ganar profundidad y comprensión con el ejercicio, al final se contrastó lo observado directamente con lo dicho por parte de las personas que fueron acompañadas en su trabajo cotidiano en el hospital.

Fue un proceso de ir y venir entre la observación directa de campo, las notas de observación, los memos, la lectura de la literatura de apoyo, la reflexión abierta con otras personas cercanas al tema y familiarizadas con el ámbito hospitalario; la revisión de información agregada tradujo la problemática de interés en dimensiones y proporciones, el análisis del discurso político, institucional, la formalidad de los acuerdos institucionales, la organización de la estructura que los lleva a cabo, la opinión de funcionarios y funcionarias y, desde luego, la palabra de las personas que interactúan cotidianamente en el hospital.

2. Método

El interaccionismo simbólico como punto de partida y la investigación etnográfica con sus componentes básicos -observación y entrevistas- son referentes clave de este trabajo. El alcance de los objetivos de este estudio y la aproximación a responder las preguntas que lo guían, requieren de entender y comprender significados, relaciones, formas y diferencias entre los discursos y las prácticas institucionales del personal de salud en materia de violencia de género; para dar cuenta entonces del método se recurre al siguiente cuadro síntesis que reúne los principales elementos constitutivos de la búsqueda realizada y de la forma de lograr los objetivos.

Cuadro No 1: Objetivos, métodos e instrumentos del estudio

OBJETIVOS	MÉTODOS E INSTRUMENTOS
Analizar la violencia de género presente en las prácticas institucionales del personal de salud y sus significados al interior de una institución de la red pública hospitalaria del Distrito Federal.	<ul style="list-style-type: none"> - Observación (diarios y notas de campo) - Entrevistas estructuradas (Guía de entrevista)
Caracterizar las formas o manifestaciones de violencia de género presentes en el interior de la institución hospitalaria de la red pública del gobierno del Distrito Federal.	<ul style="list-style-type: none"> - Observación (diario y notas de campo) - Entrevistas estructuradas (Guía de entrevista)
Identificar las relaciones de poder subordinación presentes en las prácticas institucionales del personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Observación (diario y notas de campo) - Entrevistas estructuradas (Guía de entrevista)
Analizar, al interior de las prácticas institucionales del hospital que cuenta con programa de salud reproductiva, los significados que atribuye a la violencia de género el personal que labora en la institución y en el programa.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (Formato de análisis bibliográfico y Formato de síntesis discursos internacionales, programas e informes nacionales y locales, Formato de revisión de información agregada en bases de datos) - Observación (diario y notas de campo) - Entrevistas estructuradas (Guía de entrevista)
Identificar las diferencias de los discursos y las prácticas del personal que confluye en el área alrededor de la violencia de género.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental (Formato de análisis bibliográfico y Formato de síntesis discursos internacionales, programas e informes nacionales y locales, Formato de revisión de información agregada en bases de datos) - Observación (diario y notas de campo) - Entrevistas estructuradas (Guía de entrevista)
PROCESOS	HERRAMIENTAS
Rastreo documental. Violencia de género (discursos internacionales, acuerdos nacionales y programas locales. Investigaciones, informes de investigación, ensayos, ponencias y publicaciones especializadas en el tema) Revisión de conceptos Revisión bases de datos e información agregada	<ul style="list-style-type: none"> - Fichas documentales* - Guías - Formatos - Archivos - Documentos síntesis de trabajo - Revisión Internet de páginas electrónicas
Síntesis de la observación Replanteo del proceso de levantamiento de la información <i>in situ</i> Organización de la Información	<ul style="list-style-type: none"> - Guías de notas de campo - Revisión Internet páginas electrónicas - Diseño de guías de análisis de la información tanto documental como agregada
Características de la Red Hospitalaria D.F. Rastreo y organización de información, recomposición	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental - Formatos y guías de análisis documental

*Son textos y artículos convertidos en fichas bibliográficas para análisis documental

Para el trabajo de observación directa en la institución hospitalaria seleccionada hubo un conjunto de personas, escenarios y acciones que complementaron el proceso; cada uno de los días el recorrido variaba de acuerdo a un plan convenido con el personal de la institución, las oportunidades de atención y las posibilidades de la presencia como observadora de cada área. En el cuadro siguiente pueden relacionarse las sesiones, las áreas y los momentos registrados.

Cuadro 2: Plan de Trabajo de observación en la institución

Día Fecha	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
7-11 jun	Organización de material documental. Información agregada	Archivo	Enseñanza	Recorrido C.Ext.	Información Agredada	Recorrido Tococirugia
14-18 jun		Revista Estadística	Ginecobstetricia Revista	Consulta P.F.	Med. Familiar Med. preventiv	Tococirugia Revista
21-25 jun		Revista Tococirugia	Ginecobstetricia Consulta P.F.	Revista Gineco	Ginecobstetricia Med Fliar C.2	Tococirugia
28-2 jul		Tococirugia	Sistematización de material y notas			Organizo Material
4-9 jul	Med. Familiar C.1.	Consulta P.F. Revista	Med. Familiar C. 2	Organizo material	Med Fliar C.2 Consulta P.F.	Tococirugia
15-20 ago	Med Fliar P.F.	Revista Med Fliar	Med Fliar C.1	Med Fliar C. 12	Med Fliar C. 1	Tococirugia
22-27 ago	Tococirugia	Tococirugia	Tococirugia	Tocoqx	Tococirugia	Tococirugia
29 -3 sep	Med Preventiva	Revista Ginecobstetricia	Revista Entrevista	Med Preventiva	Tococirugia	
5-10 sep	Estadística	Revista Med Fliar	Revista	Med. Preventiva	Tococirugia	Tococirugia
12-17 sep	Entrevista	Tococirugia	Medicina Preventiva	Entrevista	Terapia Intensiva	Tococirugia
29 sep				Entrevista		
1 oct					Enseñanza	Entrevista
Balance de los servicios cubiertos*						
Medicina Familiar				9 sesiones		
Consulta Planificación Familiar				6 sesiones		
Tococirugia				17 sesiones		
Ginecobstetricia				5 sesiones		
Medicina Preventiva				5 sesiones		
Revista				13 sesiones		
TOTAL				46 Sesiones		
46 días				46 diarios de campo		

* La permanencia en la institución oscila entre las 7:45 a.m. a 3:00 p.m. según las circunstancias. Dado que no hay condiciones de seguridad no hay permanencia en las tardes ni en las noches. La revista se lleva a cabo en todos los servicios, es imposible hacer el ejercicio en el área de urgencias y en medicina interna por las condiciones de las prácticas y las medidas de bioseguridad.

Para las conversaciones, se seleccionaron los entrevistados durante el mismo proceso de observación; en total, se llevaron a cabo veinte grabaciones; solo cuando

transcurrieron varios días de trabajo de observación y se pudo establecer previamente contacto con el personal, lograr además que la presencia en los servicios fuera asimilada y que las preguntas de la investigadora no motivaron sensación de extrañamiento por parte del personal, se empezaron a hacer los contactos para las conversaciones a profundidad. En el cuadro siguiente se hace una relación de las personas entrevistadas y de los años de trabajo en la institución.

Cuadro 3: Síntesis de las entrevistas realizadas, cargo y años de trabajo

Cargo	Años de trabajo
Trabajadora Biblioteca	16
Jefe de Atención Primaria	14
Enfermera Toco cirugía	14
Médico Adscrito Toco cirugía	15
Jefa Servicio enfermería G.O	15
Jefa Servicio enfermería T.I.	14
Jefe Enseñanza enfermería	14
Jefe Urgencias fin de semana	15
Médica Jefa Servicio G.O.	15
Médico adscrito. Consulta externa.	13
Jefa de Trabajo Social	16
Trabajadora Social fin de sem.	13
Trabajadora Social fin de sem.	13
Trabajador Social vespertino	14
Médico adscrito Urgencias	15
Enfermera Med. Preventiva	16
Médica Residente1 G.O.	2
Médico Interno	1
Pasante enfermería	2
Psicólogo fin de semana	16
Jefa ingresos/egresos HGI	14

12 mujeres; 8 hombres. La mayor parte del personal es altamente calificado.
Tiempo promedio de la entrevista 40 minutos.

Poco a poco las conversaciones mejoraron en contenido y en riqueza de información, de hecho las últimas fueron realizadas por recomendación de las primeras personas contactadas que remitieron a otras por iniciativa propia para su participación en el estudio.

La idea no era tener demasiada información con demasiadas personas, era más importante la variedad y riqueza de información y la disponibilidad de las personas para compartirla. Cuando la información empezó a coincidir entre sí y permitió

corroborar hechos y narraciones se procedía a cierres para buscar otros testimonios que efectivamente complementaron los ya recopilados.

El desarrollo de la investigación se dio mediante el encuentro de la investigadora con escenarios, personas, grupos o instituciones; este desarrollo fue flexible para permitir el descubrimiento de conocimientos:

“Uno aprende algo (recoge algunos datos), entonces trata de encontrar sentido (análisis), luego regresa y ve si la interpretación tiene sentido a la luz de la experiencia nueva (recoge más datos), entonces refina su interpretación (más análisis) y continua” (Agar citado por Galeano, 2004: 99)

Es importante señalar aquí la necesidad de inmersión cultural e institucional de la investigadora, que como extranjera y proviniendo de la disciplina del Trabajo Social, desconoce los marcos normativos, jurídicos y el funcionamiento de las estructuras públicas de servicios de la ciudad y las leyes federales, lo que también la obliga a la ambientación inicial en contextos institucionales de salud cuya cultura, funcionamiento y lógica interna debe ser reconocida para lograr mejores observaciones e interpretaciones.

Para el estudio de la violencia de género en las prácticas institucionales del personal de salud se requirió un informante que conociera la práctica, estuviera vinculado a la institución, familiarizado con ella y con suficiente permanencia en los cargos para dar cuenta de abundante información y referencia acerca de su trabajo y su percepción de la problemática de interés. El proceso de inmersión inicial en el contexto hospitalario permitió la familiaridad con el personal de diferentes turnos y áreas de trabajo de tal forma que la selección de informantes llegado el momento, pudo hacerse prácticamente de manera espontánea, mediante acercamientos sucesivos y regulares.

2.1. Información

Todo tipo de información es necesaria para la configuración de escenarios, aunque la investigación fuera cualitativa no se dudó en abordar información agregada que brindara el reconocimiento de contextos generales de la ciudad, sus características.

ofertas y demandas de servicios, necesidades, condiciones y demás. Se consultaron permanentemente las páginas electrónicas de las instancias de gobierno tanto federal como para el Distrito Federal para actualizar información referida a la ciudad, a las políticas y a los programas. El cuadro siguiente muestra una síntesis de la información buscada para el estudio:

Cuadro 4: Fuentes de información para el estudio

Fuentes primarias	Conversaciones a profundidad Diarios de campo Notas de campo Relatos
Fuentes secundarias	Información agregada SSGDF Estadísticas vitales Acuerdos internacionales, tratados y compromisos de México en materia de prevención, detección y tratamiento de la violencia de género Programas locales federales y estatales en materia de violencia de género Investigaciones antecedentes Informes de investigación de la SSGDF en el tema Informes de gobierno Disposiciones jurídicas y legales sobre el tema Boletines, prensa y páginas WEB

Se recurrió a instituciones federales y locales desde la Secretaría de Salud federal como la del Distrito federal, diferentes instancias relacionadas con estas como la oficina de Equidad de Género de la primera y el programa de Descentralización de la segunda encargadas ambas instancias desde diferentes ángulos de abordar la violencia de género, ya como programa de detección y prevención o como objeto de capacitación del personal de salud y punto de remisión de casos a instancias gubernamentales locales y federales.

La información agregada, quizás fue la más dispendiosa y complicada de rastrear, tuvo varios momentos y cada uno llevó sus propias dificultades: por ejemplo, a nivel central, aparte de la demora en la entrega y el trámite de solicitud que hubo que hacer para obtenerla, la información de la oferta y la demanda de servicios hospitalarios no está organizada como estadística vital para uso abierto, se limita a un listado de atenciones realizadas por cada unidad, sin relacionar entre uno y otro

período, sin organizar por programas y, aún más, sin información alguna de población parcial o total de base con la cual contrastar, u operar numéricamente descriptivos básicos de la situación de salud por periodos de tiempo; ello se explica por el hecho de ser población abierta la que se atiende en la red, además de la afluencia en los hospitales de la red de buena parte de población del área metropolitana que recarga a la red pública de atención en un 45% como lo señala el capítulo del contexto hospitalario.

A nivel institucional las estadísticas están atrasadas, no están actualizadas en todos los programas, está dispersa en algunos e incluso se encontraron programas que no están funcionando, como por ejemplo el de salud sexual y reproductiva, y sin embargo, aparece en las estadísticas de nivel central; la forma de captación y registro se hace individual e independientemente de que el programa funcione; para efectos de tabulados la información se agrupa por programas como lo pide la estadística centralizada de la secretaría. Un problema adicional es que persiste el uso de los prorrateos y ajustes de la información con referencia al año o al período anterior para ajustar informes, recurso socorrido por el personal de estadística del hospital para cumplir con el informe del periodo (esto dicho por uno de los trabajadores administrativos de la institución hospitalaria en conversación informal). Al parecer, el uso de la estadística hospitalaria es asumido por la institución como un requisito administrativo y como información de uso agregado y estadístico para decisiones de tipo operativo financiero, no de investigación lo cual es preocupante desde una perspectiva académica e investigativa, pues esta información es clave para conocer las condiciones del proceso SEA de la población usuaria de los servicios.

Para el Programa de Violencia de Género la situación no es diferente, en parte por la dificultad de implementar el programa en su totalidad, por la lentitud en la conformación del equipo interdisciplinario responsable de llevarlo a cabo, y también, por la retisencia del personal médico a hacer el reporte del caso para evitar retaliaciones de los familiares de la persona afectada aun cuando esto le lleve a sanciones civiles, administrativas y penales. La revisión de la información de los

meses que lleva funcionando el programa dio lugar a la identificación de no pocas discrepancias en el tabulado y registro de los casos, en la papelería de respaldo y en el sistema de notificación correspondiente. Para algunos informes había más hombres que mujeres afectados por violencia de género, situación verdaderamente excepcional cuando se sabe que la problemática aún es de predominancia femenina aun cuando se empieza a incrementar la denuncia de casos en la población masculina. Al intentar corroborar la información con la documentación de respaldo no era posible saber cuál había sido la problemática y qué había pasado con los casos registrados ni total ni parcialmente. La información por supuesto resultante del programa es en conclusión poco confiable y está llena de errores y omisiones en su diligenciamiento que la hacen inservible para fines de estudio y de diagnóstico y, más aun, sin poderse utilizar para efectos civiles y penales cuando haya lugar para ello, como lo dicta la ley.

Como resultado de la situación se tienen fuentes secundarias no de información agregada, sino de información oficial de la Secretaría y de la Oficina de Planeación de la misma que aparece listada y que, por supuesto, es parcial aunque exhaustiva, pues se elaboró con el propósito de suplir las deficiencias de la información agregada.

2.2. Acopio y recolección de la información

Se buscaron inicialmente en el país documentos oficiales internacionales y nacionales en instancias como la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud, y algunas instituciones que trabajan el tema como los centros de documentación de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), del Colegio de México, del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), de organizaciones de la sociedad civil como APIS Fundación para la Equidad, Sociedad Civil, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), de redes que operan en México como la Red Feminista Latinoamericana coordinada desde la UNAM.

Fuera del país se recurrió a las redes internacionales con las cuales se mantiene permanente contacto como la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe (RSMALC) la Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos (RCMDSR) y la Red de Género y Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), entre otras. Se entiende que se tuvo que hacer en este campo dobles esfuerzos con la información dado que la investigadora no pertenece a este país ni a esta cultura, así que la información recabada pudiera parecer excesiva, sin embargo, se estimó necesario e importante este esfuerzo adicional para poder comprender la lógica local, el funcionamiento de la burocracia y los órdenes estatales y locales de la autoridad y de la distribución de las responsabilidades públicas.

Documentos síntesis, circulares de información, eventos locales e internacionales también sobre el tema allegaron información útil para el trabajo, también el proceso de llegada a la Secretaría de Salud sirvió como base muy importante para la entrada a la institución finalmente seleccionada.

Es importante advertir que antes del acercamiento a campo propiamente, se llevó a cabo un ejercicio de observación participante en breves espacios institucionales de salud, LOS cuales fueron: la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, la que impartiendo cursos de capacitación al personal de salud de los hospitales, de los centros de salud, de las unidades de medicina familiar en las escuelas y de las unidades médicas legales de la red pública de atención en salud, lleva a cabo un requerimiento básico del programa de prevención de la violencia de género que el Plan de Salud del actual período adelanta para la implementación del programa en sus diferentes unidades de atención.

Los cursos tuvieron lugar en las oficinas centrales de la Secretaría de Salud, en Xocoongo, durante el primer semestre del año 2005. Algunas de las sesiones tuvieron que aplazarse por la dificultad de convocatoria para el personal de medicina legal, por ejemplo, Se pudo asistir a seis sesiones en total. Los cursos son de carácter obligatorio y los permisos para la asistencia de los mismos vienen del nivel central,

sin embargo, hubo ausentismo por parte de algunas instituciones y presencia preponderantemente femenina a los mismos, lo cual de entrada sugiere que el tema es valorado como tema de mujeres.

Los cursos de capacitación eran abiertos a personal médico y administrativo de toda la red de atención; la participación en ellos fue directa como una asistente más, situación privilegiada para la percepción de los discursos y significados alrededor de la violencia de género por parte del personal en un espacio idóneo para ella. En el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Juan Ramón de la Fuente, espacio institucional de carácter federal que abrió sus puertas a la capacitación de personal en materia de violencia de género, dirigido también a profesionales interesados en capacitarse en el área y que estén en contacto con la problemática, también se tuvo la oportunidad de participar como una integrante más en dicha capacitación. El curso se llevó a cabo por espacio de una semana intensiva en las instalaciones del Instituto, se destaca la presencia mayoritariamente femenina. Por efectos de convenios interinstitucionales había profesionales becadas en el curso además de las particulares; las y los estudiantes recibieron descuentos. El ejercicio tuvo relevancia metodológica y operativa para el trabajo, pues mediante estos cursos se pudo aprender de la legislación el marco jurídico, legal y operativo del programa de prevención de violencia de género en ambas instancias, la federal y la estatal de los sentires y necesidades concretas de las instituciones que atienden la problemática y la capacidad resolutoria de los programas locales de atención desde la viva voz de las personas que los operacionalizan.

Dado el interés en conocer las interacciones sociales, sus significados y sentidos entre el personal de salud y su práctica institucional cotidiana en la red pública de atención en salud del Distrito Federal en torno a la violencia de género —objetivos de esta investigación— se entiende que se privilegia el acercamiento microsocioal y que al decir de Sánchez (2004: 99) ello sólo se logra a partir de la observación directa de los contextos y de las situaciones que se generan en procesos sociales concretos, tal y como son estos procesos de capacitación en estas dos instituciones. Todo acto de observación implica un proceso de interacción social y ello implicó necesariamente la

conveniencia de controlar adecuadamente los lazos de reciprocidad que se establecen entre observadora y sujetos observados. Sánchez aclara que la observación realizada en esta ocasión es exógena, pues la investigadora a cargo es una extraña al contexto social observado, que como todo ejercicio implica observar a los demás, observarse a sí misma, ser observada por otras personas, estar presente en conversaciones, evidenciar conductas, participar de los espacios de estudio, de la comunicación y el silencio de las personas que se encuentran interactuando en los procesos específicos (Sánchez, 2004: 100). No sobra decir que la observación participante es predominantemente etnográfica y mediante ella se puede observar, mirar desde dentro, los fenómenos para integrar el punto de vista "nativo".

Los tiempos fueron precisos y los espacios concretos —eran cursos de capacitación con horarios y lugares asignados con antelación— lo cual permitió desarrollar una interacción social amplia con las personas participantes de la actividad, registrar de manera controlada, explícita y sistemática los datos a interpretar y la información relevante.

Ya propiamente en la red pública de atención en salud del Distrito Federal se llevó a cabo la observación no participante llamada también en las instancias de salud observación de sombra la cual permitió dar cuenta del contexto hospitalario de la red pública antes de desarrollarse como observación no participante u observación focalizada como también se le conoce. El ámbito médico y la institución médica donde éste se instala es estricto en este sentido, el personal ajeno al oficio de la clínica tiene claras restricciones de movilidad y de acción; además no es de la competencia de la observadora tener ingerencia alguna en los procesos y actividades cotidianas, al contrario, requiere mimetizarse en el escenario y sumarse al conjunto del personal presente en la institución para registrar su actuar, su práctica cotidiana. Para hacer observación de sombra hay que ser sombra de alguien, esta persona de preferencia debe tener movilidad amplia en la institución para poder transitar libremente sin restricción por pasillos y áreas abiertas y cerradas al público. Esta posibilidad se tuvo entre enero y marzo de 2005, con una funcionaria cuyo trabajo permitía entrar y salir de los hospitales de la red libremente; ser sombra

implica, además, no saber, no hacer y no decir, no llamar la atención y volverse parte del contexto. En medicina se adopta la sombra como método pedagógico de aprender observando, sin actuar, sin hacer, siendo *sombra*. En medicina la sombra se asimila al estudiante de mitad de carrera que en sus primeras visitas al hospital debe limitarse a observar y seguir a los que saben, tanto en internado como en residencia en medicina, mientras quien estudia aprende observando, quien actúa, asume la responsabilidad de todo cuanto hace, en términos jurídico legales es el responsable directo de lo que se hace, pues es quien firma como médico tratante. Es parte de lo que Galeano y Vélez (2002) llaman investigación etnográfica, pues en este caso se busca identificar las dimensiones culturales presentes en el contexto hospitalario que generan relaciones inter e intragenéricas particulares que pueden devenir en formas de violencia de género. Esta investigación, retomando a las autoras, buscó desarrollar conceptos y comprender acciones desde el punto de vista interno, partiendo de la inmersión de la investigadora en campo como fue el caso con el ejercicio de observación en primera instancia.

Esta primera observación fue muy importante, pues tuvo como propósito ambientar y contextualizar el medio o campo de investigación, esto es, familiarizar a la investigadora con las características generales de la red hospitalaria de atención en salud del Distrito Federal, de esta manera se adquirieron elementos que permiten identificar condiciones semejantes y comunes a los hospitales públicos y no sobredimensionar en el momento del estudio los aspectos que realmente son de común ocurrencia en todos los hospitales de la red. La familiaridad, los rituales, las rutinas, la organización del trabajo, el comportamiento, el trato y las relaciones interpersonales, así como el lenguaje y los modos fueron los primeros en ser captados en este ejercicio. Las formas de comunicación comunes y particulares entre personal administrativo, clínico y estudiantil se percibió en esta primera aproximación. Fueron observadas diez instituciones de la red, cuatro pediátricos, un maternoinfantil, cinco generales. Fueron tres meses que ayudaron a la elaboración de las guías de observación y los tipos de preguntas más adecuadas al contexto hospitalario y a sus particularidades.

Este periodo de observación fue muy útil para la selección de la unidad hospitalaria donde se decidió llevar a cabo el estudio; ayudó, por ejemplo, a decidir que fuera un hospital general donde confluyeran hombres y mujeres de todas las edades y condiciones –es decir, población abierta- a solicitar el servicio de atención médica, que contara con servicios y programas de salud sexual y reproductiva, que tuviera consulta externa, urgencias, tococirugía y que fuera hospital escuela, pues en el proceso de enseñanza-aprendizaje es donde se aprenden las prácticas cotidianas en sí, más allá de la norma, la formalidad y el proceso pedagógico del aula.

2.3. Instrumentos y registros

Se diseñaron matrices de organización de la información documental y agregada de diferente naturaleza para facilitar su revisión, lectura y análisis. A continuación el siguiente cuadro presenta algunos ejemplos:

Cuadro 5: Sistematización de la información documental oficial

BLOQUE I INFORMES DE INVESTIGACIÓN							
Título del documento: Nota:							
PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN			Categorías/ Definiciones/ Conceptos (Diferentes a género y violencia de género)	Definiciones de género y violencia de género	Metodologías	Áreas de trabajo	Población
Prácticas institucionales (generales)	Prácticas institucionales (Relacionadas con V.G.).	Significados sobre la violencia de género					
1. Conclusiones más importantes de la investigación			4. Críticas al texto				
2. Vacíos que evidencia la investigación			5. Soporte jurídico- legislativo				
3. Propuestas, acciones, actores y estrategias							

BLOQUE II DOCUMENTOS INTERNACIONALES					
Tipo de documento:	Artículo general	Informe internacional	Convención	Acuerdo internacional	Otro/ Cuál?
Autor/a/es:	Nombre del documento/artículo:		Publicado por:	Ciudad y fecha	
	En:				
NOTA:					
Definiciones y conceptualizaciones		Referencias a prácticas institucionales en salud y violencia de género:	Áreas comprometidas:	Actores que se involucran:	Cifras estadísticas relevantes:
Género/ violencia de género:	Otras definiciones:				
1. Conclusiones principales			5. Propuestas o medidas de acción concretas		
2. Preguntas/ interrogantes que se plantean en el texto			6. Críticas al texto		
3. Vacíos que sobre el tema se evidencian			7. Soporte jurídico- legislativo		
4. Necesidades en materia de investigación					

Cuadro 5: Sistematización de la información documental oficial (Continúa)

BLOQUE III: TRATADOS INTERNACIONALES									
Tipo de documento:		Convención		Acuerdo		Protocolo		Resolución	
Organización:				Nombre del documento:				Ciudad y fecha:	
México:	Adhirió	Adoptó	Firma		Ratificación		Aprobación	Aceptación	Reserva
			Simple	Definitiva	Internacional	Nacional			
NOTA:									
Definiciones y conceptualizaciones								Referencias a prácticas institucionales del personal en salud y violencia de género	
Género		Violencia de género		Otras definiciones					

BLOQUE IV: DOCUMENTOS NACIONALES Y PROGRAMAS FEDERALES Y ESTATALES									
Autor/ales:		Nombre del documento/artículo:		Publicado por:		Ciudad y fecha			
Nota: Documento del programa PROMSA: Programa Salud y Mujer									
Definiciones y conceptualizaciones		Referencias a prácticas institucionales en salud y violencia de género		Áreas comprometidas		Actores que se involucran		Cifras estadísticas relevantes	
Género/ Violencia de género	Otras definiciones								
1. Antecedentes del programa/proyecto				7. Propuestas o medidas de acción concretas					
2. Articulación de los niveles				8. Vacíos que evidencia					
3. Prioridades en la acción				9. Mecanismos de evaluación y seguimiento					
4. Población a la que va dirigido el programa/proyecto				10. ¿Contempla la perspectiva de género?					
5. Estrategias				11. Críticas y comentarios sobre el texto y la iniciativa					
6. Prioridades de investigación				12. Soporte jurídico- legislativo					

Estas matrices daban como resultado elementos que facilitaban la lectura resumida decantada para observaciones generales de contraste con la observación en campo; la alternancia de registros fue generando elementos que nutrieron los análisis iniciales y los fueron haciendo complejos y poco a poco más exhaustivos.

Los registros existen ya diseñados algunos, otros hubo que elaborarlos mediante guías especiales, a manera de ejemplo se trae a continuación en el siguiente cuadro el formato diseñado para la lectura de los textos que sirvieron de base para el análisis teórico documental:

Cuadro 6: Formato para la lectura de los textos

AUTOR-A(AS/ES) _____
TÍTULO DEL TEXTO ANALIZADO _____
TIPO DE TEXTO: Artículo ____ Mimeo ____ Capítulo ____ Ponencia ____ Memorias ____ Informe ____ Ensayo ____ Tesis ____ Conferencia ____ Otro ____ ¿Cuál? _____
EDITORIAL _____ VOLUMEN _____ AÑO _____ CIUDAD ____ Pág _____
TÍTULO DEL TEXTO DE ORIGEN _____
PALABRAS CLAVE _____
OBJETIVO DEL AUTOR/ES _____
IDEA CENTRAL DEL TEXTO _____
METODOLOGÍA UTILIZADA _____
DEFINICIONES Y CONCEPTOS MÁS UTILIZADOS POR EL/LOS AUTORES _____
DATOS E INFORMACIÓN ESTADÍSTICA MÁS IMPORTANTE (Con referencia completa) _____
CONCLUSIONES DEL AUTOR/ES _____
AUTORES MÁS CITADOS _____
COMENTARIO PERSONAL DEL TEXTO _____

Este trabajo no se dejó de hacer en los cinco años del trabajo, nuevos autores serían sistematizados e incorporados para la elaboración de los textos. Fueron cinco años de trabajo que tuvieron que emplearse recopilando las disposiciones anteriores desde la aparición de la política específica en la materia y desde las disposiciones internacionales que les dieron origen El Cairo y Beijing 1995 como punto de partida normativo y desde el punto de vista institucional desde la expedición de la NOM190-SSA1999 en adelante.

Los informes institucionales bien podían ser anuales como semestrales y hasta mensuales dependiendo el nivel de especificidad, por ejemplo para la institución hospitalaria se podían revisar registros mensuales, incompletos pero salían. En los aspectos documentales se revisaron materiales relacionados con la temática desde que se tuvo conocimiento de ella, que no es antes de 2000 ya que los programas y especificaciones en materia de violencia de género fueron posteriores a 1999.

2.4. Análisis e interpretación

Los ejes centrales del trabajo que han sido desarrollados en el capítulo precedente están constituidos por las prácticas institucionales del personal de salud (en adelante PIPS) y por la violencia de género (VG); para llegar a ellos ha sido necesario desarrollar más de una búsqueda documental extensa, también una delimitación para concretar al máximo su abordaje en campo. Sin embargo, la búsqueda teórica inicial se enriqueció precisamente en campo en lo que se puede llamar categorías emergentes de análisis que abundan en la descripción e identificación de los ejes de análisis centrales del trabajo (PIPS y VG). Las categorías Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA) y Contexto son necesarias para la construcción de escenarios o contextos explicativos esenciales en el análisis de la información; también fueron parte de la búsqueda de información y material de las entrevistas estructuradas. A continuación en el siguiente cuadro se ven reunidas las categorías mencionadas, tanto teóricas como emergentes generadas en el proceso de codificación.

Cuadro 7: Mapa de categorías teóricas y emergentes de la codificación de las entrevistas*.

Prácticas institucionales del personal de salud	
- Formas de hacer Ob	- Formación Ob
- Condiciones de la práctica Ob	- División del trabajo T
- Características de la práctica Ob	- Espacio Ob
- Relaciones interpersonales de la práctica Ho/Ob	- Capacidad Ob
- Jerarquías Ob	- Percepción del trabajo T
- Autoridad Ob	- Percepción de la salud T
- Ambiente Ob	- Salud como derecho T/IP
- Integralidad en la atención T/Ob	- Atención en salud IP/T
- Comunicación Ob	- Planeación Ob
- Prestaciones Ob	- Ausentismo Ob
- Experiencia de trabajo Ob	- Recursos Ob
- Personal Ob	- Infraestructura Ob
Proceso Salud –Enfermedad- Atención	
- Padecimiento IP/T	- Población usuaria Ob
- Demanda Ob	- Condiciones de vida IP/T
- Consulta Ob	- Determinantes S- E T
- Pobreza T	- Educación T
- Cultura IP/T	- Tradición IP/T
- Trabajo Ob	- Jóvenes IP
- Violencia IP	- Conflicto Ob
- SRTIVA Ob	
o Atención Ob	
o Programa Ob	
o Demanda Ob	
Contexto	
- Delincuencia Ob	- Atraco (Asalto) Ob
- Violencia doméstica Ob	- Alcoholismo Ob
- Cirrosis Ob	- SIDA Ob
- Prostitución Ob	- Embarazo adolescente Ob
- Madresolterismo Ob	- Bandas Ob
- Abandono (negligencia) Ob	- Drogadicción Ob
- Desnutrición Ob	
Violencia de Género	
- Maltrato Ob/T	- Prejuicio Ob/T
- Exclusión Ob/T	- Acoso sexual Ob/T
- Discriminación Ob/T	- Chantaje Ob/T
- Relaciones de poder Ob/T	- Hostigamiento Ob/T
- Naturalización IP/Ho	- Burla Ob/T
- Invisibilización IP/Ho	- Control del tiempo Ob/T
- Abuso de poder Ob/T	- Relación inter sexos IP/T
- Percepción V.G. Ob	- Atención a la V.G. Ob
- Irrespeto Ob/T	- Percepción programa V.G. Ob
- Formación en V.G. Ob/T	

* Cada una de ellas está relacionada con: interés personal **IP**, Objetivos **Ob**, Hipótesis de trabajo **Ho**, Aspectos Teóricos **T**.

La verificación se hizo permanentemente relacionando la información de los documentos oficiales con la información de las páginas electrónicas institucionales y los informes de las redes nacionales e internacionales con las cuales se ha mantenido contacto permanentemente. Se insiste en la validación de la información por contraste de fuentes, de autores y autoras, de instancias entre otras; la escritura permanente y el análisis de lo escrito ayudó a sistematizar y a revisar la idoneidad de la información esto se hizo permanentemente.

Para las conversaciones a profundidad se preparó todo un proceso de observación previa y de relatos sueltos durante las visitas a las diferentes áreas y unidades del hospital; de las muchas conversaciones y contactos realizados se pudo seleccionar a las personas que quisieran participar del estudio, hubo procesos de preparación anterior a la grabación, es decir contactos eventuales y conversaciones casuales; el motivo real y concreto del estudio se planteó al momento de iniciar la entrevista, con el fin de garantizar la reserva de la información y de la persona así como obtener el consentimiento informado y lograr la empatía necesaria luego, claro, de la garantía de conservar el anonimato de la persona entrevistada y de explicar el procesamiento posterior de la información.

Para la aprobación del proyecto ante el Comité de Ética de la institución se amplió la idea de la investigación a marcos generales de relaciones internas de trabajo, para el personal, en los lugares de su práctica institucional cotidiana, se manejó la versión de ser una investigación sobre las prácticas institucionales del personal de salud, más enfocadas hacia las condiciones de trabajo. Una vez ganado el espacio y la confianza se develaba –no totalmente- el interés central del estudio, ello sólo se hizo al momento de la conversación grabada con las personas seleccionadas. En el cuadro siguiente se puede ver la guía de la conversación.

Cuadro 8: Guía de entrevista- conversación

Formación, experiencia previa de trabajo	Cargos asumidos Áreas de trabajo Entrenamientos
Conocimiento área de trabajo	Capacitación Experiencia
Población usuaria	Características Condiciones de salud enfermedad Problemáticas sociales
Principales problemas de salud	Demanda de servicios Padecimientos
Relaciones internas de trabajo	Relaciones interpersonales Relaciones de poder
Violencia de género en la institución	Percepción Formas con la población usuaria al interior de la institución Discriminación de trato Homofobia Procedimiento y manejo actual
Relaciones con la población	Atención
Violencia de género con la población	Maltrato Violencia de pareja Violencia intrafamiliar Tratamiento y abordaje
Violencia de género como tema de estudio y de trabajo	Conocimiento del concepto Conocimiento del programa Conocimiento de la ley, implicaciones civiles, penales y administrativas Formación, capacitación y disponibilidad
Relación violencia – salud	Percepción Relación Características
Formación y preparación Violencia de género	Necesidad Interés Disponibilidad
Pertinencia del trabajo en Violencia de género	Para la institución Para el personal Para la población usuaria
Principales problemas Institucionales, principales soluciones	Sugerencias
Violencia de género en la Institución	Relaciones de poder/subordinación Relaciones intra e intergénero Acoso, violación
Naturalización Violencia de género	Normalidad Visibilización
Autopercepción Violencia de género	Ha sido alguna vez afectad* por ella como estudiante, profesional
Sugerencias y posibilidades de manejo de la violencia de género "Cura" para la institución	Disponibilidad

La ventaja que se tuvo con estas conversaciones fue la soltura del personal, la apertura y disposición a hablar; en parte, por el contacto y el conocimiento previo, no hubo ningún rechazo para llevarlas a cabo.

Fueron en total veinte conversaciones realizadas a doce mujeres y ocho hombres entre directivos, médicos, adscritos, residentes, internos, enfermeras, administrativos y estudiantes, todas ellas grabadas, con el consentimiento informado verbal -previo a la entrevista- que tuvo como duración promedio cuarenta minutos.

La observación que se llevó a cabo con la ayuda de los diarios de campo corresponde a 46 sesiones de trabajo observadas, con una oscilación de entre 15 (consulta de Planificación Familiar de 10:30 a 12:00m.) a 30 personas atendidas (tococirugía, hospitalización) diariamente (cuadro del apartado 1.6). La observación fue permanente y sistemática con registro de conversaciones casuales, descripción de hechos, momentos o situaciones particularmente importantes para el tema de trabajo, con espacios de intercambio y de análisis con pares académicos, hombres y mujeres afines al tema de estudio y con alternancia de eventos académicos sobre el tema que nutrieron y agudizaron la observación. Aparte de estos diarios existen diarios de las sesiones de capacitación tanto en la Secretaría a nivel central, como del Instituto Nacional de Psiquiatría donde la asistencia permitió conocer el discurso institucional del tema, la jerga propia del programa, los formatos y la legislación existente, así como la reticencia del personal a asumirlo en su práctica cotidiana, los temores frente a la eventual amenaza de su ejercicio profesional por parte de la población atendida ante la notificación, entre otros. Se diseñaron las siguientes guías de observación:

Cuadro 9: Guía de observación.

Hora Fecha	Área
Servicio	Personas presentes Cargos Actividades desarrolladas
Procedimientos clínicos	Seguimiento Evaluación
Procedimientos administrativos	
Directivas	Relación pedagógica Relación administrativa
Mandos y poderes	Jerarquías
Relaciones inter e intragénero	Personal médico Personal no médico
Rutinas de trabajo	Cambio de turno Descansos Trabajo de oficina Trabajo de archivo
Entrega de material	Relevos Relatos

Se observaron, por ejemplo, las dinámicas de rutina de los turnos y los servicios: toma de signos, toma de datos, maniobras de aseo, entrega de camas, procedimientos clínicos, cesáreas, partos, seguimientos, evaluación, admisión, asignación de citas, revista médica, clase, toma de alimentos, descansos y cafés, procedimientos administrativos, trabajo de oficina, de archivo, vacunación, consejería, entre otras. De estas observaciones se elaboraron diarios de campo con los cuales se nutrió el análisis.

Se tuvo la oportunidad de estar presente en los consultorios de consulta externa, observar cómo se recibía a los pacientes, qué se les preguntaba, cómo se les examinaba y conocer su diagnóstico. Aquí se dio lugar a la aparición de relatos, que proporcionaron información de primera mano sobre aspectos no visibles en la institución; los relatos pueden ser sustraídos, ya sea de pláticas informales o mediante conversaciones concertadas en las que se tienen establecidas una serie de preguntas para esclarecer la situación del hospital. Los textos y el análisis de los mismos, la observación y las conversaciones, en su conjunto apoyaron la redacción del trabajo (Montes, 2004: XVII).

La mirada está determinada por la percepción de lo que se ve, de la ideología y de sus distintas representaciones. Los códigos, los símbolos cambian según el contexto temporal, histórico político produciendo al mirar una interpretación distinta. Mirar constituye una red simbólica, un imaginario en sí mismo. La mirada y el lenguaje permiten interpretar y abstraer el conocimiento, y al mismo tiempo, permiten la construcción de un *ethos* que adquiere sentido en la práctica cotidiana y se origina mediante diversas formas discursivas (Montes. 2004: 87).

Los diarios de campo son descripciones de los procesos sociales del contexto, donde suceden, y anotaciones reflexivas sobre las observaciones:

"Su finalidad es captar procesos sociales en su integridad, resaltar sus diferentes características y propiedades en función de cierto sentido común sobre lo que es relevante para los problemas planteados en la investigación" (Hamersley y Atkinson, 1994: 162).

En las notas de campo se buscó captar y capturar las características y peculiaridades de la interacción entre el personal con la población usuaria y al interior de las diferentes dependencias del hospital, tomando en cuenta el modelo de notas de campo que proponen los autores del *Field Research* (Burguess; 1982, 1991) que se compone de tres clases de anotaciones NO : "Notas observacionales" , NT : "Notas teóricas" y NM: "Notas metodológicas". Las notas observacionales (NO) son exposiciones sobre sucesos presenciados principalmente a partir de la observación visual y auditiva. Contienen tan poca interpretación como sea posible, y son lo más fiable que el observador pueda construir, Cada NO representa un suceso considerado suficientemente importante para incluirlo en el *stock* de experiencia registrada, como porción de evidencia para alguna proposición no formulada aún o como atributo contextual, una NO responde al quién, qué, cuándo, dónde y cómo de la actividad humana. Notas teóricas (NT) son formas de análisis preliminar, representan intentos auto-conscientes, controlados, de derivar significado a partir de una o varias notas de observación. Quien observa en tanto registrador piensa en las experiencias tenidas y hace cualquier declaración privada de significado que sienta dará fruto conceptual. Interpreta, infiere, hipotetiza, conjetura, desarrolla nuevos conceptos, enlaza estos con los antiguos o relaciona cualquier observación a

cualquier otra en este esfuerzo de momento privado de crear ciencia social. Las notas metodológicas (NM) son un comunicado que refleja un acto operativo completado o planeado: una instrucción a uno mismo, un recordatorio, una crítica de las tácticas propias, podría considerarse como notas observacionales sobre quien investiga y sobre el proceso metodológico mismo" (Schatzman & Strauss citado por Valles, 1997). A continuación en el siguiente cuadro, se muestra la forma en que se organizaron los diarios de acuerdo a los tópicos de mayor interés:

Cuadro 10: Análisis de los diarios de campo

Diario	Diario ₁	Diario ₂	Diario ₃
Tópico			
Prácticas institucionales de personal de salud			
Violencia de género			
Relaciones de poder subordinación			
Salud como derecho			
Contexto de la práctica			
Objetivos			
Teoría			
Preguntas			
Metodología			

Se realizó entonces un cruce de instrumentos, herramientas y métodos para establecer redes y modelos analíticos a la manera de mapas conceptuales que permiten visualizar la información organizada bajo una misma categoría, pero no en una tipificación o jerarquización lineal, sino expresando los diversos órdenes y niveles de comportamiento de los datos obtenidos. Para la interpretación se concentran los esfuerzos en hacer explícitas las relaciones encontradas entre teoría, categorías emergentes y análisis multinivel de los datos, el cuadro siguiente es una muestra sintética de este sistema de organización y análisis de la información.

Cuadro 11: Matriz de análisis para la información de campo

Revisión documental				
Dimensión \ Categoría	Formas VG	Significados	Relaciones Poder /subordinación	Diferencias discurso y la práctica
Prácticas institucionales del personal de salud				
Violencia de género				

Entrevistas a profundidad				
Dimensión \ Categoría	Formas VG	Significados	Relaciones Poder /subordinación	Diferencias discurso y la práctica
Prácticas institucionales del personal de salud				
Violencia de género				

Diarios de campo				
Dimensión \ Categoría	Formas VG	Significados	Relaciones Poder /subordinación	Diferencias discurso y la práctica
Prácticas institucionales del personal de salud				
Violencia de género				

Es importante tener en cuenta que ninguna evidencia empírica "habla" por sí misma, de manera que para lograr una adecuada interpretación de la información es necesario conocer el escenario y el contexto a los que se refiere (Martínez, 1998: 85). Como dice Scott (2004: 256): "los actores no pueden ofrecer una explicación racional de sus acciones lo cual constituye una dificultad adicional para el investigador que lo ve todo desde afuera". Por eso fue importante mantener en todo el proceso niveles diversos de interacción con las fuentes de información, con los pares, la teoría, los instrumentos y estrategias que se desarrollaron para compilar, organizar y analizar la información.

Las lecturas y relecturas no se han dejado de hacer desde que inició el proceso se ha asistido a encuentros con pares nacionales e internacionales para reflexionar sobre aspectos puntuales del tema y del trabajo en específico durante todo este

periodo ya de cinco años; lo adicional a estos procesamientos ya será materia de otros trabajos y posteriores estudios. Otras investigaciones similares se revisaron durante todo este tiempo, seguirán saliendo otras que servirán de contraste y de discusión entre pares y entre instancias para dialogar sobre el tema. Quizás lo más difícil sea sin duda la escritura y socialización del texto donde además del proceso personal de aprendizaje, asimilación y análisis, se juega la comprensión y la legibilidad del texto por parte de las y los lectores, sin duda esta parte nunca termina.

3. Problemas éticos en este estudio

Ciencia y ética deben estar explícitamente fusionadas, la investigación rigurosa exige de quien investiga una estructura ética conscientemente sostenida, razonada y coherente para guiar sus elecciones en cada fase del proceso de investigación. El que sea explícita dicha posición permite el examen y la revisión crítica externa e interna de todo el proceso.

Por esta razón durante todo el trabajo se ha mantenido el respeto a la confidencialidad de las personas que suministraron directamente información, el compromiso de mantener el anonimato de la institución hospitalaria seleccionada de la Red pública de atención y el consentimiento informado con cada una de las personas. Si bien el tema de la violencia de género es de interés general, pero atañen de forma particular los intereses más íntimos del personal de salud. Con estas personas se acordó no transgredir límites acordados, sólo se les abordó en el contexto institucional específico de la investigación. Pese a la presión y el interés de algunas instancias por allegarse a resultados parciales o específicos del trabajo.

Importante retomar a Oakley (1981) quien cuestiona la manera "objetiva" convencionalmente recomendada para realizar una entrevista, en la que se supone que quien entrevista no se debe involucrar emocionalmente con la persona entrevistada a efecto de no menoscabar la "validez" y la "calidad" de la información. La autora sugiere, por el contrario, que la entrevista con corte feminista –como es el caso de este estudio- debe ser una relación entre iguales en la que se asuma que ambos participantes tienen algo que aprender. Oakley plantea que es éticamente

insostenible realizar entrevistas de acuerdo con lo establecido en los textos, a menos que quien haga la entrevista esté dispuesta, a “explotar” a la persona entrevistada, esto es, a centrarse en sus propias necesidades (obtener información para su estudio) e ignorar las necesidades que la propia entrevista genera o hace evidentes de parte de la persona entrevistada. Más aún, esta autora sostiene que cuando se trata de estudiar la situación subjetiva de las mujeres, las preguntas de las entrevistadas constituyen un “dato” central de su investigación, cuya represión mediante los mecanismos convencionalmente recomendados sólo redundaría en detrimento del propio estudio.

Los agentes de salud representan un papel crucial en la redefinición cultural del papel, entre otros temas, de la sexualidad y la reproducción en la sociedad y en la vida de las personas, lo que los convierte en sujetos apropiados de estudios cuidadosos (Gómez y Forti, 2000: 71). Este personal tiene prejuicios a la investigación sobre la práctica médica, tal vez porque no está acostumbrado a estudios de este tipo; este estudio tuvo una etapa de observación en sombra, y enfrentó el prejuicio existente entre el personal de aceptar ser observado en su propia consulta. La investigación sólo puede revelar lo que fue escuchado y no lo que fue dicho. Las anotaciones sobre cualquier caso, 1. Las preguntas del paciente y 2. La exploración física. El propósito de las preguntas es extraer información de la enfermedad actual, el médico dirige el interrogatorio donde al paciente le está permitido sólo hasta donde es posible, contar la historia en sus propias palabras (Armstrong, 1999: 224), o porque lo consideran como una amenaza a su desempeño -la calidad es presentada en las instituciones hospitalarias como un estándar intimidatorio y costoso-; esta realidad contrasta con el hecho de que la población usuaria de la red de servicios públicos de salud es población abierta; el que sólo pueda tener una opción de atención en salud implica una posición aceptante incondicional y menos crítica por parte de las usuarias y los usuarios de los servicios (Silverberg, 2000:110). Este es un estudio en la Red Pública de Atención del Distrito Federal que no pasó por alto esto.

Se mantuvieron los límites de accesibilidad a espacios, eventos y grupos. Antes de salir de la institución se llevó a cabo una reunión de devolución de la información que sirvió a la vez de validación de la información ya registrada específicamente y del estudio en general; cada conversación de este tipo solicitada por las personas que sirvieron de informantes enriqueció el trabajo y le dio nuevas dimensiones de análisis, se compartió con estas personas la forma como iban a aparecer sus testimonios y como iban a aparecer las situaciones relacionadas con terceras personas –sin ningún elemento que permitiera inferencia o identificación alguna-. Estas medidas más otras precauciones, se tomaron para minimizar los riesgos de los estudios de este tipo.

El recorrido en este capítulo dio cuenta de la forma de acercamiento a la realidad del estudio, a la información disponible, al abordaje de la institución propiamente tal; ahora es importante abordar los elementos contextuales del caso, como son la ciudad y la infraestructura disponible para la atención en salud y la normatividad y programas referidos a la violencia de género que el gobierno de la Ciudad de México ha acogido como marco de acción para la detección y la prevención de la violencia de género.

CAPÍTULO III

LA CIUDAD DE MÉXICO Y SU RED PÚBLICA DE ATENCIÓN A LA SALUD

El propósito de este capítulo es hacer una caracterización de la Ciudad de México y su red pública de atención en salud. La información que aquí se presenta permitirá identificar a la ciudad, sus características físicas, demográficas, normativas, sanitarias, entre otras, para facilitar así el mejor entendimiento de la información seleccionada y la interpretación respectiva que se ofrece en los siguientes capítulos. De esta forma se detalla el contexto del caso de un hospital de segundo nivel que forma parte de la red pública hospitalaria de la Ciudad de México, en el que se estudiaron las condiciones y procesos de la violencia de género presentes en su interior. Como un capítulo aparte se concluirá la contextualización del caso, con la presentación y análisis del contexto normativo, legal y jurídico de la violencia de género, como política y como programa de la ciudad, que debe ser llevado a cabo por las instituciones hospitalarias pertenecientes a la red pública de atención.

Para la elaboración de este capítulo se recurrió a información agregada consignada en oficinas públicas de gobierno, a informes y escritos oficiales de la ciudad, revisión de prensa de información electrónica y a resultados de investigación sobre aspectos de interés común conforme a lo que se muestra en el cuadro 12.

Cuadro 12: Fuentes de información para la construcción del contexto de salud de la ciudad

TEMA	FUENTE	TIPO DE INFORMACIÓN	OBSERVACIONES
Información estadística de la ciudad	INEGI Página electrónica	Cuadros de salida por años y rubros	Las más actualizadas posibles y desagregadas
Información demográfica	CONAPO Página electrónica	Estructura por edad y sexo esperanza de vida e indicadores demográficos	La desagregación es importante y complicada
Información cultural	Oficinas de Gobierno Delegaciones Páginas electrónicas	Relatos costumbres tradiciones mitos y leyendas	Poco accesible en detalle y algo desactualizada
Información económica	Secretaría de Desarrollo Social y económico	Estructura económica y productiva de la ciudad	No agota la información disponible
Información en Salud	Secretaría de Salud Federal y de Gobierno DF Página electrónica IMSS ISSTE SSA - SSGDF	Demanda de atención, mortalidad morbilidad Recursos humanos Infraestructura disponible	No está actualizada ni desagregada por zona y delegación en detalle como se desea

La información se complementó y contrastó con las investigaciones de diferentes autoras y autores realizadas para el estudio de la ciudad, su historia y equipamiento en los últimos años.

Es importante señalar que las estadísticas de la ciudad no están centralizadas, ni actualizadas, hay un sensible rezago en la información estadística y epidemiológica de la Secretaría de Salud de la ciudad; la búsqueda que se llevó a cabo agotó posibilidades en este sentido, cualquier omisión obedeció a la imposibilidad de acceso a otras fuentes de información.

Este capítulo está conformado básicamente por dos grandes apartados; el primero de ellos se concentra en la Ciudad de México y aborda sus principales características, cubriendo una variedad de aspectos que permitan una lectura nutrida y documentada del contexto, la población y la ciudad en la cual se lleva a cabo el estudio. El segundo apartado describe la estructura de los servicios de salud disponibles para la atención de la población, los recursos, el personal, el equipo, la demanda y la forma como se ha llegado a la estructura actual de servicios desde su conformación inicial hasta lo que se ofrece hoy para la atención de la salud y de la enfermedad de la población de la Ciudad de México y el Distrito Federal.

1. La Ciudad de México

La Ciudad de México, capital de la República Mexicana, fue creada en 1824 con el territorio correspondiente a un círculo cuyo centro era el Zócalo y tenía un radio de veinte leguas. En 1989 fueron fijados los límites entre los estados vecinos y el Distrito Federal. A partir de entonces, el perímetro capitalino no ha sufrido grandes modificaciones, salvo pequeños cambios en el lindero oriental. La Ciudad de México es el Distrito Federal, el centro político, cultural y económico del país sede de los Poderes Federales de México, de acuerdo con el artículo 44 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 2º del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal.

El Distrito Federal aporta la quinta parte del PIB Nacional de México. Ocupa una décima parte del valle de Anáhuac en el centro-sur del país, en un territorio que formó parte de la cuenca lacustre del Lago de Texcoco. México, Distrito Federal, es la ciudad más poblada del país y una de las mayores del mundo, con 8,720,916 habitantes en el 2005 y ocupa el segundo lugar como entidad federativa, luego del estado de México. En su crecimiento demográfico, la Ciudad de México fue incorporando a numerosos poblados que se encontraban en las cercanías. A principios del siglo XXI, su área metropolitana desborda los límites del Distrito Federal, y se extiende sobre 40 municipios del estado de México y un municipio del estado de Hidalgo, según la más reciente definición oficial de 2003 los gobiernos locales, estatales y federal sobre la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) (INEGI, 2005).

En 1990 se definió que la ZMCM abarcaba las dieciséis delegaciones del Distrito Federal más treinta y ocho municipios del estado de México. La más reciente definición, aprobada por el gobierno local, los gobiernos estatales de México e Hidalgo y el gobierno federal, definieron la Zona Metropolitana de la Ciudad de México como el área urbana formada por las 16 delegaciones del Distrito Federal, 40 municipios conurbados del estado de México y uno del estado de Hidalgo (INEGI, 2005). Esta definición es *positiva* en el sentido de que todos los municipios están conurbados o cumplen con los requisitos de integración económica y social. También se aprobó la definición de la Zona Metropolitana del Valle de México, integrada por otros 18 municipios del estado de México (en total 58), como definición *normativa*, es decir, integrada por algunos municipios que todavía no se han conurbado, pero que dada la dinámica de crecimiento poblacional y geográfico, quedarán integradas en el futuro próximo.

La ZMCM estaba habitada en el 2005 por 19.331.365 personas, casi el 20% de la población total del país. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2007), para el 1o. de julio del 2007 se estima una población de 8.829.433 habitantes para la ciudad, y 19.704.125 habitantes para toda la Zona Metropolitana. De acuerdo con el Reporte Urbanístico de las Naciones Unidas, la

Zona Metropolitana de la Ciudad de México es la más grande del hemisferio occidental y la segunda aglomeración urbana más grande del mundo, después de Tokio (ONU, 2003: 132-133).

Estimaciones recientes señalan que un millón de personas más vive en los municipios conurbados del Estado de México, pero desarrolla sus actividades laborales y comerciales en el DF, impactando en los servicios públicos, entre ellos, el sistema público de salud. Estos asentamientos del área metropolitana no cuentan con equipamiento básico y tienen acceso limitado a servicios lo cual –como se verá más adelante- recarga la estructura de servicios disponibles en el DF. La tercera parte de la población que atiende la Secretaría de Salud del DF, en el segundo nivel y 15% en los establecimientos de primer nivel de la periferia del DF, proviene de esos municipios (SSGDF, 2002).

1.1. Población

Durante la década de 1980-1990, la ciudad tuvo un fuerte decremento en la población, y la Zona Metropolitana, aunque creció, su tasa de crecimiento fue mucho menor a la de la década previa. Esa situación fue debida en gran medida al masivo éxodo de capitalinos a la provincia después de la explosión en 1984 en San Juan Ixhuatepec, y de los terremotos del 19 y 20 de septiembre de 1985. También se debió en parte a la descentralización de múltiples oficinas y dependencia de gobierno federal a otras ciudades del país. Después de 1990 el crecimiento demográfico de la ciudad volvió a normalizarse, pero sin llegar a ser el mismo que durante las décadas de 1960-1970 y 1970-1980.

La intensidad de los flujos migratorios del DF ha disminuido; de manera que entre 1995 y 2000 llegó a la capital el 4.9% de los residentes; en tanto que para el último quinquenio la proporción disminuyó 2.4%. Asimismo, entre 2000 y 2005 llegaron a vivir al DF cerca del 188.000 personas procedentes principalmente del Estado de México (38.4%), de Veracruz (8.7%) y de Puebla (8.2%). La mayor concentración de población indígena en el país se encuentra en el Distrito Federal, provenientes de los estados de Puebla, Oaxaca, Veracruz y Estado de México principalmente, y

concentrada en su mayor parte en las delegaciones de Milpa Alta, Tláhuac e Iztapalapa. Por otro lado, salieron del DF poco más de 491.000 personas que se dirigieron principalmente al Estado de México (57.1%), a Querétaro (4.2%) e Hidalgo (4.1%). (INEGI, 2006).

Para el año 2005 en el DF había un total de 8,720,916 habitantes, de los cuales 52% son mujeres y 48% son hombres, con un proceso de desaceleración de su crecimiento, además de una reducción de la población menor de 15 años de edad y un aumento del grupo en edad productiva y de los adultos mayores. Para el año 2002, según datos del Gobierno del DF, la población de 70 años de edad y más representa 4.0% del total con 325,000 habitantes. Además, se evidencia un desplazamiento de la población hacia la periferia del DF y las áreas conurbadas con el Estado de México, lo cual ha generado un despoblamiento de las áreas centrales de la Ciudad (INEGI, 2006).

La mayor parte de los habitantes de la ciudad son criollos (descendientes de Españoles), y los mestizos (gente con descendencia mixta de Europeo e Indígena). A pesar de que en números relativos la población indígena no representa más del uno por ciento del total de la población capitalina, el Distrito Federal es el ámbito de población amerindia más amplio de México y de América con más de 360 mil indígenas de casi todas las etnias del país. El mayor de los grupos étnicos que habitan en el Distrito Federal es el de los nahuas. Otros grupos indígenas que habitan en el Distrito Federal no son nativos de la región. Las comunidades indígenas migrantes más amplias de la ciudad de México son los mixtecos, otomíes, zapotecos y mazahuas, aunque se encuentran también los tlahuicas. Las delegaciones con el mayor número de indígenas son Milpa Alta, Xochimilco, Tláhuac, Iztapalapa y Cuauhtémoc (Durán, 2007).

Los indígenas constituyen uno de los grupos con más alta marginalidad en la capital, especialmente aquellos que pertenecen a la generación migrante. Suele ocurrir que las generaciones de indígenas nacidos en México se asimilan a la cultura cosmopolita dominante, aunque en las dos últimas décadas se observan

movimientos reivindicativos de las culturas indígenas capitalinas, en parte por la legislación de la ciudad que en los últimos periodos de gobierno ha impulsado la creación de una política pública especialmente orientada a esta población. La mayor parte de los indígenas que viven en el Distrito Federal se han organizado para lograr trabajo comunitario de beneficio a sus comunidades de origen y para la defensa de sus derechos fundamentales entre los cuales está la defensa de sus costumbres e identidad (Durán, 2007).

Producto de la inmigración de origen internacional, el Distrito Federal también alberga la mayor parte de los extranjeros que radican en México. Las comunidades más amplias son la estadounidense, la argentina, la colombiana, la judía, la francesa, la alemana y la libanesa, que forman el resto de la población capitalina.

1.2. Lengua

Como en todo México, el idioma dominante en el Distrito Federal es el español. Éste es hablado por la inmensa mayoría de los habitantes de la capital. La diversidad étnica en el Distrito Federal deriva en una diversidad lingüística, de acuerdo con el INEGI (2005) en el DF se habla principalmente Náhuatl con 37.450 hablantes, Otomi con 17.083 hablantes, Mixteco con 16.268 hablantes, Zapoteco con 14.117 hablantes y Mazahua 9.631 hablantes, lo cual muestra que prácticamente todas las lenguas indígenas de México son habladas en la ciudad. Como producto de la inmigración, al Distrito Federal han llegado escasos hablantes de otras lenguas indígenas de América, como los ecuatorianos que hablan quechua.

1.3. Organización administrativa de la ciudad

Como sede de los poderes de la Unión, la Ciudad de México como Distrito Federal, tiene un estatuto distinto al de los estados de México. Se le considera un territorio que no pertenece a ningún estado en particular sino a todos por igual, es decir, a toda la federación (de ahí su denominación). Por lo anterior, entre 1927 y 1997 el presidente de la República ejercía la administración de la entidad a través del Departamento del Distrito Federal, que era encabezado por un regente.

En 1993, el estatus del Distrito Federal fue modificado con la aprobación del *Estatuto de Gobierno del Distrito Federal*, decretado por el Congreso de la Unión y aprobado por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Carlos Salinas de Gortari, el 26 de julio de 1994, que reconoció a los capitalinos el derecho a la elección de sus representantes a una *Asamblea de Representantes*. Este órgano funcionó entre 1991 y 1997, cuando fue reemplazada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF). En 1997, fecha en la que entró en funciones la primera legislatura de la ALDF, los capitalinos también pudieron elegir por sufragio universal al Jefe de Gobierno del Distrito Federal. No obstante, bajo el esquema de territorio de la federación, todavía tiene facultades limitadas y sus decisiones están sujetas al veto presidencial o del Congreso de la Unión.

En lo que respecta al Congreso de la Unión, el Distrito Federal es representado en igualdad de condiciones que cualquier otro estado —cosa que no ocurre en el caso de otras capitales federales como el Distrito de Columbia en los Estados Unidos. En el Senado, el Distrito Federal es representado por tres senadores, dos electos por mayoría relativa y uno asignado a la primera minoría; y en la Cámara de Diputados por el número de distritos acorde a su tamaño poblacional. En 2006, el Distrito Federal eligió 30 diputados.

El territorio capitalino se divide en 16 delegaciones. Cada una es encabezada por un jefe delegacional desde el año 2000, elegido por sufragio universal. A diferencia de los municipios, las delegaciones no tienen cabildos. En su lugar, la *Ley de Participación Ciudadana del Distrito Federal* decretada por Andrés Manuel López Obrador, Jefe de Gobierno del Distrito Federal, el 17 de mayo de 2004 y que contempla la conformación de *Comités Ciudadanos* por unidades territoriales. Cada delegación está integrada por *pueblos, barrios y colonias*. Pueblos y barrios son denominaciones que corresponden a unidades vecinales muy antiguas, algunos de ellos datan de la época prehispánica. Las colonias nacieron a partir de la expansión de la zona urbana de la ciudad de México en los terrenos aledaños. En el siguiente cuadro se muestra su distribución.

Cuadro 13: Delegaciones del Distrito Federal en 2005

Delegación	Población (2005)	Superficie (km ²)
Distrito Federal	8 720 916	1.479
Alvaro Obregón	706 567	96.17
Azcapotzalco	425 298	33.66
Benito Juárez	355 017	26.63
Coyoacán	628 063	54.4
Cuajimalpa	173 625	74.58
Cuauhtémoc	521 348	32.4
Gustavo A Madero	1 193 161	94.07
Iztacalco	395 025	23.3
Iztapalapa	1 820 888	117
La Magdalena Contreras	228 927	74.58
Miguel Hidalgo	353 534	46.99
Milpa Alta	115 895	228.41
Tláhuac	344 106	85.34
Tlalpan	607 545	304.46
Venustiano Carranza	447 459	33.4
Xochimilco	404 458	118

Fuente: INEGI, 2005

La distribución de población en la ciudad muestra una tendencia a la concentración en algunas delegaciones: Iztapalapa, con 1.8 millones de personas, que participa con 20.9% del total del DF y crece una tasa media anual de 0.47%, Gustavo A. Madero con 1.2 millones, que representan 13.7% y cuya población decrece en promedio anual 0.61%; Álvaro Obregón con poco más de 706.000 habitantes, que contribuye con 8.1% del total de la capital del país. Las delegaciones menos habitadas tienen los mayores ritmos de crecimiento promedio anual: Milpa Alta con cerca de 116.000 pobladores, que representan 1.3% del total del DF y que posee el mayor ritmo de crecimiento con 3.23%; Cuajimalpa de Morelos con más de 173.000 personas, que participa con 2.0% del total y crece a una tasa de 2.46% (INEGI, 2005).

1.4. Economía

El Producto Interno Bruto por habitante en el Distrito Federal es 3.4 veces mayor que el promedio nacional y la participación de la entidad en el producto del país es de 23%. El DF es el principal productor de riqueza de México, la rama económica más dinámica es la del sector servicios que aporta dos tercios del producto; ocupa a siete de cada diez capitalinos y genera 90% de los nuevos empleos (SSGDF *et al*, 2004: 24).

Para 2004, el 68.9 por ciento de la población cuenta entre 15 y 64 años, lo que significa que se encuentra en plena bonanza productiva y enfrenta el reto de acumular con su trabajo lo suficiente para sostener a 6.7% de la población mayor de 65 años que tiene incluyendo el ahorro para su propia vejez así como el apoyo del 24.4% de población menor de 15 años en plena edad escolar.

Cuenta con 342.475 unidades económicas, 11.45% del país. Emplea a 17% del personal ocupado de México. Del total ocupado en el DF, 62% son hombres y 38% mujeres. Su población ocupada es de alrededor de cuatro millones de personas que fundamentalmente se encuentran empleadas en actividades comerciales, financieras, de servicios personales, en la industria manufacturera, la construcción, en el sector de las telecomunicaciones y el transporte, así como en actividades ligadas a la educación, la cultura y la administración pública federal y local. En promedio, las remuneraciones que recibe anualmente cada trabajador en el DF son de 11.390 dólares, 3.5 veces superior al ingreso promedio nacional y el nivel de la calificación de la población supera los nueve años de escolaridad, según el Sistema de Cuentas Nacionales de México, PIB por Entidad Federativa 1994 -2001 (INEGI, 2007).

Igualmente, el Distrito Federal daba empleo al 45% de los trabajadores de la industria manufacturera en México en el año 1980, pero una década más tarde, la proporción había caído hasta 33%. De las quinientas empresas más importantes del país, en 1982 albergaba a 257 de ellas. Siete años más tarde sólo permanecían en la capital mexicana ciento cuarenta y cinco. El retroceso de la actividad industrial en el Distrito Federal implicó, por una parte, el crecimiento en términos relativos de los ingresos aportados por el sector terciario (de servicios), y por otra parte, también se reflejó en el crecimiento de la economía informal en la ciudad. A pesar de todos esos retrocesos, después de la crisis de la economía mexicana de la década de 1980 y 1990, el Distrito Federal fue una de las pocas entidades federativas cuya participación en el PIB nacional mejoró. Pasó de 21% en 1988 a 23% en 1996. Además, el ingreso per cápita se incrementó, debido en parte a la contracción demográfica resultado del terremoto de 1985. La Ciudad de México es uno de los

centros financieros más grandes del Mundo. En 2004 produjo el 20,52% del producto interno bruto (PIB) nacional, que equivale a casi 133 mil millones de dólares. El PIB per cápita de la ciudad también es el más alto de México, estimado en USD \$18.381. Dicha cifra equivale a 2.5 veces el PIB per capital nacional, y es similar a la de países como Portugal, Estonia, Puerto Rico y Barbados (SDSGDF, 2007).

La mayor parte de la industria se ha trasladado hacia ciudades cercanas como Toluca, Santiago de Querétaro y Puebla de Zaragoza. La descentralización industrial del Distrito Federal ha favorecido el crecimiento de esta actividad en otros estados, especialmente los del norte, en donde a partir de la década de 1990 se establecieron nuevas empresas maquiladoras.

Según datos de la Secretaría de Desarrollo Económico del Distrito Federal (SEDECOGDF, 2007), la entidad cuenta con cincuenta y cuatro zonas industriales, y de su superficie total, 2 mil 578 Ha son destinadas para uso industrial. El PIB industrial capitalino representa el 16,32% del total de la producción industrial de México, y alcanzó un valor de MXN 50.768.867.000 en el año 2004. Esto representa una contracción en términos absolutos y proporcionales con respecto a los resultados de 1999, cuando la capital participaba con el 18% del producto industrial nacional, con valor de más de 55 mil millones de pesos mexicanos (INEGI, 2006).

En el año 2003, existían 27 mil 727 unidades económicas que fueron calificadas como industriales que dieron empleo a más de 547 mil capitalinos. La demarcación con mayor número de estas unidades fue Iztapalapa, con 5 mil 578 unidades económicas industriales. En 2005, la industria química y de transformación del petróleo, la industria alimenticia y la producción de maquinaria y otros artículos metálicos concentraron buena parte de la mano de obra del ramo industrial capitalino (INEGI, 2006; SEDECOGDF, 2007).

1.5. Estructura social.

En términos de calidad de vida, pobreza y condiciones de salud, los indicadores muestran una ciudad fragmentada y polarizada en donde buena parte de sus

habitantes viven en condiciones precarias. De acuerdo con Tuirán (2002) alrededor de 18% de los hogares del DF son pobres, pero la distribución de ellos muestra un alto grado de desigualdad y de polaridad socioeconómica entre una delegación y otra, como por ejemplo, la delegación Benito Juárez tiene tan solo 4% de sus hogares pobres, mientras que la delegación Milpa Alta presenta poco más de 45%, y las delegaciones Xochimilco, Tláhuac, Cuajimalpa e Iztapalapa más de 20%; el peso de estos hogares importa si se tiene en cuenta que son justamente las delegaciones que mayor población concentran, ubicadas en las zonas suroriente y nororiente de la ciudad.

Sin embargo, como ciudad de contrastes el Distrito Federal se convirtió, en el mismo 2006, en la primera entidad federativa de México en reconocer legalmente las uniones entre personas del mismo sexo. Esto ocurrió así mediante la aprobación de la Ley de Sociedades de Convivencia el 9 de noviembre de ese año en la Asamblea Legislativa de la capital. En abril de 2007 también se convirtió en la primera entidad federativa en despenalizar el aborto antes de las 12 semanas de embarazo (Ávila, 2007). La ley fue criticada por la jerarquía católica y organizaciones conservadoras. Posteriormente, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Procuraduría General de la República (PGR) interpusieron un recurso de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia, que sigue en curso en junio de 2007 (La Jornada, 2007).

1.6. Vivienda y servicios.

La población del DF creció en los últimos cinco años -entre 2000 y 2005- a una tasa media anual de 0.24%, un descenso respecto al quinquenio anterior de 0.8%, mientras que el total de viviendas habitadas lo hizo en 1.25%, con lo cual el promedio de ocupantes por vivienda habitada descendió de 4.02 a 3.80 personas por vivienda. En cuanto a los servicios públicos en las viviendas, éstos se han incrementado en los últimos cinco años: el de energía eléctrica se incrementó hasta llegar en 2005 a 99.5%; el de agua potable por medio de la red pública, pasó de 96.9 a 97.1 y el de drenaje conectado a la red pública, del 93.1 a 93.2. En estos tres rubros el DF se

ubica con los porcentajes de cobertura más altos del país. Finalmente, los hogares del DF disponen ahora de más bienes electrodomésticos, 97.8% de las viviendas tienen televisión, 90.5% refrigerador, destacan las computadoras con 37.2%, las cuales a nivel nacional alcanzan 19.6% (INEGI, 2006).

1.7. Abasto

La Central de Abastos fue construida a inicios de la década de los años ochenta del siglo XX. Situada en el oriente de la ciudad, es el centro de distribución de productos alimenticios más importante de México. Desde allí son surtidos muchos otros mercados de la ciudad y de algunas entidades federativas.

Además, existen numerosos mercados en la ciudad de México, casi uno en cada colonia, por lo que los hay de diferentes dimensiones. Algunas colonias tienen más de un mercado, especializados en alimentos, artesanías, enseres domésticos y otros productos. Algunos de los más famosos son mercados especializados como el de La Viga (pescados), y el de Sonora (hierbas medicinales).

1.8. Transporte

El Sistema de Transporte Colectivo - Metro de la Ciudad de México, es la columna vertebral del transporte en la capital mexicana. Cuenta con 11 líneas y 175 estaciones. En 2005, el metro transportó a casi mil 441 millones de pasajeros. Al metro se articulan en diferentes estaciones el servicio de la Red de Transporte de Pasajeros (RTP-DF) que presta sus servicios de transportación en autobús —o, como se les llama en México, *camiones*¹³ en 88 rutas a un promedio de 260 mil pasajeros cada día (RTP, 2006), en las zonas más pobres del Distrito Federal. Además de estas dos empresas, el GDF administra el Sistema de Transportes Eléctricos del Distrito Federal (STE-DF), que se encarga de la operación de las quince líneas de trolebuses, el Tren Ligero de la Ciudad de México y el Metrobús¹⁴.

¹³ De vez en cuando, al término "Delfin" puede llegar a escucharse como sinónimo de un camión de transporte colectivo.

¹⁴ Líneas de trolebuses, en la página Internet del Sistema de Transportes Eléctricos del Distrito Federal (STE-DF), consultada 29 de octubre de 2007.

Por ser empresas dependientes del gobierno capitalino, El Metro, la RTP y el STE-DF reciben fuertes subsidios que han mantenido una tarifa en MXN 2.00 — equivalente a menos de USD \$ 0.20 a principio del año 2007— en todos sus servicios, excepto en el Metrobús, cuya tarifa es de MXN 3.50.

Además de las tres empresas de transporte descentralizadas del GDF, existe en el Distrito Federal una nutrida flota de autobuses urbanos, conocidos como *peseros* o *microbuses*. Estos están organizados en casi un centenar de *rutas* —agrupaciones que prestan su servicio en una zona restringida de la capital— concesionadas, que son supervisadas por la Secretaría de Transporte y Vialidad del Distrito Federal (Setravi-DF). En 2002, la Setravi-DF tenía un padrón de 27 mil 928 vehículos registrados con placas para el transporte colectivo de pasajeros; amén de 105 mil taxis¹⁵.

1.9. Educación

La Ciudad de México cuenta con múltiples centros educativos públicos y privados, y es la entidad con mayor número de estudiantes. Y aunque diversos estudios de expertos señalan que el nivel de educación deja mucho que desear (dista mucho de lograr excelencia a nivel mundial, sobre todo a la que se refiere a la enseñanza media pública), sí alcanza a ser el más óptimo dentro de los Estados Unidos Mexicanos. Cuenta con jardines de niños (Kinders), primarias y secundarias, las cuales son dependientes de la Secretaría de Educación Pública, mismas que el actual Jefe de gobierno Marcelo Ebrard planea descentralizar del Gobierno Federal, para que la autoridad local pueda controlarlas bajo una Secretaría de Educación Pública del Distrito Federal, cuya creación está apenas en proceso de ver si es viable o no.

El Distrito Federal es la entidad federativa con el mayor grado de alfabetización. De los más de ocho millones de personas que viven en el Distrito Federal y están en edad de asistir a la escuela o de haber concluido la instrucción primaria, el 94.83%

¹⁵ Transporte en la página Internet de SETRAVI-DF, consultada el 29 de octubre de 2007

sabe leer y escribir. La media nacional es de 88,69%. En lo que respecta al grado de escolaridad, el promedio ronda los once años de instrucción. La Ciudad de México concentra una alta proporción de personas que han concluido una formación universitaria, o de posgrado. En cuanto al perfil educativo de la población del DF, en el año 2000, el porcentaje con educación media superior era de 25.2 y el que contaba con licenciatura o más alcanzaba 19.8%; para 2005 estos indicadores fueron de 26.1 y 23.1%, respectivamente (INEGI, 2006).

1.10. Familia.

El nivel de fecundidad, medida por el promedio de hijos nacidos vivos, muestra una reducción significativa en todas las edades, en particular la descendencia promedio de las mujeres entre los 45 y 49 años que actualmente es de 2.6 hijos por mujer, cuando en el año 2000 era de 3.0 hijos (INEGI, 2006). La tasa global de fecundidad para el DF., es de 1.8 lo cual quiere decir que ya está por debajo del reemplazo y que las posibilidades de acumulación de recursos necesarios para el sostenimiento promedio de una familia debe darse ahora. La Tasa de mortalidad es más alta que la nacional 5.6 respecto a 4.5 en parte debido al envejecimiento de la población del DF y al aumento de su esperanza de vida que alcanza los 76 años para 2004 de acuerdo a la información de la Secretaría de Salud Federal (SSGDF, 2007).

La composición de los hogares en el Distrito federal, de acuerdo al INEGI (2001) muestra que el 90.93% corresponden a hogares familiares de los cuales 65.74% son nucleares, 23.71% extendidos, 1.02% compuestos. En los hogares no familiares 8.96%, se encuentra que el 8.23% son unipersonales y 0.73% son corresidentes. Se muestra en estos datos que el Distrito Federal cuenta con 2.103.752 viviendas y 2.180.243 hogares respectivamente. De cara al cambio en el perfil demográfico de la población, se vera en próximos años la aparición de otros tipos de arreglos familiares y de convivencia que requerirá sin duda otro tipo de atención.

La tendencia negativa del crecimiento de la población y los flujos migratorios hacia otros centros industriales ya referenciados en otros apartados, explican en parte la reducción del tamaño de las familias, el aumento de las unidades unipersonales y el

envejecimiento acelerado de la población de la ciudad; parte del impacto de este proceso se ha enfrentado en el Gobierno de la Ciudad mediante un auxilio mensual permanente a la población adulta mayor. Hasta ahora y por algunas décadas la ciudad requerirá proporcionar el equipamiento urbano necesario para una población joven que requiere educación, salud, transporte y actividades culturales, en pocas décadas el porcentaje de población de la tercera edad aumentará, presentando nuevos requerimientos de equipamiento urbano.

1.11. Religión

La mayor parte de los capitalinos profesa la religión católica. Por lo menos han sido bautizados como tales, aunque a efectos de la pregunta expresa de cuál es la religión que practican, muchos suelen decir que son *creyentes*, esto significa que se consideran adeptos al catolicismo, pero no son practicantes regulares. El número de católicos en el Distrito Federal se ha reducido en números relativos. Mientras que hacia la década de 1960, más del 90% de la población del Distrito Federal profesaba esta religión, al inicio del siglo XXI, la proporción es de apenas 90%.

A costa de esa población, se han incrementado las comunidades de personas que no profesan ninguna religión y las religiones judeo-cristianas y evangélicas. De estas últimas, el primer lugar en el año 2000, corresponde a los Testigos de Jehová. Las denominaciones pentecostales tienen amplia difusión, sobre todo en las regiones marginadas del oriente del Distrito Federal (Tláhuac e Iztapalapa) (INEGI, 2005).

En paralelo a los cultos y religiones anteriores, han florecido en la capital mexicana otros menos ortodoxos, que recogen tradiciones populares no reconocidas como válidas por la Iglesia Católica. Entre ellos está el culto a la Santa Muerte, que tiene su centro en la zona de Tepito y La Merced. Practicantes de la religión afroamericana de la Santería también aportan a la diversidad de la ciudad.

1.12. Recreación, festejos, festividades y leyendas

El Distrito Federal es sede de importantes festividades a nivel nacional, que van desde la secular celebración del Día de la Independencia en el Zócalo hasta festividades de orden religioso como la representación de la pasión de Jesús en Iztapalapa, el día de muertos en Mixquic o las peregrinaciones a la basilica de Guadalupe. Todos estos sucesos atraen a cientos de miles de personas procedentes de todo el país y del extranjero a la capital. Algunas demarcaciones tienen calendarios saturados de festividades populares, como Milpa Alta (Delegación Milpa Alta, 2007) cuyo número alcanza la cifra de setecientas fiestas anuales. Es posible observar expresiones sincréticas como la iconografía del *halloween* en los altares de muertos (Brandes, 2000); graffitis introducidos por los migrantes que volvieron, y que forman parte del paisaje urbano del Distrito Federal; o bien, las incontables reelaboraciones del rock que realizan grupos capitalinos, comerciales y subterráneos.

La Ciudad de México cuenta con una extensa tradición oral, que va desde los muy antiguos mitos como *La Llorona* que supuestamente estaría relacionado con la Cihuacóatl mexicana; hasta la leyenda, muy difundida en los hospitales capitalinos, de *La Planchada* que versa de una enfermera espectral que sana milagrosamente a los muertos desahuciados que cuida (SSSGDF, 2002).

Con este panorama general de la ciudad, se continúa con la presentación del contexto del caso en estudio enfocando ahora en el equipamiento de la ciudad para la atención a la salud, la estructura de servicios disponibles y su organización.

2. La atención a la salud y la enfermedad en la Ciudad de México

2.1. Perfil de morbilidad y mortalidad

La muerte se distribuye en forma desigual pues ésta acontece en función de la edad y de la calidad de vida de las personas, sin embargo, en el DF., el número de defunciones y la tasa de mortalidad en general tuvieron una tendencia al descenso entre 1997 y 2002, a pesar del envejecimiento de su población, pues baja de 5.9 por

mil habitantes a 5.2. Para este mismo periodo, la mortalidad infantil desciende de 24.0 por mil nacidos vivos a 19.3, la preescolar de 0.8 a 0.6 por mil, la escolar de 0.3 a 0.2, la productiva de 3.2 a 2.7 y la pos-productiva de 52.2 a 46.5. La mortalidad materna bajó en el año 2000 y particularmente en 2002, aunque muestra un comportamiento inestable (SSGDF *et al*, 2004; 30). La mortalidad preescolar varía de 25.7 por 100,000 habitantes del grupo de edad en promedio para la ciudad, a ser de 40.4 en Benito Juárez, hasta 102.0 en Milpa Alta. La mortalidad más baja en edad productiva se identifica en Tlalpan (222.2 por 100,000 habitantes del grupo de edad) y las más alta en la delegación Cuauhtémoc (484.5). La mortalidad posproductiva es de 2.858.4 defunciones por cada 100 mil habitantes del grupo de edad en Cuajimalpa, mientras que en las delegaciones Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza y Cuauhtémoc, la cifra casi se duplica (4.402.3 y 4.400.7, respectivamente) (López y Blanco, 2004).

La proporción de defunciones por enfermedades infecciosas y carenciales, crónico-degenerativas y lesiones, también presentan este comportamiento desigual. Así, en Milpa Alta 12.2% del total de defunciones son resultado de enfermedades transmisibles, mientras que esta proporción disminuye a 4.9% en Benito Juárez. En contraste, esta delegación presenta porcentajes más elevados de mortalidad por enfermedades no transmisibles (89.5%). La proporción de muertes por lesiones varía de 12.5% del total de defunciones en Cuauhtémoc a 5.1% del total de las muertes en Benito Juárez (López y Blanco, 2004).

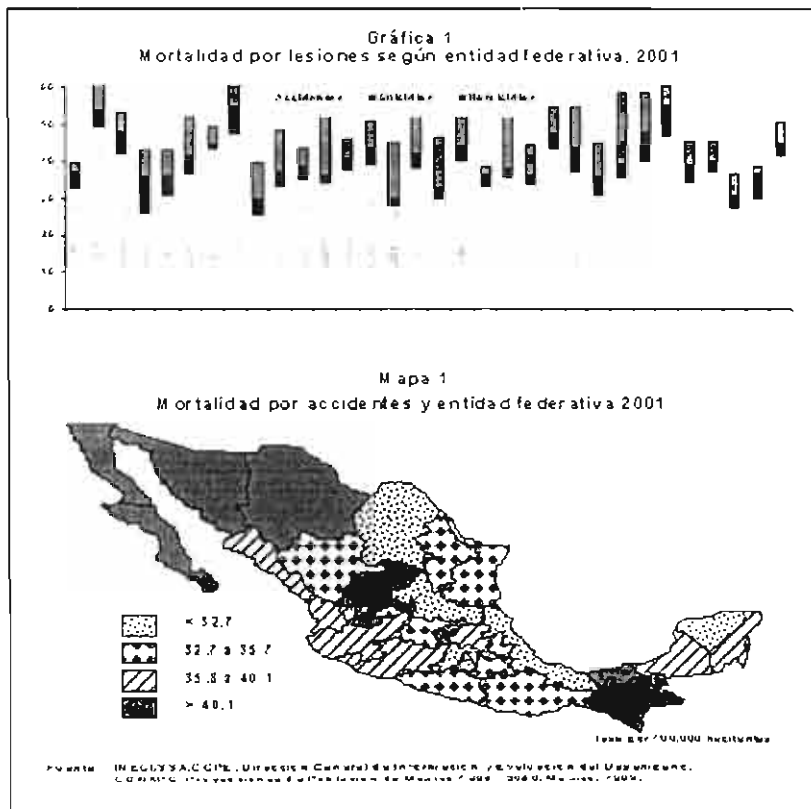
Otros datos importantes en un diagnóstico socio-sanitario se refiere a la complejidad epidemiológica por la coexistencia de enfermedades crónico-degenerativas e infecto-contagiosas; así como por la presencia de lesiones accidentales e intencionales y el incremento de trastornos psicológicos, otros problemas de salud mental y enfermedades emergentes como el VIH-SIDA, que se distribuye en forma desigual entre la población (SSGDF, 2002).

Para hacer frente a la demanda de servicios de salud, la Secretaría de Salud del Distrito federal (SSDF) reconoce en sus documentos programáticos la desigualdad

social y sanitaria de los habitantes de la Ciudad de México y para el 2000-2006 identifica seis desafíos centrales para su política: Mejorar las condiciones generales de salud; Disminuir la desigualdad en salud entre diferentes grupos sociales y zonas geográficas; Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad; Incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido; Disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad e Instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario (SSGDF, 2002). En el análisis de los presupuestos se identifica un incremento sustancial de los recursos locales destinados a la SSGDF, que se incrementan en un 42% en el periodo 2001-2004. Además, el financiamiento local representa el 77% del presupuesto total de la SSGDF, mientras que el 23% corresponde a recursos federales (SSGDF, 2005).

2.2. Violencia

Antes de analizar la situación de la violencia en el DF, es importante resaltar que la violencia es uno de los fenómenos evitables que se ha venido incrementando en los últimos años en todo el país, la Gráfica 1 y el Mapa 1 ilustran la forma como para 2001 el país presenta alta accidentabilidad, un porcentaje constante de suicidios y presencia de homicidios en todas las entidades federales. Hay que decir, sin embargo, que el DF muestra una situación promedio a la nacional y no registra las más altas defunciones por estas causas.



Para el año 2004, el 87% de las tasa de muertes por homicidio en el país correspondió al sexo masculino, juntas las causas de muerte por lesiones y accidentes repercuten de manera significativa en la organización, funcionamiento y costos de los servicios en salud (SSA, 2006). Cuando se presentan lesiones físicas graves, los servicios prehospitalarios y hospitalarios de urgencias son el primer sitio a donde acuden las víctimas. Hajar (*et al*, 1997; *et al*, 2004) muestra en sus trabajos que los costos y suministros de las unidades de urgencias exceden la capacidad de planeación de los sistemas de salud retrasando la efectividad y la capacidad de respuesta del sector.

El Informe Nacional sobre Violencia y Salud de 2006, muestra que la violencia incide en la disminución de capital humano, en años perdidos por discapacidad o muerte prematura, lo cual tiene costos directos en la inversión, la productividad, los consumos y el trabajo en el país. La Ciudad de México muestra una situación

promedio a la nacional en violencia registrada; para el DF., el crimen y los problemas de inseguridad pública se han convertido en una de las principales preocupaciones de los ciudadanos y en fuente de inquietud y de miedo entre sus habitantes (Favela, 2005: 295).

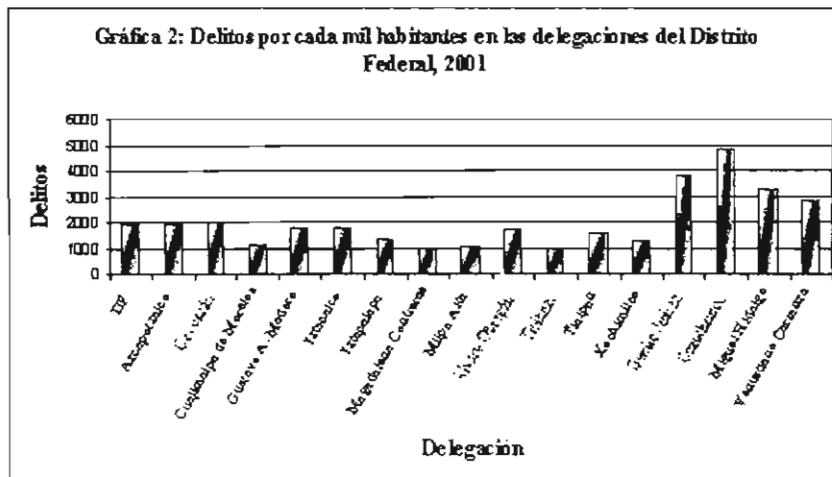
Los índices delictivos en el DF han mostrado según Favela (*Ibid*: 298) una tendencia al crecimiento acelerado a partir especialmente de 1980, duplicándose para 1990, de tal manera que los índices de inseguridad observados en 1997 fueron 115% más altos que los prevalecientes en 1980. De hecho el 5% de los habitantes de la ciudad han sido víctimas de algún delito al año lo que ha conducido al ciudadano promedio a invertir más en su seguridad personal y la de su familia y a cambiar sus patrones de comportamiento en la vía pública. Dice el autor que para 1997, el 48% de los delitos conocidos por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) se cometió de manera violenta.

La preocupación por la violencia en el país es relativamente reciente, sin embargo desde hace dos décadas se está evidenciando mediante encuestas de percepción y seguimiento de registros su prevalencia y crecimiento en la ciudad y en el país. En una de ellas, llevada a cabo en el DF en diciembre de 1997 por el Centro de Opinión Pública (CEOP), se encontró que hasta el año 2000 el 37% de la población entrevistada consideraba a la inseguridad pública como el primer problema de la ciudad, a excepción del año 98 donde la contaminación atmosférica ocupó el primer lugar en las encuestas (*Ibidem*: 300).

Como se puede observar en la gráfica 2, las delegaciones que presentan mayor incidencia delictiva, son también las que menos unidades territoriales¹⁶ marginadas tienen, además de ser las que concentran la mayor actividad económica del DF. En las delegaciones Benito Juárez, Miguel Hidalgo y Cuauhtémoc los delitos son

¹⁶ La Unidad Territorial se conforma por colonias, pueblos, o unidades habitacionales que se caracterizan por sus condiciones físico geográficas, por el nivel socioeconómico de su población, por sus relaciones sociales y por su identidad cultural; en suma es un espacio relativamente homogéneo y articulado en sus condiciones sociales, económicas y culturales (Dirección General de Comunicación Social de la Ciudad de México, 2008).

superiores a los 3.200 por cada cien mil habitantes, mientras que en delegaciones como Tláhuac y Milpa Alta estos índices no superan los 1 100.



Fuente: Favela (2005: 307). *Seguridad pública en la delegación Iztapalapa*. UAM-I.

El actual gobierno perredista del DF., retoma la iniciativa de la Jefatura de Gobierno anterior, también perredista, que consiste en involucrar a la población a través de los Comités Vecinales de Participación Ciudadana, además de crear la figura de las Coordinaciones Territoriales de Seguridad Pública y Procuración de Justicia, cuyo principal objetivo ha sido combatir y prevenir la criminalidad, y procurar e impartir justicia con un enfoque integral que permita reducir la incidencia delictiva a través de planes y programas de prevención. La tendencia delictiva en el DF en 2001, de acuerdo con la Procuraduría General de Justicia en el Distrito Federal, mantuvo la línea descendente que tomó a partir de 1998. En este período, se registraron ante las Agencias del Ministerio Público un total de 171.470 delitos, es decir, con respecto al año 2000, se presenta un descenso del 2.8% (Favela, 2005: 302).

2.3. Servicios para el cuidado de la salud

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 conurbada (SSGDF *et al*, 2004: 34).

El sistema de salud del DF está constituido por tres subsectores que cuentan con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestación de servicios, lo que lo hace un sistema desarticulado y segmentado acorde con la inserción laboral (pertenencia o no a la economía formal) de la población que atiende, así como a su nivel de ingresos (o capacidad de pago): a) sector público para la población abierta no asegurada; b) sector de la seguridad social para personas afiliadas con capacidad de pago (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), y c) sector privado, (SSGDF *et al*, 2004: 34).

El DF concentra gran parte de la infraestructura de clínicas, hospitales e institutos para la población derechohabiente (principalmente el IMSS y el ISSSTE) así como la Red de Institutos de Salud que son de jurisdicción federal. A continuación se señalan parte de sus principales características: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fundado en 1943, es un organismo descentralizado, conformado por aportaciones de los trabajadores, de los patronos y del gobierno. En cuanto a infraestructura para la atención de la salud cuenta en el Distrito Federal con un total de 79 unidades médicas, 47 son unidades de medicina familiar, 18 hospitales, 19 unidades médicas de alta especialidad y 3 unidades médicas de atención ambulatoria (IMSS, 2007).

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fue fundado en 1960, es un organismo descentralizado con administración, personalidad jurídica y patrimonio propio. El ISSSTE comprende 21 seguros, prestaciones y servicios: medicina preventiva, seguros de enfermedades y maternidad, de rehabilitación física y mental, de riesgos de trabajo, de jubilación, de retiro por edad y tiempo de servicio, de invalidez, por causa de muerte, de cesantía en edad avanzada, indemnización global, servicios de atención para el bienestar y

desarrollo infantil, servicios integrales de retiro a jubilados y pensionistas, vivienda y arrendamiento, préstamos a mediano y corto plazo, tiendas y farmacias, servicios turísticos, actividades culturales y deportivas, servicios funerarios, sistema de ahorro para el retiro. En el Distrito Federal el ISSTE divide la ciudad en cuatro zonas donde cuenta en cada una con un hospital regional, un hospital general, una clínica de especialidades, un centro de cirugía ambulatoria, clínicas de medicina familiar, unidades de medicina general, estancias temporales para enfermos de los estados (ISSSTE, 2007).

Los Institutos Nacionales de Salud de México son un conjunto de diez instituciones agrupadas dentro de un subsector del sector de la salud; su ámbito de acción comprende todo el territorio nacional y tienen como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad de tercer y cuarto nivel de atención. Son organismos públicos descentralizados y están regulados por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, coordinados por la Secretaría de Salud a través de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud (SSA, 2003c). La Ciudad de México se beneficia directamente de los servicios de estos institutos pues toda la población puede acceder a sus servicios previa valoración médica de las unidades locales de referencia.

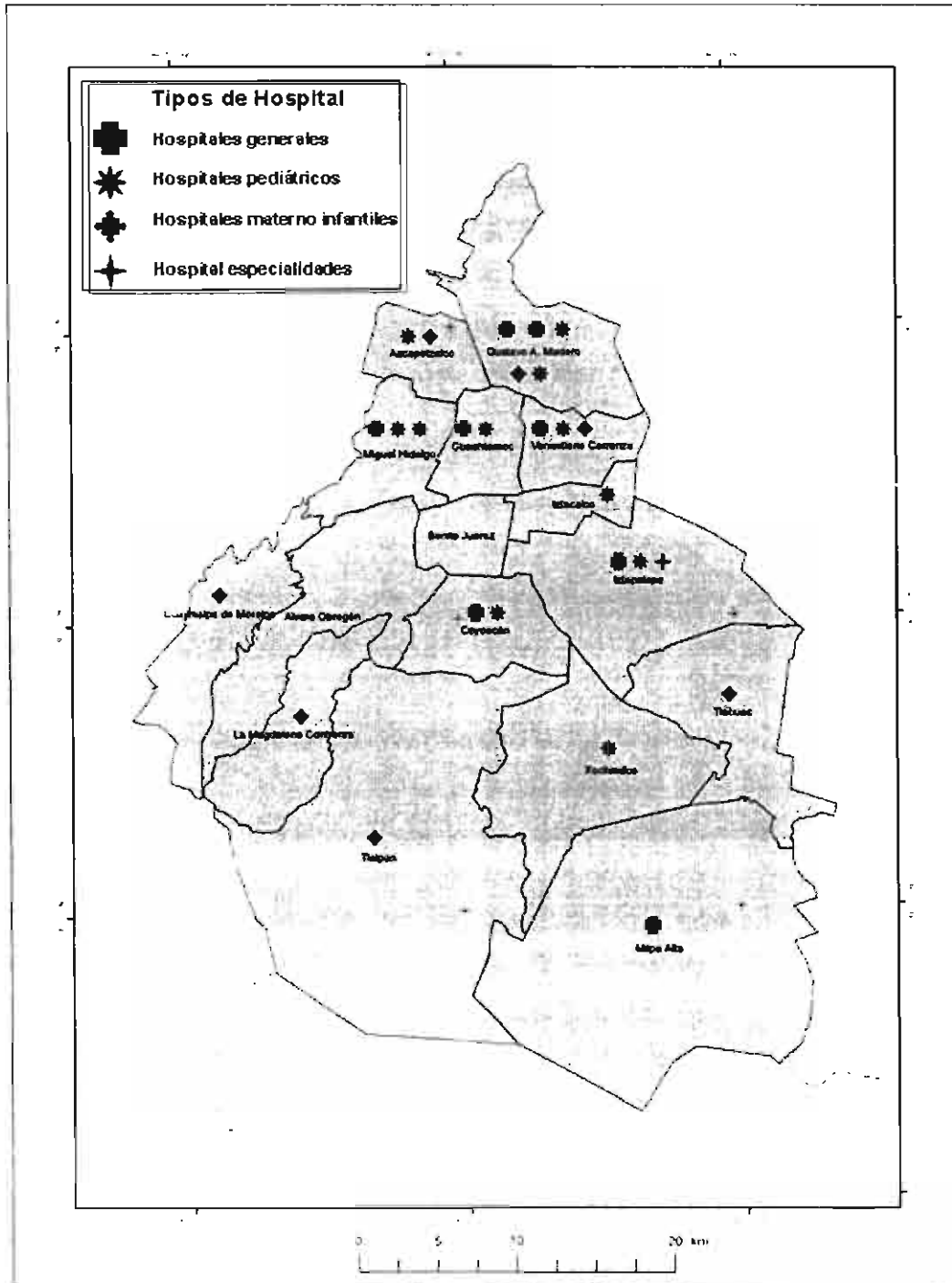
La población no derechohabiente es atendida dentro de la red pública de servicios de salud de la Ciudad de México. En el mapa que se presenta a continuación se representa la infraestructura de servicios de salud en la ciudad, en el se puede apreciar la ubicación y centralidad de los hospitales públicos pertenecientes a la Red Hospitalaria de Atención, no se incluyen en ella las instituciones del IMSS ni del ISSSTE, o los Institutos Nacionales puesto que dividida la ciudad en zonas de influencia la población derechohabiente tiene un sistema de recepción y remisión de casos particular, diferente a la Red Pública que presta atención a población abierta.

2.4. La Red Pública de Atención Hospitalaria en el DF

La infraestructura de la Secretaría de Salud del Distrito Federal está compuesta por los siguientes hospitales, centros y servicios: 27 Hospitales Públicos del Distrito Federal; 1 Centro Regulador de Urgencias Médicas; 16 jurisdicciones sanitarias que tienen funciones técnico administrativas y que abarcan todos los centros de salud de su región por delegación y regula la vigilancia epidemiológica; 211 centros de salud, que se dividen en tres tipos: el T₁ que cuenta con un núcleo básico de médico-enfermeras y trabajadoras sociales, el T₂ cuenta con los seis núcleos básicos más odontología, el T₃ cuenta con los seis núcleos básicos y además rayos X, laboratorio y odontología; 6 clínicas de especialidades, incluyendo a la clínica Condesa orientada a la atención del VIH; 2 centros toxicológicos; 42 servicios médicos en agencias del Ministerio Público; 6 áreas de Servicios Médicos en Reclusorios; La torre médica Tepepan; 3 clínicas comunitarias que tienen servicios médicos preventivos y un área para atención de parto eutóxico y hospitalización (SSGDF, 2007).

Habría que pensarse que el perfil demográfico que tiene ahora la ciudad, interroga la existencia de hospitales maternoinfantiles y pediátricos frente a la evidente demanda de atención de la población mayor; la geriatría es un área que apenas se está empezando a desarrollar en el sistema de salud del DF., siendo muy incipiente su incidencia en la organización de servicios; este es uno de los retos de la administración actual. El mapa ilustra la concentración de los mismos y las coberturas geográficas de la red.

HOSPITALES PERTENECIENTES A LA RED PÚBLICA DE ATENCIÓN DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL



Fuente: Elaboración propia con apoyo de la página (<http://www.salud.df.gob.mx>, consultada en julio, 2007).

Sobre la infraestructura para la atención a la salud se puede afirmar que las delegaciones centrales (Azcapotzalco, Miguel Hidalgo, Benito Juárez y Cuauhtémoc) concentran el equipamiento urbano y de salud en la ciudad y es en estas delegaciones en donde los indicadores de médicos, médicos especialistas, unidades de primer nivel de atención y camas censables por 1,000 habitantes presentan promedios aceptables respecto a los estándares internacionales; sin embargo, el despoblamiento de estas áreas, la transformación de la pirámide poblacional (disminución de la proporción de menores de cinco años de edad, aumento de la población de jóvenes y crecimiento acelerado de adultos mayores) y el predominio de enfermedades crónico-degenerativas, sumada a la baja inversión federal para ampliar y/o transformar las unidades de atención (sobre todo, las hospitalarias que requieren fuertes inversiones) conforman un complejo panorama de inadecuación e insuficiencia de la infraestructura para la atención a la salud y, paradójicamente, una subutilización de los recursos existentes. Se presentan aquí cuatro ejemplos de esta situación proporcionados por López y Blanco (2004).

1. Los hospitales pediátricos que, en promedio, tienen cuarenta años de haber sido construidos, por lo que su ubicación responde a las necesidades de atención médica y a los patrones de poblamiento de esa época; lo que explica, parcialmente, que la ocupación en estas unidades oscile alrededor de 50 a 55%. La demanda de estas unidades se ha trasladado a otras delegaciones que en los últimos años han crecido y se han expandido.
2. 44% de los habitantes de la zona nororiente del DF (delegaciones Gustavo A. Madero y Venustiano Carranza) carece de seguridad social; para esta población se reportan coberturas altas de atención de primer nivel y la disponibilidad de camas censables, es de 1.0 por 1,000 habitantes sin seguridad social, lo cual indica que, en apariencia, los servicios de salud son suficientes.
3. Las delegaciones Azcapotzalco, Miguel Hidalgo, Benito Juárez y Cuauhtémoc, presentan tasas negativas de crecimiento poblacional, con un promedio de -0.86 y concentran al 10% de los adultos mayores de la ciudad. Sin embargo, cuentan con tres hospitales generales, un materno – infantil y cuatro de los once

hospitales pediátricos de la red de servicios del GDF concentrada en una misma zona, lo que explica parcialmente la subocupación de estas unidades.

4. La zona oriente del DF (delegaciones Iztapalapa e Iztacalco) con un total de 2.200.450 habitantes, de los cuales 50.7% carecen de seguridad social, presenta una situación crítica por el déficit de unidades para la atención de su población. En el primer nivel de atención la cobertura global es de menos de 65% y el indicador de camas censables es de 0.2 camas por 1,000 habitantes sin seguridad social, pues sólo existen dos hospitales pediátricos y uno general.

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. Ejemplo de esto es que en 2005 se inauguró el único hospital en los últimos 19 años. 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 resolutive es limitada.

Ante estas limitaciones López y Blanco (2004) señalan el peso del proceso de descentralización imperfecta que se lleva a cabo en el DF y que muestra una entidad jurídicamente dividida con competencias restringidas; Laurell (2006) añade la idea de que se trata de un sistema de salud altamente segmentado; con poca capacidad real de normar y regular el sistema estatal de salud; con falta de competencia en áreas clave como la salud en el trabajo, medio ambiente y economía; y, la inadecuación a necesidades actuales de salud y deterioro institucional multidimensional.

Es un sistema viejo, deteriorado en su planta física y su infraestructura que enfrenta actualmente fuertes cambios organizativos y de estructura de servicios. Para entender mejor por qué se ha llegado a esta situación es importante revisar el origen del sistema con que se cuenta actualmente en la ciudad, punto que se tratará a continuación.

2.5. Referentes históricos de la Red pública de atención hospitalaria del DF

Los servicios de salud para la población abierta del DF se desarrollaron paralelamente en dos organismos, uno dependiente del Gobierno del Distrito Federal (GDF) y otro directamente del Gobierno Federal. Los servicios de salud del GDF tuvieron sus orígenes en diciembre de 1909, con la creación del primer puesto de socorro, llamado entonces Servicios Médicos de la Policía a los que se les denominó "Cruz Verde", cuyo emblema fue utilizado hasta los años setenta. Más tarde se instalaron servicios en los centros de reclusión, cárceles, penitenciarías, reformatorios y correccionales (SSGDF, 2002).

Entre 1933 y 1934 se construyeron otros cuatro puestos periféricos en Balbuena, Santa Julia, Mixcoac y General Anaya, dándole gran importancia a las salas quirúrgicas. En 1935 los Servicios Médicos de Policía pasaron a depender de la Dirección de Asistencia Social y en 1940 se convirtieron en la Dirección de Servicios Médicos. En 1938 se incorporaron tres unidades más: Azcapotzalco, Gustavo A. Madero y Villa. En 1943 se puso en operación el primer hospital llamado "Cruz Verde", al que posteriormente se nombró "Dr. Rubén Leñero". En 1946 en ese mismo hospital se inauguró la Escuela de enfermería y 1957 se construyó la primera sala de cuidados intensivos y recuperación. De 1958 a 1964, estos servicios que se orientaban a la atención de urgencias, ampliaron su acción a la población infantil, creándose la red de hospitales pediátricos en las delegaciones de mayor concentración poblacional. Para la población en general se crearon hospitales de urgencias en Coyoacán (Xoco), Balbuena y la Villa (SSGDF, 2002). En 1970 se inició la operación de los hospitales materno-infantiles en Cuauhtémoc, Milpa Alta, y un año después el hospital "Nicolás M. Cedillo" en Azcapotzalco. En 1973 el servicio de ambulancias se transfirió para su manejo integral al Escuadrón de Rescate de la Policía y tránsito. En 1976 se inauguró el Centro Médico de Reclusorios (*Ibid*, 2002). En 1991 La Dirección General de Servicios Médicos cambió de denominación a Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, en función del compromiso de proporcionar una atención hospitalaria más integral. Sin

embargo, el modelo de atención hospitalaria no se transformó, por lo que cada hospital continuó funcionando en forma aislada (*Ibidem*, 2002).

Paralelamente, los servicios dependientes de la instancia federal se iniciaron con la Dirección de Salubridad en el DF que se creó en el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas (1934 - 1940), en el cual se establecieron centros de salud para beneficiar a la población más desprotegida, con énfasis en la atención materno infantil. En 1946 se inauguró el Centro de Salud Materno Infantil "Maximino Ávila Camacho" y entre 1942 y 1952 se subdividió el DF en 12 distritos sanitarios para coordinar las campañas sanitarias y consolidar las actividades técnicas y administrativas. Más tarde los distritos sanitarios se ampliaron a 16, en correspondencia con el número de delegaciones políticas (SSGDF, 2002). En 1978 se creó el Programa de Atención Primaria en las Áreas Marginadas, en el que se desarrollaron los centros comunitarios T₁ ubicados en zonas de bajo desarrollo económico, atendidos por un médico y por una enfermera. En esta etapa se intentó implantar la estrategia de atención primaria de la salud. En 1981 se desarrolló el Programa de Atención a la Salud en Áreas Marginadas en Grandes Urbes, que dio origen a los centros de salud comunitarios T₂ y T₃ (*Ibid*, 2002). En 1983 el crecimiento de la infraestructura de centros de salud obligó a la organización de cuatro regiones para darle correspondencia territorial a las Jurisdicciones Sanitarias con las unidades hospitalarias. Ese mismo año se publicó en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, que los servicios de salud pública en el DF se constituyeron en un órgano desconcentrado por territorio. En 1988 desaparecieron las regiones por ser inoperantes, ya que incrementaron la estructura central, alargaron los tramos de control y distanciaron al nivel central del nivel operativo, y se consolidaron 16 Jurisdicciones Sanitarias, que corresponden territorialmente a las 16 delegaciones políticas (*ibid*, 2002).

En 1997 se suscribió el convenio de coordinación para la descentralización de los servicios de salud para población abierta del DF, entre la Secretaría de Salud del gobierno federal y el gobierno del DF y se creó el organismo público descentralizado

(OPD) servicios de salud pública del DF que pasó a formar parte de la SSGDF (SSGDF, 2002).

El 28 de diciembre de 1998 se creó la Secretaría de Salud del DF como órgano centralizado de la administración pública del DF, pero el OPD no se integró orgánicamente, por lo que persistía la fragmentación de la atención a la salud en la entidad. Legalmente, al órgano descentralizado le corresponde la conducción de los servicios de primer nivel de atención y, por otra parte, la atención hospitalaria quedó bajo la conducción de la Secretaría de Salud del GDF. A pesar de que desde 1998 se propuso una política de integración funcional de estos dos organismos, ésta se ha visto limitada por las dificultades que implica el tener dos estructuras orgánicas, dos presupuestos, sindicatos diferentes, y por ende, condiciones generales de trabajo distintas (SSGDF, 2002).

Con los tres últimos gobiernos de la ciudad se ha defendido en el Distrito Federal el impulso de la construcción de la ciudadanía social y la gobernabilidad mediante la transformación de la gestión gubernamental, con un gobierno que promueve la democratización y la responsabilidad social; en este sentido, y a diferencia del gobierno federal, la SSDF se plantea el fortalecimiento de las instituciones públicas y la centralidad del financiamiento fiscal como condición necesaria para hacer realidad el derecho a la protección de la salud (Laurell citada por López y Blanco, 2006).

Aunque la política de salud del gobierno nacional y la del Distrito Federal parten de un diagnóstico que reconoce graves problemas del entorno social y al interior del propio sector, hay diferencias sustanciales en las estrategias, programas y recursos para enfrentarlos; el Sistema de Protección Social en Salud, cuya plataforma operativa es el Seguro popular, fortalece la concepción minimalista de la garantía de los derechos sociales y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud; en tanto, en el Distrito Federal se plantea la centralidad de la institución pública y de los fondos fiscales para garantizar el derecho a la protección de la Salud. Esta concepción se plasma en los programas de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores y Servicios Médicos y Medicamentos

Gratuitos para la población abierta instrumentados desde febrero del 2001 (López y Blanco, 2006).

Los problemas persisten pero los cambios para enfrentarlos en la estructura de servicios de la Red Pública de Atención del Distrito Federal ya han empezado a generarse, no sin dificultades pero sí con una concepción ampliada de lo público y de la responsabilidad de las instituciones del estado en la provisión de tales garantías y servicios constitucionales elevadas a derecho. Se verá a continuación la infraestructura disponible para los servicios de salud, sus características y principales problemas.

2.6. Infraestructura física

La mayor parte de los edificios que conforman la red pública de atención hospitalaria en el DF fueron edificios dados en comodato por hospicios que estaban a cargo de órdenes religiosas y que luego de la reorganización del sistema de salud de la capital se incorporaron a la lógica institucional de niveles de atención. Hasta hace pocos años no tuvieron mejoras estructurales y dotación adicional a la ya instalada, la ubicación de estos hospitales ha quedado concentrada en el centro de la ciudad, formando parte del circuito de equipamiento urbano, esto es, cerca de los mercados, tianguis, escuelas públicas y centros de salud de las delegaciones correspondientes.

Los hospitales de segundo nivel en promedio tienen capacidad de albergue para 140 personas en hospitalización divididas por servicios: medicina interna, ortopedia, terapia intensiva, ginecobstetricia, pediatría, cirugía, una sección de consulta externa, una de urgencias generales, una de urgencias de tococirugía, área de medicina preventiva y atención primaria, laboratorio clínico, rayos X, terapia física y respiratoria, psicología, trabajo social, aulas, biblioteca, auditorio, dormitorios, área administrativa, mantenimiento, cocina, lavandería, almacén, anfiteatro, estacionamiento de urgencias y estacionamiento público. Es resguardada cada unidad por personal de seguridad pagado por la delegación correspondiente. Algunas unidades se encuentran en zonas de alto nivel de conflicto, por lo cual se han tomado medidas adicionales de seguridad como rejas y puertas con seguridad

reforzada y restricción de la movilidad de las personas, especialmente en urgencias generales, urgencias de tococirugía, y hospitalización.

2.7. Servicios de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México

A partir de diversos programas implementados en los últimos años se puede ver un mejoramiento en las condiciones de salud: ha habido una disminución en las tasas de mortalidad de 1997 a 2003: infantil en 18% (24 a 19.7); preescolar en 24% (de 0.8 a 0.6); productiva en 20% (3.2 a 2.9) y posproductiva en 8% (52.2 a 48) (Laurell, 2006). A continuación, en el cuadro 14, se aprecian las prestaciones de servicios médicos, así como el incremento que ha habido en los últimos cinco años en cada uno de ellos:

Cuadro 14: Incremento porcentual de las prestaciones de servicios médicos Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2000-2005.

Concepto	2005*	Incremento porcentual 2000 a 2005
Consulta externa	4,892,257	1.5
General	3,606,150	3.4
Especializada ^{1/}	649,166	-0.9
Odontológica	636,941	-5.6
Urgencias ^{2/}	762,812	33.4
Egresos hospitalarios	122,041	35.6
Porcentaje ocupación hospitalaria	68.2	20.9
Hospital de especialidades	39.7	
Hospitales generales	84.9	17.0
Hospitales materno – infantiles	64.6	13.2
Hospitales pediátrico	55.4	25.6
Promedio de días de estancia	4.05	-7.8
Intervenciones quirúrgicas	75,812	78.1
Nacimientos	50,170	62.2
Parto vía vaginal	37,915	58.9
Cesáreas	12,255	73.7
Estudios de rayos X	546,911	35.1
Estudios de Laboratorio	5,224,024	20.2

*preliminar. ^{1/} Incluye consulta especializada y salud mental. ^{2/} Incluye información de hospitales, eventos especializados, sanciones administrativas y centros toxicológicos.
Fuente: Laurell, Asa Cristina (2006). La medicina Social y la práctica de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, UAM-X, México.

Se está aplicando un nuevo derecho social con una pensión alimentaria universal, con servicios médicos y medicamentos gratuitos para adultos mayores de 70 años de edad: 381.000 pensionados con pensión de medio salario mínimo, así como visitas domiciliarias a adultos mayores. Asimismo, se desarrolló promoción de la salud con la temática: "hacia una nueva cultura de salud..." en escuelas primarias y en comisiones de salud de asambleas vecinales, comités locales de salud, etcétera y acciones de servicios colectivos de salud y de prevención. De igual forma, se implementó un programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos para la población no asegurada del DF (aproximadamente de 850.000 a 900.000 familias) (Laurell, 2006). El resultado de estos programas se empieza a reflejar en las estadísticas de atención adelantadas por la SSGDF.

2.8. Personal

El principal contratista de los recursos humanos en salud y educación sigue siendo el estado, desde su conformación se prepara y entrena en diferentes áreas estudiantes de nivel profesional, posgrados y especialización. Salud es uno de los sectores más dinámicos en materia de formación, actualización y calificación y la red hospitalaria del Distrito Federal ha constituido campos amplios de práctica profesional y formación posgraduada; el hospital escuela es la figura que ha permitido la rotación de personal y el mantenimiento de la capacidad de atención médica.

La presencia de estudiantes es habitual en todos los niveles de atención, desde los centros de salud en lo que se llama la práctica comunitaria hasta las rotaciones en áreas clínicas; el contacto en estos espacios empieza desde mediados de carrera para la familiarización del futuro profesional con el ámbito hospitalario. Desde pasantes, internos, residentes se conforman equipos en formación que refuerzan al personal de base adscrito a la SSDF, quien a su vez asume la labor docente. De esta forma se configura un importante sector de trabajo altamente calificado, preparado y con años de experiencia en la prestación del servicio. La gama de especialidades es amplia, en el siguiente cuadro se muestra la distribución y ubicación del personal de toda la Red.

Cuadro 15: Distrito Federal. Recursos humanos por nivel de atención

Personal ^a	TOTAL	I NIVEL	II NIVEL
Total de Médicos	5.419	2.248	2.991
Médicos en contacto con el paciente	4.912	2.191	2.721
Generales	1.498	1.102	396
Especialistas	2.605	718	1.887
Otros ¹	809	371	438
Médicos en otras labores	507	237	270
Enfermeras	6.068	1.957	4.111
Servicios Auxiliares, Diagnóstico y tratamiento ²	969	316	653
Otros profesionales ³	1.602	893	709
Administrativos ⁴	3.597	1.606	1.991
Otro Personal ⁵	2.099	259	1.840
Recurso Humano	19.754	7.459	12.295

¹ Incluye médicos en formación y odontólogos
² Incluye químicos, biólogos, técnicos en odontología, laboratoristas, en rehabilitación, anestesiólogos, radiólogos, histopatólogos, banco de sangre, ingenieros biomédicos, electromédicos
³ Incluye trabajo social, farmacobiólogos, nutriólogos, psicólogos, otro personal profesional, dietistas, estadísticos y promotores de salud
⁴ Incluye administrativos y archivo clínico
⁵ Incluye personal en conservación y mantenimiento, intendencia y otro tipo de personal

Fuente: Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Salud. Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS) actualizado al mes de abril de 2007. Página electrónica www.salud.df.gob.mx

Hay un reconocido déficit de personal médico y no paramédico en el país especialmente en las unidades federativas lejanas del centro; el Distrito Federal al centralizar servicios de la Red, de los Institutos Nacionales y de los mismos centros regionales del IMSS y el ISSTE concentra buena parte de los recursos, aun cuando en su misma planilla estos no estén completos, por eso, a nivel nacional, la gama de profesionales del área asistencia y técnica no médica no es suficiente para la demanda de la población en los centros urbanos; de allí que se reconozca un desabasto en la provisión de servicios de áreas como psicología, terapia ocupacional, respiratoria y física, sin contar especialidades médicas muchas de las cuales no están cubiertas ni siquiera en la misma red pública de atención en la ciudad (Laurell, 2005).

Comparar la situación entre el Distrito federal y toda la República es particularmente útil, se nota en el siguiente cuadro que especialidades como urología, ortopedia, oncología, endocrinología y otras no se encuentran en todas las unidades de atención de la red y de hacerlo, se trata de un especialista para toda la red. Debido al cambio en el perfil demográfico y epidemiológico del país, el aumento de la

diabetes, la obesidad, hipertensión, enfermedades en general crónicas degenerativas, así como el envejecimiento de la población, hay nuevas especialidades médicas como la geriatría que aun no supe las necesidades de una población que demanda servicios y cuya cobertura y atención es cada vez más costosa por el tipo de cuidados que conlleva. Las dimensiones referidas se aprecian en el siguiente cuadro.

Cuadro 16: Personal médico y no médico seleccionado en instituciones del Sistema Nacional de Salud. México y Distrito Federal, 2003, 2004 y 2005

Entidad federativa	Personal médico ^a				Personal no médico	
	Médicos ^b	Odontólogos	Pediatras	Gineco-obstetras	Enfermeras	Personal en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento ^d
2003						
Estados Unidos Mexicanos	116 480	7 042	6 916	6 558	189 747	34 075
Distrito Federal	17 661	1 444	1 266	980	31 651	5 843
2004						
Estados Unidos Mexicanos	124 906	7 165	6 790	6 864	199 835	20 065
Distrito Federal	18 223	1 201	1 272	1 035	30 880	1 708
2005 ^e						
Estados Unidos Mexicanos	134 157	6 893	7 604	5 889	201 036	27 733
Distrito Federal	19 619	1 184	1 308	881	30 954	2 614

NOTA: Los totales incluyen información correspondiente a los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia, que no se desglosan por entidad federativa, por ello, la suma de las entidades federativas no coincide con el agregado de los Estados Unidos Mexicanos.

^a Se refiere a aquellos que se encuentran en contacto directo con el paciente.

^b Comprende médicos generales, especialistas (excluyendo odontólogos) y médicos en adiestramiento.

^c Comprende enfermeras en contacto directo con el paciente y en otras labores

^d Comprende químicos, biólogos, nutriólogos, sicólogos y técnicos en manejo de equipo de diagnóstico médico, entre otros.

^e Excluye la información de SEDENA, debido a que la fuente no proporcionó datos para este periodo.

Fuente: SSA, (2007). Boletín de Información Estadística. Recursos físicos, materiales y humanos. Volumen I. Núm. 23, 24 y 25. México, D.F

Pese a la federalización de los servicios, la concentración de la oferta médica y de atención en salud en el DF es notoria, véase en especial el uso de anticonceptivos y la proporción de partos atendidos por personal médico que muestra el cuadro No 17. habrá que decir por supuesto que los egresos hospitalarios aparecen duplicados para el DF. Respecto a la situación nacional ello se debe a la consulta especializada de cobertura nacional que se encuentra en la ciudad, esto se refleja en la cantidad de médicos, enfermeras y odontólogos, así como la consulta médica disponible. Sin embargo, llama la atención que las consultas prenatales en el DF., sean más bajas que el promedio nacional, en contraste con la alta ocupación hospitalaria que refleja también la saturación de la infraestructura disponible.

Cuadro 17: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud.

Indicadores básicos de salud, 2004					
Recursos Humanos por 10 000 hab.			Recursos Físicos		
Médicos	Enfermeras	Odontólogos	Razón de enfermeras por médico	Razón de camas por 1 000 habitantes	Número de establecimientos de atención ambulatoria
(43a)	(43b)	(43c)	(44)	(45a)	(45b)
DF 28,6	45,6	1,5	1,6	1,9	623
Méx 12,5	19,0	0,7	1,5	0,7	18 658

Indicadores de Recursos y Servicios otorgados Distrito Federal y México					
Razón por 1 000 habitantes		Porcentaje de ocupación hospitalaria	Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil	Consultas prenatales por embarazada atendida	Proporción de partos atendidos por personal capacitado
Consultas	Egresos hospitalarios				
(46a)	(46b)	(46c)	(46d)	(46e)	(46f)
DF 3 411	80,2	71,3	39,0	3,9	109,1
Méx 2 437	45,2	72,7	35,9	5,0	74,2

Fuente: SSA, 2007

La concentración poblacional no es razón suficiente para la concentración de personal, aquí puede evidenciarse no sólo la distribución y la ubicación geográfica desigual de los servicios sino también la cantidad de escuelas de medicina y de profesiones afines respecto al resto del país.

Ante la situación se requiere de servicios reorganizados hacia un sistema que de acceso a toda la población, no sólo de la ciudad, a centros de servicios, sino a la población que viene de fuera. Por esta razón se hace necesario profundizar en la organización de la SSGDF y su propuesta particular –al margen de la directriz federal- para dar respuesta a estas necesidades.

2.9. Organización

La Secretaría de Salud del Distrito federal se encuentra desde sus últimas administraciones implementando una estrategia que garantice el derecho a la protección de la salud desde el fortalecimiento de las instituciones públicas y la centralidad del financiamiento fiscal para la garantía de este derecho, a diferencia de la Secretaría de Salud Federal (Laurell, 2005). Para hacerlo la reestructuración administrativa y técnica que ha desarrollado hasta ahora le ha permitido (SSGDF, 2007):

- *La gratuidad al usar el servicio*, ya que remueve el obstáculo económico para el acceso a la atención oportuna y adecuada. Para ello, se crea al Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos que incluye todos los servicios de la Secretaría, así como los medicamentos del cuadro institucional autorizado y los insumos para la atención. En la atención de urgencias, la gratuidad se extiende a toda la población.
- *Disminuir la desigualdad* establece como prioridad la de dirigir las intervenciones en salud hacia los grupos con más necesidades y canalizar los recursos a las regiones del DF con menos servicios. El compromiso es garantizar a todos las mismas intervenciones, con el criterio de equidad.
- *La promoción y el fomento a la salud*, las actividades de vigilancia sanitaria y epidemiológica y las acciones preventivas, con la participación de comunidades y

grupos organizados son la plataforma del Modelo. Este amplía la cobertura de servicios integrales de primer y segundo nivel y articula una red servicios para la población no asegurada.

- *Reorganización de procedimientos* que aseguren el acceso oportuno al tratamiento requerido así como disminuir la desigualdad en el acceso a los servicios. A través del fortalecimiento de los servicios dándoles mayor resolutivez, reorientando los espacios subutilizados y con la redistribución de recursos materiales y humanos. Para ello es necesario la construcción de nuevas unidades de atención médica, tanto centros de salud como hospitales. Se propone también, la transformación de hospitales materno-infantiles y pediátricos en hospitales generales.
- *La calidad integral del servicio* requiere desarrollar simultáneamente los aspectos técnicos y humanos del tratamiento médico sanitario.
- *Impulsar una cultura institucional de gestión* que priorice la anticipación, la prevención y la planeación en contraposición a la improvisación y la corrección; que fomente los criterios de racionalidad y transparencia en el uso de los recursos y fortalezca el compromiso social de todos los servidores públicos.
- *Promover la creación de comisiones de salud por unidad territorial*, las cuales serán el sostén para construir las condiciones necesarias de una participación informada para la toma de decisiones y el control social a nivel local.
- *Buscar que el financiamiento de la atención a la salud sea equitativo y solidario*. La gratuidad de los servicios y los medicamentos, democratiza la salud al remover el obstáculo económico y contribuye a la equidad y la solidaridad al ser financiada con recursos fiscales.
- *La producción de conocimientos* para desarrollar los procesos de atención y para la instrumentación de nuevas tecnologías; por ello, la enseñanza e investigación en salud son los elementos que soportan la calidad de la atención.

Las estrategias en su conjunto han dado inicio a un vuelco en la tradición de los hospitales públicos de la ciudad, el cambio se ha presentado con algunas dificultades y con altibajos en el desarrollo de cada uno de sus rubros, de tal forma que la SSDF ha impulsado su acción en programas definidos como prioritarios que condensan la

intención y los objetivos de una gestión en salud independiente de la que desarrolla el gobierno federal (López y Blanco, 2006). Estos programas son:

- El programa de apoyo alimentario, servicios médicos y medicamentos gratuitos para adultos mayores, primer paso para la institución de una pensión universal ciudadana. El programa tiene mayor respaldo político y una cobertura legal, al ser aprobado el Derecho a la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de 70 años, por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en 2003.
- El programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos basado en la estrategia de gratuidad que busca la democratización del sistema, universaliza el acceso y garantiza la equidad y solidaridad del sistema.

El Modelo de Atención Ampliada a la Salud MAS tiene un carácter más organizacional y operativo que fomenta la salud y la vigilancia epidemiológica para promover así la atención a través de acciones integradas en salud, algunas mediante programas específicos, que pueden incluso ir en consonancia con las directrices de la Secretaría de Salud Federal, como es el caso de los programas de salud reproductiva o el programa de detección y prevención de la violencia de género. A continuación se analiza el primero de estos, el segundo será materia de mayor análisis y profundidad y formará parte de un segundo capítulo de contexto, dada su importancia y la centralidad en el tema de estudio.

2.10. El Programa de Salud Reproductiva

El marco de desarrollo del Programa Nacional de Salud Reproductiva parte de un programa general más abarcativo que es el Programa de Acción Mujer y Salud (PROMSA), de la Secretaría de Salud federal, que, en 2003, planteó entre sus aspiraciones llegar a un Sistema de Salud que refleje el concepto de equidad de género en su interior lo cual significa que exista una proporción equitativa de mujeres en puestos directivos, donde las trabajadoras de la salud sean beneficiarias de acciones afirmativas que favorezcan su desarrollo humano. Para ello, la Secretaría de Salud debe realizar actividades de sensibilización, capacitación, promoción y difusión del concepto de género al interior del sector salud para que se incorpore la

perspectiva de género en los programas de acción; debe incorporar medidas tendientes a eliminar la discriminación por género en la contratación, propender por el desarrollo laboral del personal de salud y gestionar ante las instituciones de educación media superior y superior la transversalización de la perspectiva de género en los programas de formación de profesionales y técnicos en el campo (SSA, 2002).

El PROMSA, de la Secretaría de Salud, aspira también impactar positivamente las relaciones de trabajo de su personal, debido a las dobles y triples jornadas que su condición genérica les impone, las condiciones de contratación, trabajo, ingreso, capacitación, ascenso y permanencia, y, muy especialmente, la incorporación de acciones afirmativas en beneficio de las mujeres, y procedimientos no discriminatorios de reclutamiento. Como meta, el Programa aspira a capacitar 80% de las funcionarias y de los funcionarios de nivel medio superior en materia de género y equidad en salud, incorporar la perspectiva de género 90% de los programas y contar con un Sistema Nacional de Información en Salud capaz de desagregar 100% de sus reportes por edad y sexo. Para 2006 el avance en la materia en el ámbito del DF era mínimo. El programa contempla un modelo de atención integral en salud, asesoría sobre la NOM190-SSA1999, asesoría y capacitación al personal de salud sobre la violencia de género, su detección y prevención (SSA, 2002). Esta iniciativa es de muy lento desarrollo y a pesar de haberse propuesto desde 2003 apenas ahora se hace evidente su incorporación en las unidades federales y distritales.

Siendo así el reto es doble: incluir la visión de género en el sistema para incidir propiamente en las prácticas institucionales del personal, e incluirla en los modelos de atención y programas dirigidos a la población usuaria de los servicios, situación que como se verá a lo largo de los siguientes apartados representa una tarea mayor para el personal, para la estructura propiamente dicha del sistema de salud, para la población usuaria y para las escuelas formadoras de las profesionales y los profesionales del área. Sin duda amerita el seguimiento al esfuerzo porque en el

trabajo cotidiano no ha habido manera de hacerlo con estos elementos especialmente en el Distrito Federal.

Los programas de Salud Reproductiva actúan en doble dirección: Federal orientados por El Consejo Nacional de Población CONAPO y por la Secretaría de Salud Federal y los programas orientados en la propia SSDF acogiendo los marcos normativos de las directrices federales. En este sentido, la Secretaría de Salud Federal (1996) planteó que para que los derechos reproductivos y sexuales puedan ejercerse, se debe trabajar en dos planos:

1. Identificar los aspectos socioculturales asociados al ser mujer o ser varón que facilitan u obstruyen las posibilidades de atención y cuidado de la salud de la población y que las instituciones de salud refuerzan o debilitan a través del tipo de atención que prestan.
2. Detectar los factores estructurales y personales en la prestación de servicios que reproducen o reconstruyen los estereotipos genéricos y que se traducen en un factor de inequidad para las mujeres o en desventaja en cuanto atención y cuidado de su salud.

Al respecto una investigación de la Secretaría de Salud en 1997, sobre los servicios de salud reproductiva, que entre los objetivos planteó conocer el grado de difusión y aplicación por los prestadores de salud de las normas oficiales relativas a la salud reproductiva, así como a la aplicación de los conceptos de salud reproductiva, perspectiva de género y derechos reproductivos, incluidos en el Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, 1995 – 2000 encontró que 69% de los prestadores desconocían la definición del término 'perspectiva de género', 72% tenía alguna idea sobre el término, 16% definió 'salud reproductiva' con cuestiones no relacionadas con la misma (Castro. 2004: 52). Los objetivos entonces de PROMSA quedan pendientes de materializarse con tareas de capacitación y sensibilización en varios niveles.

En Agosto de 1998 CONAPO evalúa el programa de salud reproductiva de la Secretaría de Salud y encuentra las siguientes necesidades:

- Cambios significativos en el conocimiento y aplicación de la normatividad oficial que rige la prestación de los mismos.
- La necesidad de intensificar las acciones orientadas a difundir el contenido de las normas oficiales de los servicios de salud reproductiva.
- Mejorar la competencia técnica de los prestadores de servicios.
- Fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación.
- Reforzar los procedimientos de consentimiento informado.
- Garantizar una amplia variedad de métodos anticonceptivos en la oferta institucional
- Establecer mecanismos institucionales de seguimiento y evaluación de la calidad de los servicios.

Queda pendiente la actualización del personal en los temas y la inclusión de personal nuevo en la consulta como adolescentes, adultos mayores y hombres, así como desarrollar el área de salud sexual ampliando la información básica más allá de la información técnica de la anticoncepción. CONAPO y la Secretaría de Salud Federal mantienen su labor de difusión de materiales, monitoreo y evaluación de los objetivos del programa de salud reproductiva a nivel nacional con estudios locales donde la SSGDF ha participado, las recomendaciones de las entidades federales aplican por tanto a la situación del Distrito Federal.

En 1999 CONAPO contempló el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana Sobre Planificación Familiar (NOMSPF) acogida por la Secretaría de Salud Federal y la SSDF la cual define las acciones que los prestadores de servicios de planificación familiar están obligados a realizar para garantizar la libre elección informada de los métodos anticonceptivos. Para ello establece que es imprescindible que:

- El prestador de servicios brinde a las usuarias y usuarios información sobre los distintos métodos de planificación familiar (incluidos los métodos naturales), sus mecanismos de acción, sus formas de uso y sus posibles efectos colaterales.

- Las usuarias y los usuarios tienen derecho a expresar sus dudas y a que el prestador de los servicios de planificación familiar las responda comprensible y satisfactoriamente.

Además, cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente (oclusión tubaria bilateral y vasectomía), todas las instituciones o dependencias que presten el servicio están obligadas a recabar previamente su consentimiento informado por escrito. Para garantizar la libre elección informada de los métodos anticonceptivos, las instituciones públicas de salud han realizado una intensa labor de capacitación de los prestadores de los servicios de planificación familiar en orientación-consejería, comunicación interpersonal y consentimiento informado, con el apoyo de diversos materiales educativos como carpetas, guías y trípticos. Para llevar a cabo la capacitación de manera continua se han formado equipos de capacitación para la reproducción en cascada a nivel operativo.

CONAPO (2004) en su evaluación del programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, de El Cairo +10 establece que para incrementar la calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva se requieren:

- La competencia técnica de los prestadores de servicios.
- La información ofrecida y disponible al usuario de los servicios, la calidad de la consejería y la garantía del consentimiento informado.
- Las relaciones interpersonales entre los prestadores de servicios y las usuarias y usuarios de los mismos, así como las condiciones de privacidad, confidencialidad e higiene en que éstos se brindan.
- Los esquemas de seguimiento de las y los usuarios.
- La integralidad de la atención a las necesidades de salud reproductiva de hombres y mujeres.

La insistencia en puntos comunes en las evaluaciones de CONAPO deben resaltarse porque son quizás los puntos donde ha sido más difícil obtener cambios favorables, es decir, son los puntos más complejos de lograr y de trabajar, sigue faltando capacitación específica, formación, sensibilización y entrenamiento en los temas.

Estas evaluaciones representan, para la práctica médica y la aplicación del enfoque de salud reproductiva, los siguientes retos:

- Fortalecer la integración conceptual y operativa de los servicios de salud reproductiva.
- Se hace necesario fortalecer los mecanismos de coordinación y seguimiento para garantizar que en la prestación de los servicios se atiendan las necesidades de mujeres y hombres en forma integral.
- Articular las estrategias de salud reproductiva con los programas de prevención y atención de la violencia de género.
- Fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación para promover los derechos reproductivos y crear una demanda calificada de los servicios.
- Otorgar máxima prioridad a la verificación de la plena satisfacción de los usuarios y de las usuarias.
- Evaluación periódica y la toma oportuna de decisiones en los diferentes niveles de administración de los programas.

CONAPO (2004) insiste en la necesidad de incrementar la participación del varón en el cuidado de la salud reproductiva mediante:

- Difusión del concepto y de los programas de salud reproductiva entre la población masculina, incluida la adolescente, para promover su corresponsabilidad.
- Promoción de los derechos en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción de hombres y mujeres.
- Promoción de la comunicación en pareja y de la coparticipación del hombre en la toma de decisiones reproductivas.
- Capacitación en la materia al personal operativo.

Las recomendaciones de CONAPO y de la Secretaría de Salud a nivel federal, han sido acogidas por la SSGDF, adoptadas como políticas y directrices de trabajo, en los siguientes capítulos se analiza en detalle lo que ha pasado tanto en materia de salud reproductiva como en materia de prevención y detección de la violencia de

género –eje central de este trabajo- para saber los alcances de la normatividad en la práctica institucional del personal de salud, así como de los principios que los inspiran.

Es importante resaltar la coincidencia en el sentido de las recomendaciones tanto de la Secretaría de Salud como de CONAPO en puntos comunes donde se estima que el esfuerzo realizado no es suficiente o al menos es incompleto, dando como resultado que se avance en la norma pero haga falta avanzar en los hechos.

El recorrido realizado por todo este capítulo plantea elementos descriptivos que dan cuenta de la situación general de la ciudad y de las condiciones en las cuales se encuentra para hacer frente a las necesidades de salud y de atención que tiene la población; sin pretender ser exhaustiva, la revisión provee un panorama que marca el derrotero de las instituciones de salud, los retos y dificultades, así como las necesidades apremiantes del sistema de responder adecuadamente no sólo a la norma, a los convenios, políticas y programas que el país firma internacionalmente; sino a los requerimientos que le plantea su propia población, cuya situación requiere esfuerzos conjuntos, continuos y de largo aliento.

El siguiente capítulo da paso a la reflexión nodal de la ciudad frente a la violencia en general y la violencia de género en particular desde el marco normativo, político y programático que constituye a su vez el contexto de reflexión de las situaciones observadas en la institución hospitalaria de segundo nivel, tejiendo así el fondo desde el cual se lee la realidad de la práctica del personal de salud en su trabajo cotidiano.

CAPÍTULO IV

LA REVISIÓN DEL PROCESO DESDE EL ORIGEN DE LA POLÍTICA HASTA EL PROGRAMA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL DISTRITO FEDERAL

Este capítulo presenta la norma que da origen al programa de detección y prevención de la violencia de género que la Secretaría de Salud del Distrito Federal lleva a cabo en la actualidad. Para hacerlo se plantea primero la referencia internacional que muestra el contexto desde el cual surge el compromiso de México como país de formular la elaboración de un programa específico en la materia. En segundo lugar se hace el recorrido del programa desde su origen hasta la actualidad de forma cronológica hasta ahora, lo cual permite abordar el problema del registro y de la invisibilización de la violencia de género como dos elementos claves y decisivos en la puesta en marcha del programa. Este proceso busca ofrecer una lectura intencionada que ponga relevancia en los acuerdos, las normas, las políticas y los programas en la materia para poder entonces en el siguiente capítulo identificar los escollos, las contradicciones, las dificultades, las limitaciones, las carencias y las posibilidades para su desarrollo en la práctica institucional del personal de salud encargadas de llevarlo a cabo.

Para la elaboración de este recorrido se recurrió a la revisión de documentos oficiales federales y locales, de acuerdos internacionales, investigaciones sobre el tema, evaluaciones y seguimiento realizados por instituciones oficiales y organizaciones sociales que en documentos institucionales remiten al proceso de creación de la política y a otras revisiones parciales que, en su conjunto, permiten reconstruir un contexto normativo ineludible con el cual se pueda emprender posteriormente el acercamiento al campo observado en una institución hospitalaria perteneciente a la red pública de atención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

1. Disposiciones internacionales sobre violencia de género

Como punto de partida del marco normativo internacional se ha planteado necesario partir de la noción elemental del derecho a la salud para hablar de la violencia de

género. El derecho a la salud, ha sido invocado en la Observación General No 14 adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 22º período de sesiones que en el año 2000 reconoce todas las formas y dimensiones de este derecho que compromete (ONU, 2003): disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, acceso a la información, aceptabilidad, calidad. De particular importancia en el derecho humano a la salud es la obligación del Estado de garantizar niveles esenciales del derecho, aun en periodos de limitaciones graves de recursos, y la obligación de progresividad y su correlativa prohibición de regresividad, pues -en esta área en particular- no es posible reparar el daño cuando por el rezago en la entrega de servicios de salud o la insuficiencia de insumos y equipo, las personas pierden la vida o sufren daños irreversibles en su condición de salud.(Alto Comisionado DH México ONU, 2003).

Ya desde la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995 se señaló que en las políticas y programas de salud a menudo se perpetúan los estereotipos de género y no se consideran las diferencias socioeconómicas y otras diferencias entre mujeres, ni se tiene plenamente en cuenta la falta de autonomía de la mujer respecto de su salud. La salud de la mujer también se ve sujeta a discriminaciones por motivos de género en el sistema de salud y por los servicios médicos insuficientes e inadecuados que se prestan a las mujeres. De allí que la Conferencia haya reparado en los aspectos relacionados con la violencia hacía las mujeres y haya recomendado:

- Desarrollar los conocimientos y propiciar la comprensión de las causas, las consecuencias y los mecanismos de la violencia contra las mujeres entre los responsables de la aplicación de esas políticas, como los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, los miembros de la policía y los asistentes sociales, el personal médico y el personal judicial.
- Establecer estrategias para impedir que las mujeres víctimas de la violencia vuelvan a sufrirla por la prescindencia del género en las leyes o en las prácticas de aplicación de la ley o los procedimientos judiciales.

Dadas las evidencias de la falta de condiciones de respeto, de confidencialidad, y de privacidad de la atención, así como el suministro de información incompleta y poco detallada sobre opciones y servicios al alcance de las usuarias y los usuarios se propone una política activa y visible que integre la perspectiva de género al manejo y abordaje de la salud en todas sus políticas y programas.

Un punto clave discutido en la Conferencia de Beijing se relaciona con asegurarse que, todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de salud respeten los derechos humanos y sigan normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a las mujeres, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta. Para que esto sea posible se hacen recomendaciones tanto en la instancia laboral propiamente dicha, como al sistema educativo de formación profesional del área, con los siguientes puntos entre otros:

- Adoptar normas que garanticen que las condiciones de trabajo, entre ellas la remuneración y el ascenso de las mujeres a todos los niveles del sistema de salud, no sean discriminatorias y se ajusten a pautas justas y profesionales, con el fin de permitirles trabajar con eficacia.
- Garantizar que los programas de las facultades de medicina y otros programas de formación sanitaria incluyan cursos sobre la salud de las mujeres, obligatorios y que tengan en cuenta los aspectos relacionados con el género.

Por su parte, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en su recomendación 24 anexa a la CEDAW¹⁷, que trata en su artículo 12 de la Mujer y la Salud, estipula claramente que los Estados partes –en los cuales está México- deben garantizar:

¹⁷ Traduce por sus siglas en inglés Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. El 18 de diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 tras su ratificación por 20 países. En 1989, décimo aniversario de la Convención, casi 100 naciones han declarado que se consideran obligadas por sus disposiciones. La Convención fue la culminación de más de 30 años de trabajo de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, órgano creado en 1946 para seguir de cerca la situación de la mujer y promover sus derechos.

- a) La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos contra las niñas, y la prestación de los servicios sanitarios apropiados.
- b) La capacitación del personal de salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género.
- c) Los procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes al personal de salud culpable de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes.
- d) Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de las mujeres, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa.
- e) Velar porque los programas de estudios para la formación del personal de salud incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de las mujeres sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género.

Una de las primeras alusiones internacionales que se hacen a algunas formas de violencia de género aparece referenciada justamente por el Comité de Expertas de la CEDAW (Comité de expertas..., 1992) y se refiere al hostigamiento sexual considerado una práctica discriminatoria cuando las mujeres tienen motivos suficientes para creer que su negativa les podría causar problemas en relación con su trabajo, incluso con la contratación o el ascenso, o cuando crea para ellas un medio de trabajo hostil. De allí que sea imperativo introducir programas de educación e información pública que ayuden a eliminar prejuicios que obstaculizan la igualdad entre géneros (recomendación No 3, 1987).

De acuerdo con la OPS (2002), la violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación; la noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan; ello puede explicar en parte la dificultad del personal médico de identificarla en consulta o diferenciarla en su contexto de trabajo. Por otra parte, la violencia contra las mujeres tiende a ser crónica y prolongada, suele tener como objetivo no la aniquilación sino el control, se asocia frecuentemente con abuso sexual, se notifica y se registra con mucha menor frecuencia y muy a menudo es tolerada por la ley y la costumbre y, no pocas veces, justificada en ocasiones por el mismo personal de salud.

Para el documento oficial sobre Violencia de Género de la OPS de 2003, el 95% de las trabajadoras mexicanas informaron haber sido víctimas de acoso sexual. Frente a la problemática se propone proporcionar a las víctimas el acceso a unos medios de reparación justos y eficaces y a una asistencia especializada, incluida la asistencia médica; teniendo en cuenta, entre otras cosas, datos desglosados por sexo sobre las causas y efectos de la violencia contra las mujeres, para el personal judicial, jurídico, médico, social, educativo, policial, correccional, militar, de mantenimiento de la paz, de socorro humanitario e inmigración con el fin de evitar los abusos de poder que conducen a la violencia contra las mujeres y de sensibilizar a dicho personal acerca del carácter de los actos sexistas y las amenazas de violencia con miras a conseguir un trato justo de las mujeres víctimas¹⁸.

Con estas consideraciones de base resulta pertinente revisar para el caso de México la forma como se logra llegar a estructurar el programa específico de prevención y detección de la violencia de género que de cumplimiento a los compromisos que el país contrajo al firmar los convenios de la CEDAW y de las conferencias mundiales de El Cairo y de Beijing; de ello se ocupa el siguiente apartado.

¹⁸ Este protocolo debe ser no sólo aplicado a la población usuaria del servicio, sino que incluye al mismo personal de salud afectado por este problema, situación que se ha manifestado en el proceso mismo de capacitación sobre la violencia de género en la Secretaría de Salud del DF donde el personal lo ha manifestado abiertamente.

2. Violencia de género como programa de salud

A más de la voluntad internacional planteada por las Conferencias mundiales de El Cairo y Beijing y las recomendaciones de la OPS, la ONU y la CEDAW revisadas en el apartado anterior, hay que sumar el esfuerzo de la movilización social representada en el movimiento social de mujeres y en las organizaciones no gubernamentales ONG que han permitido mediante su gestión, presión y presencia la materialización de las voluntades y compromisos firmados por los países en programas y políticas de tratamiento detección y prevención de la violencia de género con aplicabilidad y recursos concretos que lo hacen posible. De las ONG que luchan contra la violencia en México surgió la demanda de que el Estado la convirtiera en parte de la agenda de salud pública y que prestara servicio específico al respecto.

Como se ha planteado en el primer capítulo, la violencia de género tiene su origen en una variedad de aspectos culturales relacionados con la construcción de la identidad femenina y masculina, la asignación de roles diferenciados y excluyentes para hombres y mujeres, así como la valoración discriminada de la feminidad y la masculinidad; esto ha llevado al desarrollo de formas coercitivas de control y segregación, las cuales se manifiestan en una amplia gama de acciones, entre las que se encuentran las expresiones violentas; no hay que perder de vista que la mayoría de las veces las personas en mayor riesgo de ser receptoras de violencia son las mujeres, las y los menores, las ancianas y los ancianos y las personas con discapacidad, hombres y mujeres (León, 1992).

Por desgracia, no existen datos confiables sobre violencia intrafamiliar en México. En parte porque las víctimas se niegan a dar información, por vergüenza, culpa o por considerarlo un asunto privado. De otra parte, para 2001 los datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) sólo se refieren al Distrito Federal; según ellos, uno de cada tres hogares sufre algún tipo de violencia intrafamiliar, siendo las víctimas con mayor frecuencia las esposas. quienes muchas veces reproducen la conducta agresiva con sus hijas e hijos. De acuerdo con el INEGI, se sabe que entre los tipos de violencia prevalece el maltrato emocional,

seguido de las intimidaciones, la violencia física y el abuso sexual. En lo referente a consumo de alcohol, éste es bastante alto en toda la población, pues una de cada dos personas tiene el hábito de consumir bebidas alcohólicas, acercándose la proporción de bebedores a la de bebedoras, 52.9% frente a 47.1% (Maya, 2004).

En la práctica del apoyo a las mujeres víctimas de violencia se identificó, por parte de las ONG que las atiende, que en la mayor parte de los casos, la problemática requiere de un conjunto de intervenciones que incluyen recursos emocionales, jurídico-legales y médicos para su resolución. Se juntaron experiencias en el ámbito de procuración de justicia y de apoyo a las mujeres y se identificó que, justamente, el hecho de que el recurso principal para la resolución de casos es, precisamente, la capacidad de transformación de la mujer que busca ayuda, porque es su capacidad de verse como sujeto de derechos lo que en verdad le permite transitar por el difícil camino de la desarticulación de la violencia, estuviera o no de por medio el proceso legal.

La inoperancia de las leyes, la ineficiencia y corrupción del sistema legal y la mirada androcéntrica y misógina de los fiscales, defensores de oficio y jueces conjuntaban un cuadro que hacía parecer los intentos de resolución jurídica más bien en intentos heroicos de procuración de justicia¹⁹. Mediante el apoyo emocional individual o en grupos de reflexión se identificó que la resolución de una situación de violencia doméstica no significaba el tratamiento jurídico de un hecho violento, sino la desarticulación de las formas de relación que impedían a las mujeres que vivían en estas situaciones actuar para contener y modificar o salir de la situación violenta (Saucedo, 2002).

A continuación se hace una revisión cronológica del proceso que permite reconstruir los esfuerzos realizados para superar esta situación y entender así el camino

¹⁹ Un ejemplo elocuente de esta situación lo forma sin duda el caso de Lydia Cacho, periodista que denunció las redes de pederasta existentes entre empresariado y clase dirigente de los estados de Quintana Roo y Puebla con el concurso y beneplácito de las autoridades gubernamentales. La periodista sufrió la violación a sus derechos fundamentales, arrestada fuera de todo orden legal, sometida a abusos y tortura de parte de agentes del estado quienes fueron eximidos de toda culpa mediante un lamentable fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en Diciembre de 2007.

recorrido por la política pública y con el programa específico de detección y prevención de la violencia de género, con que cuenta actualmente el país y específicamente el Distrito Federal.

1975 a 1983. Considerada por Marta Torres (2004b) como la primera etapa de la lucha, se privilegió la denuncia de la violencia sexual; el objetivo en este momento era resignificar la violación como cuestión pública y combatir pactos sociales de aceptación tácita al ejercicio de la violencia. Uno de los primeros grupos fue el Movimiento Nacional de Mujeres (MNM) que en 1974 definió como prioridades el aborto libre y gratuito, la lucha contra la violación y el trabajo con mujeres golpeadas. Estos tres puntos constituyeron el Plan de Acción de la Coalición de Mujeres Feministas que se formó en 1976.

En México, complementa Valdés (2004a), la Coalición de Mujeres Feministas, como primera instancia unitaria del movimiento, aglutinó a los grupos existentes en torno a tres ejes:

- La lucha por la despenalización del aborto.
- La lucha contra la violencia a las mujeres.
- La libre opción sexo-afectiva.

La irregularidad e inestabilidad financiera de los primeros programas que se ofrecieron para la atención de mujeres maltratadas derivó en la imposibilidad de ofrecer servicios integrales para la atención, como apoyo legal, médico, psicológico, servicio de albergue, atención para menores, para población con necesidades especiales como personas con discapacidad, personas mayores y hombres violentos²⁰.

1979. se crea el Centro de Atención a Mujeres Violadas (CAMVAC), el primer grupo que trabajó en la atención directa a mujeres víctimas de violación, principalmente

²⁰ Es importante en el proceso de conformación de políticas tener en cuenta la multicausalidad y complejidad del problema de la violencia, atribuida a la construcción y valoración sociocultural de los géneros y a las asimetrías entre hombres y mujeres que se exacerban en condiciones de pobreza, uso de alcohol y drogas.

dando apoyo emocional y, en algunos casos, a partir de 1981, acompañamiento en el proceso legal.

El contexto internacional favoreció la proliferación de nuevos espacios de atención a la violencia desde diferentes ámbitos. El *boom* de los años noventa muestra la aparición de nuevos actores en el escenario de la atención a diversos aspectos de la violencia doméstica, entre los cuales se ubican esfuerzos en el sector judicial, el legislativo, el académico y, finalmente, en el sector salud. A continuación se hará un recuento de los esfuerzos que se han desarrollado en el país para la atención de esta problemática, retomando justamente a Valdés (2004a).

1981. La primera organización que surge en el país para atender casos de violencia doméstica Centro de Apoyo a la Mujer (CAM) en Colima, como Colectivo Feminista Coatlicue. En colaboración con la Procuraduría del Estado. Hasta la fecha el CAM ofrece servicios legales, médicos y psicológicos a mujeres maltratadas y víctimas de violencia sexual, ha realizado también investigación, para la fecha se estima, según el CAM, que en Colima 7 de cada 10 hogares las mujeres eran víctimas de abuso por parte de su pareja.

1983. Se crea el Colectivo Feminista de Colima. Con el gobierno del estado crea el Centro de Apoyo a la Mujer, estableciendo un espacio del gobierno, pero a cargo de un grupo feminista. El CAM tiene cuatro secciones de servicio: médica, jurídica, psicológica y de trabajo social. Desde el primer año de funcionamiento el mayor número de casos es de mujeres maltratadas y sólo aproximadamente el diez por ciento se refieren a casos de violencia sexual. En 1998 el Colectivo Feminista fue el principal motor de reformas legales en materia de violencia doméstica.

1988. Cinco años más tarde surge el Centro de Orientación y Apoyo a Personas Violadas, en el Distrito Federal (COAPEVI) de un convenio celebrado entre la Secretaría de Protección y Vialidad, el Movimiento Nacional de Mujeres, el Grupo Interdisciplinario de Sexología, el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Abuso Sexual, de la ENEP de Iztacala y un grupo autónomo de mujeres llamado La Colectiva. El convenio funcionó entre 1988 y 1990. Inició trabajos

para dar apoyo a las víctimas de violación; contaba con médicas, psicólogas, trabajadoras sociales y asistentes feministas, categoría creada *ex professo* para garantizar el sello ideológico del proyecto. A diferencia de lo ocurrido en Colima, operó el convenio en las instalaciones de la policía, por seguridad del personal y de las víctimas para preservar el anonimato. Con el consabido cambio sexenal las necesidades de las organizaciones creadas por el Estado las hicieron insostenibles y se decidió incumplir el convenio y no renovar el contrato. En dos años se atendieron cerca de 320 casos de violación y, además, había orientaciones generales sobre casos de estupro y atentados al pudor; lo interesante es que hasta la misma policía empezó a usar el servicio. Al COAPEVI asistían muchas mujeres adultas, a las agencias muchas adolescentes y niñas. Torres (2004b) señala que ambas experiencias, CAM y COAPEVI, tienen en común:

- La presencia de un grupo feminista promotor del proyecto que establece la vinculación con la instancia estatal.
- Los funcionarios tienen ya una sensibilidad sobre el tema gracias al trabajo previo de concientización de parte de las mujeres.
- Existe voluntad política de poner en marcha un centro de atención para mujeres, aunque ya se hable no de mujeres, sino de personas, lo que no es gratuito ni desinteresado, sino que se inscribe en prácticas clientelistas que caracterizan el hacer del sistema político mexicano.

A diferencia del COAPEVI, el Colectivo Feminista de Colima eligió al personal que laboraría en el Centro; fue creado directamente por la gobernadora del estado; en el COAPEVI se contrató personal ya rechazado en otras áreas por ineptitud, negligencia, impuntualidad, etcétera, tenía una adscripción en un nivel más bajo en el organigrama institucional. En Colima se logró el apoyo de otras organizaciones de mujeres dentro y fuera del estado, el COAPEVI estaba incluso desprestigiado dentro del movimiento, además, las organizaciones que firmaron el convenio no constituían un núcleo sólido que pudiera encabezar protesta alguna, tampoco solicitó apoyo de otros grupos, su estructura interna y los problemas de personal terminaron generando un enorme desgaste. La experiencia terminaría demostrando que si

realmente se quiere avanzar en la lucha contra la violencia es necesario aprovechar los recursos del Estado y la experiencia de las organizaciones, con lo que habría cierta garantía de que se adoptara un enfoque de género.

1984. Producto de una escisión en CAMVAC surge la Asociación Mexicana, también llamada Colectivo, de Lucha Contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC), sin duda, la ONG con mayor presencia pública y más experiencia en el trabajo con mujeres que sufren violencia. Esta Asociación es un organismo no gubernamental que tiene como objetivos:

- Dar apoyo y orientación a sobrevivientes de abuso sexual.
- Reproducción de la experiencia para multiplicar los recursos empleados en la lucha contra la violencia.
- Proponer modificaciones a la ley.
- Promover cambio de actitudes frente a la violencia de género, entre las que se incluyen violación, violencia intrafamiliar y hostigamiento sexual.

En general, brindan diversos servicios: médicos 5% de los casos a través de canalización, legales 60%, y ayuda emocional 60%. (González, Azaola y Duarte, 1993). COVAC inició una serie de investigaciones en las cuales conjugó planteamientos teóricos sobre la violencia contra las mujeres, aspectos formales de la legislación y mecanismos de su aplicación a casos concretos, en donde se advierte la ideología que devalúa a las mujeres como sujetos y descalifica sus palabras y acciones. Analizando los obstáculos legales concretos que tienen que enfrentar las víctimas, sea ante el ministerio público –en los casos de denuncia penal- o ante los jueces familiares, esta organización ha abordado el papel de la violencia en un marco más amplio vinculándolo a aspectos como la democracia y el desarrollo (Torres, 2002). El total de personas atendidas, mujeres y menores, tanto por CAMVAC como por COVAC, hasta septiembre de 1985, era de 200. El servicio era fundamentalmente de apoyo psicológico y en menor medida asesoría legal. Entre 1991 y 1994 se registraron únicamente 473 casos, lo que da un promedio anual de 158 casos, elevando considerablemente los costos de atención. COVAC ha

participado en las últimas conferencias internacionales sobre la mujer, en diversos congresos nacionales e internacionales sobre el tema de violencia de género, ha promovido las reformas penales sobre los delitos sexuales en 1990 (Torres, 2004b).

1987. El Centro de Investigación y Lucha Contra la Violencia Doméstica A.C. (CECOVID) surge en 1987 en la Ciudad de México. De 1989 a 1992 atendió un total de 343 casos de mujeres maltratadas, un promedio anual de 114. De un análisis de los expedientes clínicos se obtuvo la siguiente información:

- En el 75% de los casos las mujeres colaboran con el sostén económico de la familia; sólo una de cada cuatro era completamente dependiente de la economía del marido.
- Una de cada nueve tenía nivel de licenciatura y una de cada 24 era analfabeta; la mayoría tenía estudios medios (secundaria o nivel técnico).
- Una de cada nueve había intentado suicidarse.
- La mayoría se casó por presiones familiares o sociales, pero sin el deseo explícito de unirse a esa pareja.
- El 80% experimentó abandono, discriminación, rechazo en la infancia por parte de la familia.
- Muchas mujeres refirieron deterioro físico en diversos grados, que coincidía con el desarrollo de la relación de maltrato.

En contra parte, mujeres que lograron salir de la relación de abuso, señalaron que lo primero que recuperaron fue la salud (CECOVID, 1992). Esta organización deja de funcionar en 1995 y se deriva de ella un programa de acción contra la violencia doméstica (PACVID) en la ciudad de Cuernavaca, que se propone investigación, impartición de talleres, participación en la negociación con el Estado para el impulso de políticas públicas a favor de la protección de sobrevivientes de violencia. Este grupo también conocido como Kollantai surge como un proyecto para brindar atención psicológica a mujeres maltratadas y, a largo plazo, crear un albergue temporal para ellas y sus hijos. En 1988 CECOVID establece contacto con la Coalición Nacional contra la Violencia, en EUA, y obtiene recursos para hacer una

investigación en Nezahualcóyotl; para 1991 ya daba terapia individual, había formado algunos grupos de niños niñas y adolescentes hijos e hijas de mujeres maltratadas. Sosteniendo el principio de autonomía no hizo cercanía con entes gubernamentales aunque sí participó en encuentros feministas nacionales e internacionales.

Para inicios de la década de los noventa se empieza a trabajar con el concepto de *desestructuración de la violencia* que tenía como eje investigar las relaciones de dominación en el ámbito cotidiano y de las relaciones de pareja²¹. La reflexión sobre los conceptos de poder-subordinación en el análisis de la violencia doméstica incluyó el reconocimiento de que el poder que se ejerce para mantener a las mujeres en una posición subordinada no se encuentra única y exclusivamente en el Estado y sus instituciones, que se ejerce más por quien lo posee y que su capacidad de reproducción depende de la articulación que existe en los ámbitos en donde es ejercido por los sujetos que aceptan una forma particular de imagen sobre el orden social y el lugar que deben ocupar las mujeres, principalmente sacerdotes, psicólogos, educadores, médicos y abogados (Saucedo, 1990, 2002).

1990. El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) fue el Primer Centro de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal especializado en la atención de estos casos. Su volumen de demanda ha venido en aumento; en 1993, 4055 casos fueron atendidos de los cuales 90% eran mujeres cuyas edades fluctuaban entre 21 y 40 años; 42% eran amas de casa, en 81% de los casos el cónyuge fue el agresor. En 1995 CAVI atendió 18646 personas, 51 en promedio diario; para 1996 se atendieron 19403, promediando 53 atenciones diarias.

1993. Se crea la Asociación para el Desarrollo Integral de las Personas Violadas (ADIVAC) que brinda atención profesional especializada a mujeres y menores de edad que han sido agredidos sexualmente, especialmente apoyo psicológico,

²¹ Ese análisis retomó conceptos de subordinación y de poder y poder y normatividad de Foucault. Kate Millet (1975) partiendo de un enfoque sociológico elabora como hipótesis: la subordinación de las mujeres es el resultado de un ejercicio de poder múltiple que estructura relaciones de dominio y subordinación basados en dos principios fundamentales, la prioridad del varón sobre la hembra y del macho mayor sobre el menor. El poder, rectifica la autora, había sido relativamente invisibilizado y no suficientemente explorado en su relación con la discusión de la diada dominación-subordinación en el espacio doméstico.

atención médica y cursos de capacitación para prevención de la violencia sexual para mujeres, menores de edad, profesionales y estudiantes. ADIVAC ha colaborado en algunos proyectos con la Procuraduría del Distrito Federal.

1993. La Coordinadora Juarense en Pro de la Mujer se crea en Chihuahua para la defensa de los derechos de las mujeres en el estado de Chihuahua; surge en un momento coyuntural para denunciar los crímenes cometidos contra las mujeres en Ciudad Juárez, mantiene estrecha relación con las familias de las mujeres asesinadas presionando conjuntamente para la constitución de una fiscalía especial para el esclarecimiento de los crímenes y ha fungido como un órgano de vigilancia de las instancias gubernamentales.

Como se puede apreciar, en un principio CAMVAC tiene como principal objetivo la denuncia y la visibilidad del fenómeno de la violencia sexual, COVAC defendiendo el principio de autonomía tuvo como particularidad el incorporar a los hombres como integrantes de la Asociación y, posteriormente, como un espacio de reeducación de hombres violentos, de donde surge años más tarde el proyecto que daría lugar a la conformación del Colectivo de Hombres por las Relaciones Igualitarias (CORIAC)²².

COVAC y CECOVID tuvieron una función de contención que no debe minimizarse en un momento cuando no había servicio alguno proporcionado por el Estado para atender la problemática. La situación de las mujeres maltratadas no ocupaba sitio alguno en la agenda pública ni en la legislación. En una etapa inicial, cuando el tema apenas empieza a salir a la luz pública, la demanda de servicios especializados no se manifiesta con mucha fuerza, (Torres, 2004b).

La cantidad de usuarias de las ONG no se ha modificado sensiblemente con la apertura de espacios gubernamentales, lo que significa que los costos de operación siguen siendo bastante altos. Las dificultades financieras han impedido el crecimiento de las organizaciones; mientras existen recursos de las financiadoras internacionales

²² A la fecha CORIAC ha terminado sus labores como colectivo y ha fundado tres instituciones diferentes orientadas todas a trabajar con hombres violentos, desarrollar procesos pedagógicos de prevención de la violencia en varones y atender procesos en crisis y a colectivos interesados en trabajar el tema.

pueden gozar las prebendas de la bonanza, pero no logran consolidar una estructura que les permita prescindir del financiamiento. Finalmente, cuando existe un objetivo tan preciso y bien delimitado como el de la Coordinadora Juarenses el trabajo puede ser mucho más eficaz y generar mayor impacto social. Por parte del Estado surgen dos modelos de atención: El Centro de Apoyo a las Mujeres, en Colima, y El Centro de Orientación y Apoyo a Personas Violadas, en el Distrito Federal.

1993. La Subprocuraduría de Atención a la Mujer y al Menor (SAMM) en La Paz Baja California Sur, entre julio de 1993 y julio de 1995, atendió 813 casos, de los cuales 368 se convirtieron en denuncias al Ministerio Público; de éstas, 164 se referían a violencia intrafamiliar, 133 a lesiones, 10 a injurias y 21 a amenazas. Casi en su totalidad estos delitos fueron cometidos contra mujeres por sus esposos o parejas (SAMM, 1995).

En ausencia de espacios especializados de atención, de personas sensibles en las instituciones de procuración de justicia, de salud y de la posibilidad de intervención en el contexto familiar, comunitario e institucional en el que se encontraban las mujeres, la posibilidad de resolución era prácticamente difícil y a veces imposible (Saucedo, 2002).

1994. El Centro de Atención a la Salud Integral de la Mujer, en Torreón, Coahuila, especialista en la atención a víctimas de la violencia doméstica, depende actualmente de los servicios de salud de la entidad. El Centro Sí Mujer atendió 4913 casos en 1996, en el 90% se identificó maltrato. El análisis de diversas situaciones en las que las mujeres acuden a centros de atención por apoyo, que se le había minimizado su situación, permitió argumentar que la responsabilidad de resolución no es individual, ni exclusiva de las mujeres que están en situación de violencia, y que existe corresponsabilidad de las instituciones a las que acuden las mujeres en busca de atención o ayuda (Saucedo, 2002).

1995. Se crea el Centro de Atención a la Mujer (CAM), en Tlanepantla, Estado de México; atiende en su primer año 1987 personas, mientras que en 1995 recibió 2108, de los cuales 95% eran mujeres. Este Centro cuenta con albergues temporales que,

aunque limitados a una mujer y sus hijos, en 1995 alojó a 21 mujeres, en promedio con cuatro hijos, que permanecieron hasta 10 días, máximo tiempo permitido (ISIS, 1997).

1996. La Subprocuraduría de Atención a los Delitos Sexuales y la Violencia Intrafamiliar, en San Luis Potosí, atendió en 1996 a 286 mujeres maltratadas. En el primer semestre de 1997 se atendieron 310 casos.

Derivado de este análisis, la atención de la violencia sexual y el maltrato doméstico fueron rubros de atención del Estado. En el primero se ubican las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales (AEDS) como el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales. El propósito de las Agencias era crear un espacio de confianza y calidez para las mujeres que denunciaban agresiones sexuales, con personal exclusivamente femenino y capacitado profesionalmente. En los meses posteriores a su creación el índice de denuncias casi se duplicó, pero al cabo de algunos años se estabilizó en un promedio de 3000 casos al año, aproximadamente 250 al mes. Hay que señalar sin embargo, que la capacitación del personal no ha sido constante y el tema de la atención a la violencia sexual ha dejado de ser prioritario.

Ahora la Dirección General de Atención a Víctimas pasa a tener objetivos más precisos, incorporar tareas de seguimiento legal y realizar avances importantes como eliminar el careo con el agresor cuando la víctima es menor de doce años de edad y celebrar convenios con algunos hospitales para la realización de abortos cuando el embarazo es producto de una violación. Tanto las agencias especializadas como el CTA reflejan la ambigüedad de los servicios del Estado para las mujeres y se establecen instancias de atención que pretenden ser especializadas para mujeres que sufren violencia, pero que acaban burocratizándose. Al poco tiempo vuelven a convertirse en espacios de castigo y las mujeres tienen que esperar incluso horas para formular una denuncia, tornándose el servicio en absolutamente deficiente. La atención exclusiva de mujeres en sí misma no garantiza gran cosa, aunque también una buena dirección puede lograr avances sustantivos, (Torres, 2004b).

El maltrato doméstico es el primer espacio institucional del Centro de Atención de la Violencia Intrafamiliar (CAVI), posteriormente, se crearon Unidades de Atención a la Violencia Familiar, UAVIF. Aquí es importante señalar que la prioridad no ha sido la lucha contra la violencia hacia las mujeres, y el énfasis se coloca en la familia. El CAVI cuenta con cuatro áreas de servicio (trabajo social, apoyo legal, apoyo psicoterapéutico, atención médica e investigación, los datos de los siete primeros años de funcionamiento del CAVI muestran:

- A la fecha se han atendido más de 60.000 casos y casi 110.000 personas. La demanda de servicio aumenta aproximadamente en un once por ciento anual.
- Nueve de cada diez personas que solicitan atención son mujeres.
- El 80% de la violencia reportada en el CAVI proviene de la pareja o la ex pareja.

Las Unidades de Atención de la Violencia Familiar -UAVIF- se constituyen en una especie de tribunales, son creadas por disposición de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para aplicar la consigna de conciliación y amigable composición o arbitraje. Por disposiciones administrativas también las UAVIF deben prestar atención psicológica; vale la pena decir que la mayoría de los casos atendidos por la UAVIF se han resuelto por la vía de la conciliación, aunque muchos procedimientos siguen detenidos y no han asumido cabalmente la función de aplicar la ley.

Las CAVI han llegado a un nivel de saturación; aun cuando sus facultades son muy limitadas y el servicio sigue siendo asistencial cumple funciones de prevención, de difusión y sensibilización de la problemática, así como de conciliación legal y apoyo emocional. Las UAVIF hacen un trabajo muy similar, pero con una estructura más modesta; son la únicas que gozan de facultades expresas para aplicar la ley. En realidad todo tribunal insiste en la celebración de convenios entre las partes para evitar o resolver un litigio; vale decir que conciliar no es lo mismo que reconciliar, los convenios pueden ser de diversa índole, desde la forma de solucionar un conflicto de convivencia, hasta la separación de cuerpos, cláusulas de divorcio y custodia de menores.

En las UAVIF se sigue insistiendo en la obediencia; aquí cabe la concepción Weberiana de dominación tradicional, donde las mujeres acatan las órdenes del marido, por hábito o por costumbre inveterada, lo cual está permeando los espacios de procuración de justicia; algunos de los formularios de prestación de servicios de la UAVIF se basan en patrones estereotipados de comportamiento entre la pareja que muestra claramente los parámetros de autoridad que se utilizan en las agencias estatales para conciliar a las partes.

En los años setenta la denuncia pública y la visibilización de la violencia sexual era la impronta; pasaron muchos años antes de que se crearan las agencias especializadas en delitos sexuales y el Centro de Terapia de Apoyo. En los años ochenta se hace la sensibilización de funcionarios e instituciones frente a la problemática. Durante años se trabajó con mujeres violadas y mucho después se empezó a abordar la problemática de las mujeres maltratadas y golpeadas. Como dice Torres (2004a) la visibilidad y la denuncia pública de la violencia de género es ardua y llena de obstáculos y dificultades, el tema se reduce a unos cuantos grupos de dolientes, particularmente organizaciones de mujeres y de las llamadas minorías o grupos vulnerables. Sólo ahora pasa a ocupar espacios en el debate público, a lograr arraigo en la academia y a generar acciones concretas por parte de gobiernos y organismos internacionales. Para la autora sólo el esclarecimiento de los hechos y la sanción de los culpables permitirá dar a la violencia de género un sentido: la construcción de una sociedad mejor, más incluyente donde hombres y mujeres no sean objeto de violencia.

Una vez creadas las agencias especializadas a finales de los años ochenta se formulan nuevas demandas al Estado; en cuanto se crearon las agencias aumentó el número de denuncias en más de cien por ciento, aunque hay que decir que los modelos de atención ya se han alejado ostensiblemente del proyecto original, no hay organización que denuncie las irregularidades ni que insista en la formulación de demandas específicas al Estado. El trabajo de las agencias no ha tenido ningún seguimiento ni supervisión de los espacios que dejaron de trabajar sobre el tema. Tampoco se le ha dedicado una atención especial en términos de capacitación,

apoyo y seguimiento. El tema de la violencia doméstica, por otra parte, se instaló en la agenda pública a finales de los años noventa y fue rebautizado como violencia intrafamiliar. Entre las ONG que trabajan el tema sólo puede mencionarse COVAC en el DF; entre los servicios estatales el CAVI sigue cubriendo la mayor parte de la demanda y las UAVIF están aún en proceso de consolidación y no tienen aún una clara delimitación de objetivos.

La violencia es un tema que de manera relativamente fácil puede ganar arraigo; por lo menos en el discurso toda persona, independientemente de su filiación política, religiosa, ideológica, etcétera, se manifiesta claramente en contra de la violencia, lo cual no ocurre con el tema del aborto por ejemplo. Ello refleja la lucha por las necesidades que según Fraser (1989) comprende:

- La validación de una necesidad como tal.
- La lucha por la interpretación de esa necesidad.
- La lucha por su satisfacción.

En el caso de la violencia contra las mujeres, el primer momento representó una ardua labor de convencimiento y sensibilización de la sociedad en general. Tratándose de violencia contra las mujeres la interpretación dominante ha sido la condonación del acto, en parte porque las víctimas son justamente mujeres. Desde las ONG se da una interpretación a partir de una concepción feminista que condena todo rasgo patriarcal y destaca que la discriminación y subordinación basada en el sexo ya no se trata únicamente de las necesidades de las víctimas de recibir atención; ahora también está presente la necesidad del propio Estado de ganar credibilidad y legitimidad a partir de la prestación de un servicio de calidad y especializado. En este proceso la respuesta gubernamental produce otro discurso desde el cual ya no se habla de mujeres, sino de personas violadas, y el término mujeres golpeadas o maltratadas es sustituido por el de violencia intrafamiliar, así las cosas, a las mujeres se les vuelve pasivas, recipientes potenciales de servicios predefinidos y, por lo tanto, despolitizados. Hay que reconocer que el sendero que

conduce a la equidad, aunque tortuoso y accidentado, ya tiene trazos definidos (Torres, 2004b).

El proceso muestra reveses pero también adelantos, de los noventa a la actualidad el tema de la violencia de género se ha quedado en la agenda pública y es objeto de una política y de un programa específico por parte del estado mexicano, en el siguiente apartado se analiza el contexto y surgimiento de la NOM190-SSA1999 que fundamenta las acciones de prevención y detección de la violencia de género aplicada a todo el sistema de salud del país.

3. Surgimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM190-SSA1999

La Secretaría de Salud (2003b) diseña el programa de detección y prevención de la violencia de género apoyándose en la Norma Oficial Mexicana NOM190-SSA1999, y en sus comentarios considera que:

“El sector salud no tiene facultad para juzgar ni castigar; la labor de los y las prestadoras de servicios de salud consiste en atender los daños físicos y psicológicos de las personas en situación de violencia familiar, para ello, deben aprender a escuchar y orientar a las personas agredidas sobre posibles acciones en otras instancias”. Por otra parte insiste en que “Todo el personal de salud que tiene contacto con personas en riesgo o en situación de violencia familiar, debe contar con la sensibilización y capacitación indispensables para prevenir, detectar y atender este fenómeno en el marco de la equidad de género”.

Hay disposición política para que el sector salud iniciara la elaboración de la Norma Oficial Mexicana con participación multisectorial con la incorporación de diferentes agencias gubernamentales, académicas federales y estatales. En esta fase se fortaleció el marco conceptual (equidad, violencia de género, derechos humanos, salud mental, sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos), se consolida la coordinación interinstitucional e intersectorial indispensable para la referencia de casos, el apoyo a víctimas, la orientación, consejería, sensibilización, capacitación e investigación sobre el tema.

Es de fundamental importancia que los y las profesionales de la salud puedan identificar los casos actuales o potenciales de violencia familiar y lleven a cabo el registro correspondiente, el cual forma parte de esta NOM, por esta razón la norma

supone que “Los prestadores de servicios de salud son todas las personas que trabajan en el Sistema Nacional de Salud, en la atención directa a las y los usuarios. Estos incluyen al personal médico y de psicología, de enfermería y de trabajo social.” Por lo tanto la responsabilidad de formación y capacitación en materia de violencia de género, perspectiva de género y normatividad vigente debe estar dirigida a personal médico y administrativo.

Para implantar el programa se crea la Norma Oficial Mexicana 190 SSA1-1999 para la Atención Médica de la Violencia Familiar, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de marzo de 2000, en la cual, por mandato presidencial, se instó a los estados del país, a sus gobernantes y secretarios de salud a implementar la Norma que se supone: es obligatoria, establece criterios de atención médica y orientación a usuarias y usuarios, promueve un modelo anticipatorio de daño y privilegia la prevención y la detección temprana, define criterios homogéneos de orientación con base en el respeto a la intimidad y la dignidad de quien consulta (Vásquez, 2003). Sin embargo, vale decirlo, la sistematización de la información no se ha logrado aún; algunos formatos han tenido que modificarse sin haberse homologado los instrumentos en todos los estados y, muy importante, el personal que debe estar permanentemente capacitado y sensibilizado ante la problemática ha llegado a reforzar mecanismos de silenciamiento de la misma y alentado el desistimiento de parte de las personas afectadas por la violencia a adelantar denuncias. En parte porque la obligatoriedad del registro lleva al aviso al Ministerio Público y allí es donde hay más resistencia del personal quien siente comprometido y extralimitado su trabajo en la materia (Saucedo, 2003).

En los comentarios a la NOM se estipula que se debe incluir la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores. Hacerlo así requiere que se realice una entrevista dirigida a la usuaria o el usuario afectado por violencia familiar en un clima de confianza sin juicios de valor ni prejuicios, con

respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. Para las unidades médicas de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Salud, los probables casos nuevos de violencia familiar son de notificación obligatoria en el formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2000. A través de este registro se conocerá la frecuencia de probables casos por grupos de edad, institución notificante y entidad federativa. La existencia de barreras, tanto de parte de los prestadores y prestadoras de servicios como de las propias mujeres obstruye, con frecuencia, la posibilidad de intervenir; sin embargo, la oportunidad de que el personal de salud haga una revisión de estas barreras, a la vez que reflexiona sobre la importancia de su intervención, representan un paso importante en el proceso de ir allanando el terreno para una acción propositiva por parte del sector salud como la misma NOM lo reconoce. Hasta el momento son pocas las entidades que han realizado actividades concretas dirigidas a la implementación de la Norma Oficial. Esta indefinición administrativa, aunada a la falta de recursos económicos para llevar a cabo actividades mínimas de difusión de la norma, tienen como resultado que el personal de salud desconozca la existencia de este importante instrumento.

2003. La Secretaría de Salud en su nivel federal lleva a cabo la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y del Instituto Nacional de Salud Pública, compuesta en realidad por la encuesta en sí y un estudio cualitativo posterior a la misma. La encuesta es agenciada por el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, de la Secretaría de Salud (SSA e INSP, 2004).

2003. El gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud, crea el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género, coordinado por la Dirección General de Planeación, a través de la Coordinación Sectorial y avanza en la implementación y aplicación de la NOM190-SSA1999.

Se avanza en este tiempo en la construcción de indicadores y de mediciones de la violencia; cada intento pone énfasis en diferentes dimensiones, tales como la frecuencia, la intensidad, el tipo de violencia, la severidad de las lesiones que

produce, los riesgos de homicidio o suicidio, entre otros. La diversidad de definiciones de violencia y el uso de instrumentos e indicadores en su medición han influido en que haya una variación significativa en los índices de prevalencia reportados. En México la prevalencia reportada oscila entre 28 y 72%. La falta de unificación de criterios dificulta comparar los resultados reportados. En lo que concierne al área de la salud, si bien es cierto que cada vez se reconoce a la violencia doméstica como un problema de salud pública, esto no ha sucedido de manera homogénea o generalizada, ya que aún prevalece un desconocimiento sobre el tema tanto en los especialistas en investigación en salud, como entre los prestadores de servicios de los diferentes niveles de atención (Valdés, 2004a).

Entre tanto, la sistematización de los procesos de atención y apoyo a mujeres en situación de violencia mostró que (Saucedo, 2002):

- Las instituciones que reciben a mujeres que sufren violencia —en general sistemas de procuración de justicia y sistemas de salud- pueden, por medio de las percepciones que su personal tiene respecto a la violencia hacia las mujeres y la forma de atención que se les brinde, reforzar o interrumpir el proceso de reproducción de mecanismos de subordinación del género femenino y ser determinantes para su desarticulación, en tanto que son el primer contacto institucional al que se acercan las mujeres después de reconocer el malestar que produce la violencia en el espacio doméstico familiar.
- Investigar los efectos de la mirada estereotipada del personal de salud sobre las mujeres en situación de violencia y el reconocimiento de la necesidad de sistematizar la experiencia de organismos especializados, que desde la práctica feminista han desarrollado modelos de atención no victimizante.
- Necesidad de estructurar relaciones y redes con las instituciones del Estado que eviten los hoyos negros del complejo de atención y de recursos que requiere la atención de estas mujeres. Por lo general, éstas requieren asistencia legal, psicoterapéutica y médica, la cual es provista por instituciones del Estado que no necesariamente colaboran entre sí.

En la trayectoria de trabajos sobre la investigación aplicada y su reformulación y planteamiento de propuestas de solución en el campo de políticas sociales dirigidas a mujeres, como en el caso inicialmente de la violencia doméstica, se ha insistido en la necesidad de analizar y reconstruir la imagen de las mujeres conceptualizadas como meras beneficiarias de los programas de atención asistencial, y la de criticar la instrumentalización de que son objeto en la consecución de fines ajenos a ellas, y, por último, se apunta, entre otras cosas, a reconocer la importancia del análisis del papel de las mujeres en los cargos de dirección de los programas gubernamentales (Barquet, 2002).

La violencia basada en el género es una forma de discriminación que inhibe la capacidad de las mujeres para disfrutar sus derechos y libertades sobre una base de igualdad con los varones. Las medidas tendientes a erradicar esta violencia, ocurra ésta en el medio público o privado, debe contemplar difundir a través de los medios de comunicación la promoción y el respeto por las mujeres, así como introducir programas de educación para eliminar los prejuicios, asumiendo medidas preventivas y punitivas que lleven a erradicar esta problemática. Para Meza (2004), es responsabilidad del Estado impedir que las instancias públicas, agentes o funcionarios perpetren actos de violencia contra las mujeres, o bien toleren ésta al no actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra las mujeres o bien, no brindar acceso efectivo a recursos para obtener medidas de protección o para buscar la indemnización o la reparación del daño. Si bien, en este proceso activo no siempre sabemos con certeza el significado de la igualdad, la mayoría de nosotros, dice la autora, tenemos una buena idea de lo que es justo.

Para guiar la investigación en esta área, la Organización Mundial de la Salud (1999), señala ocho aspectos básicos que debe considerar cualquier tipo de estudio entre los que se destacan los siguientes:²³

²³ A principios de los años noventa los intereses de la investigación, tanto en contextos urbanos como rurales, se centraban en realizar aproximaciones a la caracterización de la violencia en términos de ciertas dimensiones: ¿Cuántas mujeres eran maltratadas por sus parejas masculinas? ¿Qué

- La seguridad de las entrevistadas y del equipo de investigación es esencial y debe reflejarse en todas las decisiones del proyecto.
- Todas las y los integrantes del equipo de investigación deben seleccionarse cuidadosamente y recibir entrenamiento y apoyo continuo especializado.
- Las y los investigadores y las y los donantes tienen obligación ética de ayudar a garantizar que sus resultados se interpreten adecuadamente y que se usen para impulsar el desarrollo de políticas e intervenciones.

Las instituciones de salud pueden ser un obstáculo para la atención de la violencia de género si los especialistas del área no incorporan aspectos socioculturales y las subjetividades de las personas que atienden; si una gran parte de las y los profesionales comparten los mismos patrones culturales del personal que atiende hay que saber detectar si el personal especializado tiende a naturalizar el carácter violento de la acción o a minimizar los hechos que se le presentan, cuando no, a patologizar el problema para tratarlo como padecimiento sin considerar las causas del mismo. No hay que olvidar que pueden pasar por alto información importante debido a prejuicios personales o por miedo a las repercusiones de su intervención. Según especialistas, (Torres, 2004a; Saucedo, 2003; y Valdés, 2004a), las estructuras de poder, normativas y dinámicas de las instituciones de salud y en general de instituciones del Estado pueden llegar a potenciar y jerarquizar opciones de intervención social para atender la problemática de la violencia de género una vez que realmente asuman y reconozcan el importante papel que tienen para enfrentarla.

Valdés (2004a) haciendo un balance de la implementación de la Norma Oficial Mexicana NOM190-SSA1999 observa entre sus principales limitaciones que los logros plasmados en los acuerdos internacionales y las leyes nacionales en materia de violencia no han llegado a la mayor parte de la población que deberían proteger. En consecuencia, existe un gran abismo entre los primeros y la realidad de las mujeres cuando denuncian o demandan apoyo, situación que se recrudece en las

proporción del total vivían o habían vivido alguna experiencia de violencia? ¿Cuáles eran los tipos de violencia más frecuentes? ¿Qué diferencias o semejanzas había con la violencia doméstica ocurrida en otros países? ¿Eran sustancialmente distintas las mujeres que acudían a los centros en búsqueda de ayuda, de aquellas que no lo hacen?.

rancherías alejadas, donde la desprotección y el aislamiento colocan a las mujeres en una posición más vulnerable. Es necesario evaluar de manera permanente los servicios de salud para garantizar su efectividad y la calidad, dice la autora, así se podría evitar la re-victimización institucional que suele darse en algunos programas “especializados” cuyo personal no es previamente sensibilizado ni capacitado y suele ser constantemente removido; estos servicios pueden convertirse en re-victimizadores institucionales, como ya lo advierten también Saucedo (2003) y Vásquez (2003).

Un programa que funcione realmente debe hacer detección, registro y atención en los servicios de salud, referencia y contrarreferencia, además de consolidar redes interinstitucionales y crear grupos de reflexión. Para ello es clave la voluntad política y la coordinación de esfuerzos más allá del protagonismo personal para el éxito de estas estrategias. En este sentido afirma Valdés (2004a) que para la prevención de la violencia resulta clave la sensibilización del personal de salud y de agencias de justicia y Ministerio Público; trabajo con jóvenes, en las escuelas y en diferentes niveles; rehabilitación para hombres golpeadores, paralelos a los servicios de atención a mujeres maltratadas, e incluir estos temas en el plan de estudios de diferentes pregrados como psicología, trabajo social, enfermería, derecho, medicina, etcétera, para poder diagnosticar e intervenir adecuadamente cada caso. Las condiciones reales para la aplicación de las leyes y programas nacionales existentes son necesarias y aún no existen, ya que hay que trascender el discurso político y proveer los recursos humanos y económicos a los programas gubernamentales creados hasta la fecha tanto de acción locales, como estatales.

3.1. La identificación de la violencia de género, principal escollo de la NOM 190

Definitivamente, allí las relaciones no son médico-paciente, ni siquiera médico-paciente deformadas. Son relaciones salvajes entre seres agredidos y seres agresivos, tanto médicos como pacientes, teniendo a la sangre como telón de fondo.
(De Currea, 1997; p. 132)

De acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, en 2003, el país todavía no cuenta con un verdadero

Sistema Nacional de Información en Salud, lo que existe es una serie de subsistemas desconectados en su estructura y procesos, que generan poca información sobre salud positiva, productividad, riesgos y desempeño. El sistema actual no está completamente articulado con el aparato administrativo de las instituciones de salud y es incompleto en la recolección de información del sector privado; los productos que genera el sistema actual reditúan en insatisfacción, poca confiabilidad, y en el desarrollo de sistemas de información paralelos en las instituciones estatales de salud.

La detección y el registro de los casos de violencia resulta fundamental para la evidencia que respaldará acciones efectivas para su abordaje y prevención; la investigación debe fomentarse desde allí, entrenar al personal en el adecuado diligenciamiento de la información es clave para ello, pero debe ir más allá de la intimidación y la sanción laboral; debe estar sensibilizado sobre la importancia de su labor. Para ello se implementan capacitaciones al personal y la advertencia de los efectos del no registro y notificación de los casos de violencia que sean atendidos en las instituciones hospitalarias donde laboran, puesto que no hacerlo conlleva sanciones civiles, penales e incluso administrativas según sea el caso, para el personal, y la enfermedad, el deterioro de la salud y eventualmente la muerte para la persona víctima no atendida ni detectada por el sistema.

De allí que la naturalización y la invisibilización de las situaciones de violencia que el personal de salud atiende cobra especial relevancia cuando de notificar, certificar y describir cada caso se trata, como se analiza con detenimiento en el siguiente apartado.

3.2. El problema de la visibilización

Entonces, el dolor se vuelve cotidiano y lo normal se confunde con lo usual: es normal que las relaciones sean de agredido a agresivo mediando con la rabia, es normal que yo entienda al paciente como el obstáculo que me separa de mi descanso, es normal volver "cafre" al ser humano.
(De Currea, 1997; p. 135).

Los sistemas de información sólo tienen validez si emplean los datos con el fin de mejorar los servicios, perseguir la notificación con el único propósito de recolectar datos sin ofrecer ningún servicio a cambio, no sólo representa un despilfarro de recursos, sino que también es poco ético. Parte del problema, de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2001) es que los indicadores de violencia siguen siendo vistos al margen de los procesos institucionales de las políticas públicas con enfoque de género. Al decir de estos organismos, los arreglos institucionales que favorezcan la eficiencia y la rigurosidad técnica tanto como el control ciudadano son en definitiva el único marco posible para que estas herramientas permitan prevenir, sancionar y erradicar adecuada y oportunamente la violencia contra las mujeres.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Declaración sobre la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer, en su 85 sesión plenaria de 1993 afirma que los funcionarios públicos deben aplicar las políticas de prevención, investigación y castigo de la violencia contra las mujeres y deben recibir información que sensibilice su mirada de la problemática de la violencia de género. Las investigaciones sobre esta problemática, su naturaleza, gravedad y consecuencias, debe conducir a medidas conducentes a impedirla y a reparar sus efectos. Las estadísticas derivadas de estas investigaciones se deben publicar, así como las conclusiones de las investigaciones.

La violencia de género representa un ejercicio de poder y control que se ejerce sobre las y los receptores de violencia; estas acciones y su capacidad de reproducción intergeneracional sólo se pueden comprender cabalmente cuando se entienda el papel que desempeñan las instituciones de salud al clasificar los actos violentos y

sus consecuencias como patologías y enfermedades individuales y no como procesos históricos recurrentes.²⁴ El papel de las instituciones de salud al minimizar los síntomas y las enfermedades corren el riesgo de instrumentar políticas que no correspondan o que no consideren las limitaciones de intervención sobre comunidades tradicionales y conservadoras. Las percepciones de las prestadoras y los prestadores de servicio, sus creencias sobre las identidades y los papeles de género son a veces compartidas con las de la población atendida, por eso, para ser exitosas estas intervenciones, deben contar con capacitación que impacte directamente sobre la subjetividad y la identidad del personal de salud (Saucedo, 2003).

Con este panorama normativo y legal es posible entonces interrogar la realidad observada directamente en campo en las instituciones hospitalarias, el contexto está preparado para tener la referencia marco en materia de violencia de género en las prácticas institucionales del personal de salud, este es el tema básico que se va a tratar en el siguiente capítulo.

²⁴ De acuerdo con Saucedo (2003), las y los especialistas del área de salud prestan en general poca atención a la violencia cotidiana que atiende, aun cuando estos casos lleguen a ser la segunda o tercera causa de consulta.

CAPÍTULO V

COTIDIANIDAD, INTEGRALIDAD Y DERECHO A LA SALUD EN EL CASO EN ESTUDIO

El propósito de este capítulo es presentar los resultados de las observaciones de campo desde el enfoque de la salud colectiva y de la perspectiva género; estos resultados permitirán analizar en el siguiente capítulo la gestación y procesos de violencia y violencia de género propios del caso en estudio y en qué medida las condiciones de violencia y violencia de género permiten o no la realización del derecho a la salud y la integralidad de los servicios. Este capítulo muestra un acercamiento al funcionamiento del caso en estudio desde la perspectiva del personal prestador de los servicios. Desde esta mirada se observa la organización de su trabajo, las condiciones en que realiza su práctica, la administración, la organización, la tecnología, y las nociones de derecho e integralidad en cada una de ellas.

La información para construir los datos que sustentan este capítulo fue obtenida y registrada buscando la percepción del personal durante su jornada de trabajo en sus turnos y sus rutinas cotidianas, con distintos instrumentos y formas de registro. En el cuadro siguiente se presenta la clave de los fragmentos de información que constituyen los datos, para auxiliar en su lectura e interpretación.

Personal de salud*	Servicios	Programas
Observación en campo	Observación de campo	Observación de campo
Conversaciones-entrevistas	Consulta informes	Revisión de informes
Diario de campo	Notas de campo	Notas de campo

* El personal incluye directivas, estudiantes, personal de planta, hombres y mujeres con más de diez años de servicio en la institución. Se identifica para cada testimonio la clave de la entrevista-conversación, el cargo y sexo. Si es Nota de Campo se dice el área observada y se indica cuando es del caso a las personas que intervienen en la nota.

La lectura de estos apartados requiere especial atención a los detalles y a las características de las y los informantes, pues sus testimonios serán la guía para entender poco a poco tanto su cotidianidad, como las características de las prácticas institucionales que se llevan a cabo en el hospital.

1. Organización interna de la institución hospitalaria

En este apartado se verá cómo perciben los trabajadores de la institución hospitalaria seleccionada, las condiciones en las cuales llevan a cabo el trabajo hospitalario, los problemas internos de la institución, la organización interna y las condiciones del hacer hospitalario para la atención, para el trabajo y para la materialización de la integralidad y el derecho a la salud

1.1. Organización y dinámica

Las características del trabajo médico configuran el escenario desde donde se brinda atención y se presta servicio en el hospital, las características de este, configuran en buena medida las características del servicio. La organización de las actividades en sí configura el margen de posibilidad de atención; cuando las diferencias internas se hacen visibles las cargas aumentan y los problemas en el trabajo empiezan:

E. ¿Qué cosas podrían hacerse para mejorar la situación?

I. Yo pienso que si el personal estuviera completo... es que es la carga de trabajo, yo en lo personal he vivido esa experiencia en el turno nocturno, y hay muy poquito personal, a veces digamos que hay tres gentes, para casi cuarenta pacientes, y no dejas de atender al paciente y darle los cuidados específicos, y es que en el cambio de turno a turno tú tienes que tener bien a los pacientes, bien limpios... [P 24: enfermera base 1].

Se identifica especialmente a las jerarquías institucionales como parte del problema de organización interna:

E. ¿Cómo caracterizarías las relaciones de trabajo dentro del hospital? Me interesa mucho la cuestión de jerarquías, de autoridad

I. Las jerarquías, pues, definitivamente están muy marcadas ¿no?. en principio médicos adscrito y residente, pues los médicos adscritos pues casi no tienen que hacer nada,.. por lo que sale el hospital adelante es por los residentes y por los médicos internos, y los adscritos pues, generalmente se dedican a operar de vez en cuando y ya... [P 8: R1 GO. mujer].

(...)esto [problemas en el hospital] se solucionaría con que nuestro asistente de dirección o los jefes de los servicios se involucren en la atención, y sí, si el médico está, está con mucha carga... [P5: TS3 mujer administrativa].

Los problemas de organización y jerarquías conducen a apreciaciones propias y ajenas con respecto al valor del trabajo y de los trabajadores:

...todas las diferencias [problemas de trabajo] que se dan en el hospital es por la carga de trabajo, porque algunos son muy flojos, no quieren trabajar más que otros, o yo mando más o me doy a notar más o yo soy más galán porque hasta eso tiene que ver [P 24: enfermera base 1].

Si he notado que las mentalidades de los directivos es mejorar la atención que se le da al paciente, pero como te digo ya el personal se amañó, sacó sus formas de ser, son renuentes y critican mucho a las autoridades, por qué, porque luego les dan negativas a sus peticiones que realmente no valen la pena o realmente pues no es lo correcto lo que piden [P 24: enfermera base1].

Un día yo andaba preocupada por unas cosas que necesitaba para un paciente, llego a jefatura, encuentro a supervisión de nivel central, un doctor que me conoce me dice "hola, qué andas haciendo," no, es que tengo un problema con un paciente, necesito esto, que no sé qué, ¡Ay, otra vez tú arreglando el mundo!, así ella lo tomó y como que ahí me cayó el veinte y dije si ellos que son las autoridades lo toman como esa situación, entonces yo qué hago desesperándome, desviviéndome por el paciente, pero date cuenta tú luchas por algo mientras las autoridades están, siguen peleando por las jerarquías y yo creo que no es justo [P 21: enfermera base2].

La comunicación entre compañeros es distinta según el turno:

Donde baja este tipo de comunicación es el turno nocturno, se rebaja un poco más el enlace de comunicación porque cada quien se dedica a sus actividades; el turno vespertino es más unido, ahí sí hay bastante comunicación; y en el turno matutino por las diferentes dimensiones y la cantidad de actividades que se realizan se llega a perder comunicación; la mayor parte de las actividades se realizan en la mañana, en la tarde prácticamente pues muy poco y en la noche pues también [P11: enfermero administrativo].

La comunicación también depende de la posición dentro de la jerarquía institucional:

Hace años el hospital trabaja con sobrecupo y exceso de demanda de servicio. Entonces necesitamos que a los médicos se les dé directamente la instrucción y la capacitación porque nosotras como enfermeras les decimos y se molestan [Observación de campo: enfermera de base].

Las condiciones de trabajo preocupan a los informantes por distintas razones como se puede apreciar en los datos anteriores. Una razón de preocupación es la constante escasez de todo tipo de recursos tanto individuales como institucionales, lo que cambia la posibilidad de cumplir con el imaginario 'humanitario' profesional y con ello el sentido del trabajo:

Hay poco personal que tiene calidad humana todavía, muchos ya la perdieron, yo he notado que en forma general desde mis veintidós años que llevo laborando, el personal que trabaja en las instituciones tiene dos o tres trabajos entonces pues no es nada bueno para la persona: emocionalmente siempre anda alterada, sus tres trabajos, los problemas que tenga en su casa, los problemas que tenga en cada hospital donde labora y luego con el personal que está en cada turno [P 24: enfermera base1].

Ya nos rebasa la capacidad, cuando ya empezamos a sentir, ahora sí, la carencia de recursos materiales, ya no económicos, porque nosotros no manejamos dinero. ni presupuesto, nosotros manejamos lo que nos otorga la administración, pero llegar a que me falta solución, que ya no hay reactivo, que ya no hay antibióticos, que ya no hay analgésico, eso nos está hablando de una sobre demanda, es decir que los recursos programados, en esta unidad en un tiempo X han sido sobrepasados. y ya no hay más capacidad [P 6: médico administrativo U].

Médicamente hablando, no estamos al nivel que requiere un hospital, y es simplemente porque es mayor la demanda que la oferta, somos pocos los que laboramos, es mucha la demanda, entonces nos ha superado [P 4: médico U].

Hay quejas de los pacientes hacia enfermería, o hacia el médico, que no le da la información de acuerdo a la urgencia que se tenga, número uno. Número dos, porque el personal de enfermería responde a lo mejor en el sentido de jornada laboral pesada, con cierta agresión y que obviamente tú sabes que es consecuencia de las cargas de trabajo. No nos involucramos en un momento dado en el sentido común o tener una empatía con cada uno de nuestros pacientes. Hasta uno mismo es indiferente [P11: enfermero administrativo].

La escasez de recursos materiales y humanos principalmente, la organización del hospital y las jerarquías culminan en cargas de trabajo excesivas e inequitativas. Los trabajadores identifican la relación estrecha entre tanta carga de trabajo hace tanto tiempo y la pérdida de la calidad del trato, de la calidez y de la comunicación con la población usuaria:

(...) no, todo el tiempo vas a estar obsesionado, por la carga de trabajo, a veces ni al baño vas, y no vamos, y te estás aguantando y teniendo el baño ahí y no vas, y no porque no quieras, porque estás ocupada, y es tanto el trabajo que te olvidas de ti misma (...) [P 24: enfermera base 1].

Yo trabajo en un ambiente que considero es un ambiente muy pesado. En alguna ocasión leí un artículo donde dice que el mayor número de divorcios se da con el personal que trabaja en sector salud, y decían que precisamente se debía al estrés que manejábamos. y todo eso implicaba que se tuviera mucha relación de divorcios en un hospital, tanto médicos, enfermeras, como empleados del sector [P19: enfermera, administrativa T.I.].

En ocasiones es tanta la carga de trabajo, tantos los pacientes y tan poco el personal y la infraestructura del personal, que no te alcanza para un adecuado manejo o trato del paciente, por ejemplo, en la admisión de gineco. pues tienes que pasar tres pacientes, o dos pacientes al mismo tiempo, sin una privacidad. pues como debería de ser [P 8: R1 GO. mujer].

Por otra parte, el personal de salud valora los programas de gratuidad, de garantía y materialización del derecho a la salud de la población como inconveniente: de un lado, recarga el trabajo y la demanda sobre recursos de por sí insuficientes, de otro

provee servicios a quien puede pagarlos. Esto repercute en nuevas tensiones entre personal y público:

Yo veo que si nos está afectando ese programa de gratuidad, porque ahora la gente ya viene y te exige, sus exigencias han de ser por eso, porque dicen que tienen derecho a eso, yo creo que sí, debe de tener que ver eso mucho, pero siempre y cuando yo creo que también nosotros los que estamos de este lado debemos de tener respeto de la gente y la gente a nosotros (...)[P 21: enfermera base 2].

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 [Observación de campo: Médico Adscrito].

La gratuidad no sirve, nos ha hecho mucho daño, no podemos atender la gente como se debe, vienen aquí a morirse con puro suero, si no hay jeringas, no hay guantes, no hay medicamentos. Pero ni la gente entiende, cree que la gratuidad es la obligación de darles todo cuando casi no hay nada [Observación de campo: Trabajadora Administrativa].

Otro componente de la prestación de servicios en donde se identifican nuevas tensiones y problemas en el trabajo diario es en la comunicación y el trato directo con la población atendida, las familias y las y los pacientes. En las dificultades de comunicación se evidencia además la disparidad y la persistencia de la percepción clínica de manejar enfermedades y cuadros clínicos más que personas lo cual termina distanciando al personal médico de una atención humanizada:

Aquí ya somos puros números, somos puros servicios, los pacientes son números, ya cuando no es el de la 67 es la colicestomía, que pasó con la apendicitis de la 4, o sea, la gente ya no tiene nombre. ya no se les llama por su nombre y a nosotros, si tú le preguntas al director cómo se llama alguien, no sabe, sabe como se llaman los jefes, pero de ahí en fuera a veces ni saluda, te ven todos los días y no te saludan y son tus compañeros de trabajo [P 23: trabajadora no médica].

No sé lo que les pasa a los médicos, muy pocos son los que hablan con las pacientes, les explican y les dedican tiempo [Observación de campo: Enfermera Jefa].

Hay algo muy importante que es la actitud. la actitud negativa del trabajador, del médico, de la enfermera que afecta 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 [Observación de campo: Médico Directivo].

No doctora, lo que pasa es que hemos perdido la empatía con los pacientes, ya no hay comunicación de verdad, eso se ha perdido [Observación de campo: Enfermera Jefa de Servicio].

Desde las condiciones de trabajo hay un punto de partida deficiente, recursos, comunicación y disparidad en el trabajo, en los turnos y en las jerarquías internas de cada servicio. A continuación se revisan algunos problemas relacionados directamente con la institución y la población que complican más la atención y el trabajo diario del hospital.

1.2. Imaginario profesional frustrado

La organización del trabajo y de la institución es puesta en duda por los trabajadores, hay una lectura del pasado como un momento ideal donde se podía trabajar y una percepción de cambio hacia el deterioro del servicio y de las condiciones de trabajo lo cual ha afectado en la cotidianidad la carga de cada área:

Aquí está todo organizado. yo creo que está organizado bien mal [Observación de campo: Secretaria].

Nosotros queríamos nuestro trabajo, estábamos listos para lo que hubiera que hacer, dábamos de nuestro tiempo con gusto para que el hospital funcionara y había que verlo, pero ahora con el cambio de administraciones todo se ha deteriorado a nosotros nos han maltratado tanto y las condiciones de han deteriorado que ya no lo hacemos [Observación de campo: Trabajadora Administrativa].

Si yo trabajara a gusto, organizaría distinto, desde que llegué aquí no he visto que laven una cama, hay muchas deficiencias de orden y de organización en el trabajo [Observación de campo: Enfermera de Base].

Hay falta de personal, por eso hay mucho estrés y cansancio por parte de los que están aquí, pero eso no quiere decir que se maltrate a las personas o que se llegue a la agresión verbal [Observación de campo: Médico Directivo].

La labor educativa se deja a las carteleras, las deficiencias estructurales de la institución son señaladas como las causantes de un servicio deficiente y al abandono de iniciativas otrora ejemplares:

Hace dos años no hay atención extramural, las unidades móviles eran remolcadas por pick ups viejas y dijeron que las iban a cambiar, desde su anuncio no se sabe más, incluso el hospital recibió tres unidades más que quedaron guardadas en el estacionamiento sin usarse [Observación de campo: Médico Directivo].

Las T.S. deberían reforzar las actividades educativas, hacer charlas y grupos de trabajo, pero están haciendo formatos y llenando estudios sociales, era de tener un buen trabajo educativo en el hospital pero nadie aquí hace eso [Observación de campo: Médico Adscrito].

Las condiciones actuales han terminado por limitar el interés en el trabajo, el ánimo en lo que se hace y la forma como se lleva a cabo:

Estoy en este trabajo porque me queda cerca de la casa, es donde más gano y donde tengo antigüedad, pero es muy cansado, las cosas, el ambiente de trabajo y la comunicación no están bien, pero bueno, trabajamos con lo que hay aunque no tengamos todo lo que debemos tener [Observación de campo: Enfermera de Base].

Cuando se plantean problemas del servicio, las externalidades son tantas que el personal se repliega y, en algunos casos, se victimiza:

Si yo no hago que el o la enfermera tomen los signos vitales no vuelven por el consultorio, si, claro, yo los puedo tomar, pero estoy solo con la consulta, no tengo apoyo ni enfermera, y así al menos hago que vengan y que se den cuenta del trabajo [Observación de campo: Médico Especialista Adscrito].

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 [Observación de base: Médico Adscrito].

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 [Observación de campo: Médico Adscrito].

En las externalidades mencionadas se encuentra la relación entre colegas y las responsabilidades que una y otra área tienen para adelantar el trabajo:

Dice un anesthesiólogo a las enfermeras es que no hacen nada, no hacen sino escribir y escribir parecen secretarías [Observación de campo].

Es que ustedes no dan bien sus nombres, por eso nos queda mal la papelería y nos toca volver a hacerlo todo y ustedes nos duplican el trabajo [Observación de campo: Enfermera Base].

Entre una y otras razones para perder el ánimo y el estímulo en el trabajo diario del hospital, se muestra la forma en que se ha afectado la prestación del servicio y la relación con la población usuaria, aspecto que se verá con más profundidad en el siguiente apartado y que sirve para referenciar el contexto de trabajo hospitalario que tarde o temprano termina recreando en su interior formas de tensión palpables y evidentes que no resueltas pueden llegar a generar violencia, materia de los siguientes dos capítulos en este trabajo.

1.3. Administración y derechos laborales en la génesis del problema

Dentro de las complejidades de la institución hospitalaria, se encuentra su desarticulación, componente básico de la integralidad de las prácticas en salud, desencuentros laborales en la cotidianidad dadas por las desigualdades de los turnos y de las cargas a los que se suma la transigencia del ausentismo y la falta de límites y de control del mismo; el funcionamiento de cada turno con la mitad del personal o menos trastorna la lógica de trabajo y recarga las funciones y tareas del personal presente, situación que va ganando cronicidad y se va instaurando en el hacer diario sin que amerite la atención de las autoridades:

Lo que pasa que el ausentismo, por ejemplo habrá que verlo, porque tú eres trabajadora social y yo soy tu compañero, lo que pasa es que tienes diez trabajadores sociales y nomás llegan cinco, lo que pasa es que te vuelvo a repetir fulanita, sutanita, meganita pidieron vacaciones, aparte otras pidieron sus tres días económicos, más aparte una pidió permiso, nos quedamos nada más tú y yo, hijole, la carga de trabajo va a ser más y si no viene mañana la compañera, qué hago, pues mejor ya no trabajo, y me declaro enfermo [P 12: TS4 varón].

El ausentismo dentro del hospital, y se nota más en los fines de semana, somos once en el turno y hay tres compañeras que faltan demasiado, básicamente dos, una no tanto, pero llega a faltar, pero hay dos compañeras que faltan muchísimo, entonces ya en este año, ya en este mes ya llegaron a las veintitrés faltas. (...) Más aparte los días económicos, más aparte vacaciones, que eso está justificado, pero faltas que no están justificadas ya veintitrés; entonces por lo regular habemos tres, las que estamos trabajando por lo regular dos en urgencias y una en piso (...) con los anestesiólogos, hay tres, tenemos mucho problema con anestesiólogos, ellos faltan mucho, faltan mucho, con mucha frecuencia, si te has dado cuenta a lo mejor, porque a veces no hay ni uno y hay tres, entonces la institución no puede pedir más porque están justificados los tres, pero no vienen se les da falta, entonces yo creo que la clave sería disminuir la cantidad de faltas que puedan tener en el año, o en el mes [P7: TS2 mujer].

Si todo ese tipo de prestaciones se redujeran, se quitaran, la gente tendría menos oportunidad de faltar, (...) pero pues aquí a la gente realmente eso no le preocupa, porque pues siguen faltando [P 15: médica administrativa].

Para el funcionamiento cotidiano, la autoridad viene perdiendo peso por la costumbre del ausentismo y la falta de límites y de control de las ausencias no justificadas, las mismas directivas son vistas como parte del problema, de la falta de coordinación y de gobernabilidad institucional:

El director luego a veces se desaparece sábados y domingos, en la noche que hace falta o sea que verdaderamente la autoridad venga y se entere de la realidad de cada turno, (...) el hospital se transforma, son cuatro hospitales distintos todos, y entonces las

autoridades pues, vienen de lunes a viernes y de 7 a 3 y lo demás no es problema ya de ellos; arréglesela como puedan [P 25: TS mujer, fin de semana].

Mucha gente viene y checa y se desaparece toda la mañana o toda la tarde, y nadie dice nada, pero de hecho hay, pues si, todo el mundo sabe pero no se hace, o sea, a mi no me corresponde, por ejemplo, que yo reporte a nadie, el jefe que lo debe de hacer si no quiere tener problemas con esa persona que se le ausentó no hace nada, es decir círculo vicioso en el que todos vamos cayendo. Yo creo que si, hay gente que es más dedicada, que realmente tiene más profesionalismo y más respeto y quiere realmente apoyar a alguien para que salga adelante, pero aquí yo la verdad lo que sí siento como inconveniente es la autoridad, que no te respalda porque sí desanima mucho [P 7: TS2 mujer].

Casi todas las especialidades están completas, pero si influye esto, el ausentismo y en urgencias, pues si nomás hay dos médicos, es decir si uno falta, se queda el otro solo, si faltan los dos... entonces yo creo que la clave sería disminuir la cantidad de faltas que puedan tener en el año, o en el mes [P 7: TS2 mujer].

El papel del sindicato ha sido percibido, en el contexto del ausentismo y la falta de autoridad como parte y causa de la problemática interna de los turnos en cuanto a su manejo, mal manejo y transigencia a las fallas internas de los equipos de trabajo, curiosamente lo que en otro momento sería loable, la defensa de los derechos de las y los trabajadores, es hoy sancionado por el mismo personal que advierte en la función sindical, excesos, corrupción y deterioro del trabajo hospitalario:

Se firmó una parte de los derechos, no sé si lo sabes, la cláusula que era de lactancia y en vez de poner nueve meses, quedó de nueve años y quedó así, entonces llegan una hora más tarde, se van una hora más temprano y la cargan a lactancia; así ha sido desde toda la vida que yo conozco, y obviamente que hay la gente que bueno ya pasaron nueve años y todavía está joven, pues se embaraza otra vez, para que tenga otros nueve años, y efectivamente son nueve años [P 15: médica administrativa].

A mi me encantaría de verdad que nos quitaran tantos derechos y que pusieran obligaciones porque está abandonado nuestro trabajo, de manera en que se pueda dar un mejor servicio, Entonces, si todo ese tipo de prestaciones se redujeran, se quitaran, la gente tendría menos oportunidad de faltar, más aparte de la gente que debiera de estar, por decir la gente ideal que debiera de estar trabajando [P 19: enfermera administrativa TI].

Hay otras instituciones que a la cuarta falta, pues es pérdida del trabajo, por completo. cuarta falta consecutiva; y parece ser que aquí también, pero finalmente en un año, a veces yo escuchaba a las guardias de la noche, podías acumular hasta veintidós faltas, pero que no fueran tan repetidas, en el año, y no te pasaba nada [P 15: médica administrativa].

Aquí no hay defensa del trabajador y tú vas al sindicato, pero si el jefe ya habló con el sindicato pues te sale exactamente igual, yo conozco a una compañerita que tuvo este tipo de problemas y su jefe primero fue a hablar con el sindicato y fue y le dijo a ella que fuera a hablar con el sindicato porque él quería ver la cara que ponía cuando el sindicato

1.4. Del otro lado: la población usuaria

El siguiente dato sintetiza la percepción de los informantes con respecto a quiénes son sus pacientes:

E. *¿Cuáles son las características de la población con la que trabaja este hospital, cuáles son los principales problemas que aquí se atienden?*

I. *Los hacinamientos, que han sido favorecidos por el tipo de unidades que tenemos colocadas a los lados del hospital y en zonas sobrepobladas, donde los terrenos, son a veces de 100 metros, 80 metros, 60 metros para una familia, de 8 a 12 personas, donde viven en cuartos, de veras en condiciones a veces deplorables, con servicios mínimos. y eso nos trae como consecuencia la promiscuidad, la falta de educación, la falta de recursos, por lo tanto violencia, violencia, violencia. Son gentes que vienen sin educación, lo máximo de grados de estudio son primaria y secundaria, y la fuente principal de trabajo o es el comercio ambulante, o bien se van a la central de abasto, son grupos socioeconómicamente llamados de bajo desarrollo, provienen de otros estados donde no encuentran fuentes de trabajo, lo cual ha favorecido la rápida población, el incremento demográfico en la zona, lo que ha descarriado todos los programas, ha incrementado las demandas de servicios públicos, y ha generado mucha violencia, esto sale diario en los periódicos, secuestros, robos, asesinatos, y luego, luego la gente lo demuestra aquí, llega muy agresiva [P 6: médico administrativo U.].*

Además el estatus sociocultural que tienen, que la mayoría de la gente es analfabeta o máximo tienen la primaria y que viven en zonas muy marginales y nada de cultura ahí, y pues sí es difícil a veces en cuanto empiezo a entrevistarlas, saber sus antecedentes de información, y si ves que ni ellas saben que antecedentes tienen. Lo que pasa es que muchas veces no es tanto que sea falta de información, sino más bien es gente, como te decía, de muy bajo nivel socioeconómico, y sociocultural y se porta como en los pueblitos, que se juntan o se casan con sus parejas muy jóvenes, porque ese es su, como se dice, su proyecto de vida, nada más tener hijos [P8: R1 GO, mujer].

Los informantes perciben en los pacientes la asociación entre condiciones y prácticas de vida vinculadas con alta población joven sin acceso a educación ni a empleo; llama la atención la tendencia a considerar estas condiciones estáticas y endémicas de la población atendida por parte del personal:

Es una población sobre todo joven, estamos hablando que más del setenta por ciento es menor de treinta y cinco años, lo cual nos genera junto con la situación del desempleo, del subempleo, etcétera, una situación que es muy importante para la proliferación de lo que son las bandas delictivas o en su momento definitivo el hecho de que son una serie de actividades ligadas a la delincuencia que haga que la delegación en este momento sea considerada dentro de las tres delegaciones más violentas, de lo que es el Distrito Federal [P20: médico administrativo].

E: *¿Cuáles son los problemas más frecuentes que tú atiendes aquí?*

I. *¿Cuáles serían? El alcoholismo y drogadicción, aquí ves mucho algo que quizás no ves en otras partes, donde personas mayores, no los jóvenes, estoy hablando de generaciones previas, hacen uso de drogas. crean una familia, crían a sus hijos bajo este*

esquema, de estar bajo el efecto de drogas y alcohol, yo creo sería otro eje muy importante violencia intrafamiliar, alcoholismo y drogadicción [P16: psicólogo].

La pobreza generalizada en el país se toma como constante y como parte del trabajo diario, hay en esa asociación pobreza-enfermedad un sino de fatalidad adjudicado por el personal de manera automática:

...sueldos tan bajos que tiene nuestra población a nivel nacional. Medio comen, medio viven, medio visten, medio que van a la escuela, medio se alimentan; los mismos problemas de familias tan numerosas que tienen veinticinco años, ya tiene siete hijos, cinco hijos y no quieren hacer nada, entonces dices, cómo va a funcionar esta familia en cinco años, en diez años, es donde yo pienso que lo padres pierden el control, entonces como que dicen que cada quién viva y sobreviva como puede [P7: TS2 mujer].

Ante la situación dominante de pobreza, se suma la responsabilidad individual adjudicada a la población atendida por su estado y por su problemática, el caso del embarazo adolescente es ilustrativo sobre la designación de fatalidad o problema tipo de la población que se atiende donde las asociaciones de juventud, pobreza, ignorancia y responsabilidad se conjugan en el contexto causal de los problemas de salud:

Empezaron su vida sexual activa y reproductiva muy jóvenes, porque son veintitrés años y ya con cinco hijos [P 7: TS2 mujer].

E. En jóvenes ¿cuáles son los principales problemas?

I. *Hijole, embarazo adolescente... la mayoría es de niñas, muchas veces de doce quince años (...) Si, de quince, dieciséis años, hasta hemos tenido pacientes de doce, trece años que vienen con embarazos o con abortos [P 8: R1-GO. mujer].*

E. En jóvenes ¿cuáles son los principales problemas?

R.. *Pues yo creo que aquí y en todo el país la falta de cultura, la falta de cultura y educación y de ahí se derivan muchas patologías, hay madres muy jóvenes con muchos hijos, con muchas carencias, con faltas de higiene, muchas enfermedades y con mucha pobreza [P23: trabajadora no médica].*

E. En jóvenes ¿cuáles son los principales problemas?

I. *Hablar de situación familiar, pues son hijas de madres solteras, o abandonadas, que viven en unión libre, y pueden estar en el medio económico bajo, pues de ahí viene toda la problemática [P13: médico GO].*

E. En jóvenes ¿cuáles son los principales problemas?

I. *La mayoría de las personas de aquí trabajan y descuidan mucho a los hijos... hay muchas jovencitas que tienen quince, catorce años y ya son mamás y les pregunta uno por qué se embarazó, porque no sabía, yo pensé que en la primera vez no iba a quedar embarazada [P 21: enfermera de Base 2].*

1.4. Del otro lado: la población usuaria

El siguiente dato sintetiza la percepción de los informantes con respecto a quiénes son sus pacientes:

E. *¿Cuáles son las características de la población con la que trabaja este hospital, cuáles son los principales problemas que aquí se atienden?*

I. *Los hacinamientos, que han sido favorecidos por el tipo de unidades que tenemos colocadas a los lados del hospital y en zonas sobrepobladas, donde los terrenos, son a veces de 100 metros, 80 metros, 60 metros para una familia, de 8 a 12 personas, donde viven en cuartos, de veras en condiciones a veces deplorables, con servicios mínimos, y eso nos trae como consecuencia la promiscuidad, la falta de educación, la falta de recursos, por lo tanto violencia, violencia, violencia. Son gentes que vienen sin educación, lo máximo de grados de estudio son primaria y secundaria, y la fuente principal de trabajo o es el comercio ambulante, o bien se van a la central de abasto, son grupos socioeconómicamente llamados de bajo desarrollo, provienen de otros estados donde no encuentran fuentes de trabajo, lo cual ha favorecido la rápida población, el incremento demográfico en la zona, lo que ha descarriado todos los programas, ha incrementado las demandas de servicios públicos, y ha generado mucha violencia, esto sale diario en los periódicos, secuestros, robos, asesinatos, y luego, luego la gente lo demuestra aquí, llega muy agresiva [P 6: médico administrativo U.].*

Además el estatus sociocultural que tienen, que la mayoría de la gente es analfabeta o máximo tienen la primaria y que viven en zonas muy marginales y nada de cultura ahí, y pues sí es difícil a veces en cuanto empiezo a entrevistarlas, saber sus antecedentes de información, y si ves que ni ellas saben que antecedentes tienen. Lo que pasa es que muchas veces no es tanto que sea falta de información, sino más bien es gente, como te decía, de muy bajo nivel socioeconómico, y sociocultural y se porta como en los pueblitos, que se juntan o se casan con sus parejas muy jóvenes, porque ese es su, como se dice, su proyecto de vida, nada más tener hijos [P8: R1 GO, mujer].

Los informantes perciben en los pacientes la asociación entre condiciones y prácticas de vida vinculadas con alta población joven sin acceso a educación ni a empleo; llama la atención la tendencia a considerar estas condiciones estáticas y endémicas de la población atendida por parte del personal:

Es una población sobre todo joven, estamos hablando que más del setenta por ciento es menor de treinta y cinco años, lo cual nos genera junto con la situación del desempleo, del subempleo, etcétera, una situación que es muy importante para la proliferación de lo que son las bandas delictivas o en su momento definitivo el hecho de que son una serie de actividades ligadas a la delincuencia que haga que la delegación en este momento sea considerada dentro de las tres delegaciones más violentas, de lo que es el Distrito Federal [P20: médico administrativo].

E: *¿Cuáles son los problemas más frecuentes que tú atiendes aquí?*

I. *¿Cuáles serían? El alcoholismo y drogadicción, aquí ves mucho algo que quizá no ves en otras partes, donde personas mayores, no los jóvenes, estoy hablando de generaciones previas, hacen uso de drogas. crean una familia, crían a sus hijos bajo este*

esquema, de estar bajo el efecto de drogas y alcohol, yo creo sería otro eje muy importante violencia intrafamiliar, alcoholismo y drogadicción [P16: psicólogo].

La pobreza generalizada en el país se toma como constante y como parte del trabajo diario, hay en esa asociación pobreza-enfermedad un sino de fatalidad adjudicado por el personal de manera automática:

...sueldos tan bajos que tiene nuestra población a nivel nacional. Medio comen, medio viven, medio visten, medio que van a la escuela, medio se alimentan; los mismos problemas de familias tan numerosas que tienen veinticinco años, ya tiene siete hijos, cinco hijos y no quieren hacer nada, entonces dices, cómo va a funcionar esta familia en cinco años, en diez años, es donde yo pienso que lo padres pierden el control, entonces como que dicen que cada quién viva y sobreviva como pueda [P7: TS2 mujer].

Ante la situación dominante de pobreza, se suma la responsabilidad individual adjudicada a la población atendida por su estado y por su problemática, el caso del embarazo adolescente es ilustrativo sobre la designación de fatalidad o problema tipo de la población que se atiende donde las asociaciones de juventud, pobreza, ignorancia y responsabilidad se conjugan en el contexto causal de los problemas de salud:

Empezaron su vida sexual activa y reproductiva muy jóvenes, porque son veintitrés años y ya con cinco hijos [P 7: TS2 mujer].

E. En jóvenes ¿cuáles son los principales problemas?

I. Hijole, embarazo adolescente... la mayoría es de niñas, muchas veces de doce quince años (...) Sí, de quince, dieciséis años, hasta hemos tenido pacientes de doce, trece años que vienen con embarazos o con abortos [P 8: R1-GO. mujer].

E. En jóvenes ¿cuáles son los principales problemas?

R.. Pues yo creo que aquí y en todo el país la falta de cultura, la falta de cultura y educación y de ahí se derivan muchas patologías, hay madres muy jóvenes con muchos hijos, con muchas carencias, con faltas de higiene, muchas enfermedades y con mucha pobreza [P23: trabajadora no médica].

E. En jóvenes ¿cuáles son los principales problemas?

I. Hablar de situación familiar, pues son hijas de madres solteras, o abandonadas, que viven en unión libre, y pueden estar en el medio económico bajo. pues de ahí viene toda la problemática [P13: médico GO].

E En jóvenes ¿cuáles son los principales problemas?

I. La mayoría de las personas de aquí trabajan y descuidan mucho a los hijos... hay muchas jovencitas que tienen quince, catorce años y ya son mamás y les pregunta uno por qué se embarazó, porque no sabía, yo pensé que en la primera vez no iba a quedar embarazada [P 21: enfermera de Base 2].

E. ¿Qué tipo de violencia es la que más se atiende y se presenta en el hospital?

1. La gente, la cultura que tiene es mínima y están acostumbrados a resolver todo con violencia, con gritos, con una actitud obviamente de fuerza física, que obviamente, el personal médico aunque tengamos la actitud, y estoy hablando del área de urgencias, aunque tengamos la actitud y la buena voluntad de tratarlos dignamente, empiezan también a agredirnos a nosotros [P4: médico U].

El personal de salud del hospital establece una relación directa entre marginación, pobreza, violencia y embarazo adolescente, reconoce el contexto en el que trabaja como un medio marginal, de arraigadas costumbres y tradiciones que se asocia con la ignorancia, con la falta de educación, de oportunidades de empleo y de salarios que permitan condiciones de vida adecuadas. Estamos entonces en una situación en la que las y los informantes se perciben atrapados e incapaces entre la institución y las y los pacientes, con recursos insuficientes para atenderlos, desde las mismas condiciones de atención que les limita la realización de su imaginario profesional.

2. Relación entre integralidad en la atención y recursos disponibles para prestarla

El discurso de la integralidad desde la postura institucional del nivel central, esta referido a la formación de equipos de trabajo interdisciplinarios, capacitados y sensibilizados para cada problemática que atienden, conocedores de la norma y garantes por encima de todo del derecho a la atención de la población usuaria; este discurso no se asimila al trabajo cotidiano del hospital; en el hacer, la cotidianidad impone sus propias condiciones:

Desgraciadamente cada turno se transforma en un hospital, de la mañana pues quizá se tengan todos los recursos, en la tarde medio, entonces así en los diferentes turnos se va transformando un hospital, y también depende mucho el apoyo del asistente de la dirección, para que esto pueda funcionar con los recursos que también a él le faciliten [P 25: TS mujer, fin de semana].

En cuanto a trabajo falta mucha coordinación en este hospital, cada quien dice hacer lo que le toca, las actividades son unidas, en sí son procedimientos que se llevan, y cada uno tenemos una participación; entonces el procedimiento se corta, y en ese sentido es lo que digo, falta mucho trabajo de equipo sí; eso casi no lo hay [P 5: TS3 mujer administrativa].

Ha aumentado mucho desde que inició el programa de atención y medicamentos gratuitos, se aumentó mucho más la demanda de atención médica y la atención cambia como todo hay médicos que atienden a su paciente adecuadamente: les indican y les dan la orientación sobre su padecimiento, y habrá otros médicos que atienden, les dan su receta y que te vaya bien [P 12: TS4 varón].

La visión del trabajo a mediano y largo plazo desde estos referentes del hacer y el no hacer no permite que el cambio para la mejoría del servicio sea factible o probable, puesto que los problemas de funcionamiento se han acumulado más no resuelto. Cómo se adecua la institución hospitalaria adentro frente a la demanda del nivel central, es una cuestión que puede ayudar a entender el largo camino de la materialización no sólo del derecho a la salud, como posibilidad real, sino a la integralidad de las prácticas de atención en salud.

2.1. Organización particular de los equipos de trabajo

Los canales de comunicación y el funcionamiento de los procedimientos básicos de trabajo se tienen claros en teoría, en la práctica es cuando se percibe su mal funcionamiento y las dificultades para hacer que todo funcione como se supone debe funcionar:

Para mí, mi problema con ellos [los médicos] es que no los he hecho entender, que nosotros tenemos que establecer la coordinación para equis traslados, hacer todo lo que se tenga que hacer y ellos tienen que hablar y decir de qué se trata, y no los hago entender, dicen que no, que a trabajo social le toca todo, le digo "doctor es que tiene que estar aquí, porque usted tiene que decirlo." "No, es que por eso te di la hoja y ahí viene todo", es que no es lo mismo, entonces dicen que somos negligentes en ese sentido [P 7: TS2 mujer].

Todo paciente que se quede hospitalizado debe de ser informado oportunamente el por qué se queda, y qué es lo que le van a realizar, más sin embargo, hay médicos que si lo hacen y hay médicos que no lo hacen, entonces es cuando se crea la confusión entre familiar con el equipo de salud, porque no nada más es el médico, somos todos, ya involucra a todos [P 25: TS mujer, fin de semana].

Que exista una muy buena relación entre las autoridades, jefes, los directivos, jefes, todos los servicios con la dirección, así sería más productivo esto; mejor planeación del trabajo, a mejores planes, es mejor el trabajo [P 12: TS4 Varón].

Las posibilidades de mejoría en la institución se ve lejana por sí misma y se abriga la posibilidad que el cambio venga de fuera entre otras cosas por el desgaste de años de trabajar las mismas personas juntas y de la habituación de rutinas comportamientos y problemas ya arraigados entre el personal:

Fijate que yo pienso que todo necesita un cambio, cambios en procesos, en esta institución llevamos quince años, la mayoría los mismos jefes, la mayoría los mismos coordinadores, y a veces se requiere sacudir más un poquito esa polilla, para darle apertura a nuevas pers..., a nuevas gentes que traen otro tipo de contexto, innovaciones.

E. ¿Qué tipo de violencia es la que más se atiende y se presenta en el hospital?

I. La gente, la cultura que tiene es mínima y están acostumbrados a resolver todo con violencia, con gritos, con una actitud obviamente de fuerza física, que obviamente, el personal médico aunque tengamos la actitud, y estoy hablando del área de urgencias, aunque tengamos la actitud y la buena voluntad de tratarlos dignamente, empiezan también a agredirnos a nosotros [P4: médico U].

El personal de salud del hospital establece una relación directa entre marginación, pobreza, violencia y embarazo adolescente, reconoce el contexto en el que trabaja como un medio marginal, de arraigadas costumbres y tradiciones que se asocia con la ignorancia, con la falta de educación, de oportunidades de empleo y de salarios que permitan condiciones de vida adecuadas. Estamos entonces en una situación en la que las y los informantes se perciben atrapados e incapaces entre la institución y las y los pacientes, con recursos insuficientes para atenderlos, desde las mismas condiciones de atención que les limita la realización de su imaginario profesional.

2. Relación entre integralidad en la atención y recursos disponibles para prestarla

El discurso de la integralidad desde la postura institucional del nivel central, esta referido a la formación de equipos de trabajo interdisciplinarios, capacitados y sensibilizados para cada problemática que atienden, conocedores de la norma y garantes por encima de todo del derecho a la atención de la población usuaria; este discurso no se asimila al trabajo cotidiano del hospital; en el hacer, la cotidianidad impone sus propias condiciones:

Desgraciadamente cada turno se transforma en un hospital, de la mañana pues quizá se tengan todos los recursos, en la tarde medio, entonces así en los diferentes turnos se va transformando un hospital, y también depende mucho el apoyo del asistente de la dirección, para que esto pueda funcionar con los recursos que también a él le faciliten [P 25: TS mujer, fin de semana].

En cuanto a trabajo falta mucha coordinación en este hospital, cada quien dice hacer lo que le toca, las actividades son unidas, en si son procedimientos que se llevan, y cada uno tenemos una participación; entonces el procedimiento se corta, y en ese sentido es lo que digo, falta mucho trabajo de equipo sí; eso casi no lo hay [P 5: TS3 mujer administrativa].

Ha aumentado mucho desde que inició el programa de atención y medicamentos gratuitos, se aumentó mucho más la demanda de atención médica y la atención cambia, como todo hay médicos que atienden a su paciente adecuadamente: les indican y les dan la orientación sobre su padecimiento, y habrá otros médicos que atienden, les dan su receta y que te vaya bien [P 12: TS4 varón]

La visión del trabajo a mediano y largo plazo desde estos referentes del hacer y el no hacer no permite que el cambio para la mejoría del servicio sea factible o probable, puesto que los problemas de funcionamiento se han acumulado más no resuelto. Cómo se adecua la institución hospitalaria adentro frente a la demanda del nivel central, es una cuestión que puede ayudar a entender el largo camino de la materialización no sólo del derecho a la salud, como posibilidad real, sino a la integralidad de las prácticas de atención en salud.

2.1. Organización particular de los equipos de trabajo

Los canales de comunicación y el funcionamiento de los procedimientos básicos de trabajo se tienen claros en teoría, en la práctica es cuando se percibe su mal funcionamiento y las dificultades para hacer que todo funcione como se supone debe funcionar:

Para mí, mi problema con ellos [los médicos] es que no los he hecho entender, que nosotros tenemos que establecer la coordinación para equis traslados, hacer todo lo que se tenga que hacer y ellos tienen que hablar y decir de qué se trata, y no los hago entender, dicen que no, que a trabajo social le toca todo, le digo "doctor es que tiene que estar aquí, porque usted tiene que decirlo." "No, es que por eso te di la hoja y ahí viene todo", es que no es lo mismo, entonces dicen que somos negligentes en ese sentido [P 7: TS2 mujer].

Todo paciente que se quede hospitalizado debe de ser informado oportunamente el por qué se queda, y qué es lo que le van a realizar, más sin embargo, hay médicos que si lo hacen y hay médicos que no lo hacen, entonces es cuando se crea la confusión entre familiar con el equipo de salud, porque no nada más es el médico, somos todos, ya involucra a todos [P 25: TS mujer, fin de semana].

Que exista una muy buena relación entre las autoridades, jefes, los directivos, jefes, todos los servicios con la dirección, así sería más productivo esto; mejor planeación del trabajo, a mejores planes, es mejor el trabajo [P 12: TS4 Varón].

Las posibilidades de mejoría en la institución se ve lejana por si misma y se abriga la posibilidad que el cambio venga de fuera entre otras cosas por el desgaste de años de trabajar las mismas personas juntas y de la habituación de rutinas comportamientos y problemas ya arraigados entre el personal:

Fijate que yo pienso que todo necesita un cambio, cambios en procesos, en esta institución llevamos quince años, la mayoría los mismos jefes, la mayoría los mismos coordinadores, y a veces se requiere sacudir más un poquito esa polilla, para darle apertura a nuevas pers..., a nuevas gentes que traen otro tipo de contexto, innovaciones.

3. Condiciones de trabajo

La conjugación del tiempo que ha transcurrido desde la creación del hospital a la fecha y el deterioro tanto de los materiales y espacios de trabajo como de las relaciones interpersonales al interior de cada servicio proporciona un panorama pesimista en términos de la forma en la cual se lleva a cabo la atención y las posibilidades de mejorarlo:

Por eso a veces no nos interesa, no nos importa, ¿Por qué?, porque no tenemos tiempo o porque la sobrecarga de trabajo nos lo impide amén de que hay que ser honesto, también existe una situación de que yo tengo mis problemas personales igual de fuertes, o más fuertes que el de la paciente y me ensimismo y pienso que lo mío es más importante que todo lo demás [P 20: médico administrativo].

Existen muchos problemas de relaciones interpersonales, es un hospital que inicia con gente muy joven, gente profesional cien por ciento, creo que somos el único hospital en la red que cuenta con el personal profesional cien por ciento, ya agarramos mañas, ya agarramos, pues, ahora si que maneras propias de cada gente, y eso ha deteriorado tanto la atención, como la relación interpersonal [P 19: enfermera administrativa TI].

Tendríamos que tener primero, una plantilla idónea, en número de personas, adecuado a las necesidades que se me están presentando en este momento; segundo, con base a las necesidades o la demanda que estoy teniendo en los diferentes servicios, tengo que hacer una situación de abastecimiento de los diferentes elementos, estamos hablando tanto de equipo, como de insumos, como de consumibles, para que esa demanda pueda ser satisfecha al cien por ciento; y tercero, una cosita que crees que es muy fácil, pero que es muy difícil de conseguir, que el personal tenga más involucramiento de tipo personal con las usuarias o con el personal que viene a solicitar un servicio [P 20: médico administrativo].

El contexto, a más de adverso, se advierte como acelerador del deterioro de la comunicación y el trato con las personas y la prestación del servicio en conjunto en términos de calidez, oportunidad y calidad de trato.

3.1. Condiciones de trabajo violatorias de derechos

Los tiempos disponibles para la atención personalizada se han reducido por el aumento de la demanda de servicios, si se suma la ausencia de buena parte del personal por turno ya señalada y la escasez de recursos se tiene como resultado un servicio que se sabe deficiente y que dista mucho de ser el óptimo en términos de una atención integral y oportuna:

La enorme demanda de atención que estamos teniendo, por ejemplo un promedio de alrededor de treinta y cinco consultas para cada uno de los médicos, esto genera que en

un tiempo de alrededor de seis a siete horas máximo se tenga que dar la atención a este número de personas, lo cual, si usted hace cuentas y hace números le brinda un tiempo muy escaso, muy pequeño para que usted tenga una relación, una interrelación personal con el paciente [P 20: médico administrativo].

No hay un compañerismo de manera que hubiera un apoyo entre ellos de manera, de sacar el trabajo, por ejemplo, siempre hay competencia, siento yo, el hecho de que "Ay, te voy a hacer esto", o "tú me hiciste esto" o sea no hay cooperatividad de la gente para poder sacar las cosas en conjunto, sino que "cada quién ve para su santo" [P15: médica administrativa].

Porque si hay una determinada cantidad de trabajo se divide entre determinadas personas aunque todo mundo tiene supuestamente funciones definidas, si esa persona es eficiente y hace su trabajo se le pide que le colabore a algún compañero y se le pide que le colabore a otro, principalmente al jefe, para que quede éste así, como que muy libre, dando órdenes [P 23: trabajadora no médica].

Aquí el trabajo no es de calidad, aquí somos bomberitos, se presenta el problema y a sacarlo adelante, hay gente que si nos dedicamos, que sí sabemos que podemos hacer mucho por la población, y podemos beneficiar mucho a la población a través de la institución, pero hay gente que no hace caso de eso, muy negligente, no me interesa y si tienes tu problema es tu problema, "se lavan las manos" [P 7: TS2 mujer].

Se trabaja con lo que hay y con lo que se puede, pero con un volumen de trabajo cada vez más grande y con saturación de áreas y servicios, así el cansancio, el estrés y los problemas interpersonales emergen fácilmente:

Las relaciones de trabajo son muy difíciles entre compañeros especialmente cuando se trata de dirección, supervisión o coordinación de turnos. Falta mucho conocimiento del hospital por parte de las directivas, especialmente en la parte operativa, aquí no hay normas de seguridad, no hay prevención ni detección de VIH-SIDA para el personal [Observación de campo: Médico Adscrito].

Ha habido problemas de recursos, guantes reutilizados, sin esterilizar, los residentes se han quejado pero cuando lo hacen, son calificados de conflictivos y se les llega a molestar hasta cansarlos [Observación de campo: Trabajadora Administrativa].

En la mañana hay mucho trabajo pero también hay mucho personal, en la tarde hay mucho menos gente y en la noche hay hasta un sólo médico por servicio [Observación de campo: Estudiante Enfermería].

A las condiciones materiales hay que agregarles las condiciones de atención relacionadas ya no con recursos, tecnología y espacios, se le añade el componente de la atención y en él se detectan elementos que profundizan la dificultad de materializar la tan anhelada atención integral y la materialización del derecho a la atención y al cuidado de la salud.

3.2. Condiciones de atención violatorias de derechos

Las condiciones operativas de trabajo favorecen la desatención y el olvido de protocolos y procedimientos y cuidados para cada caso:

Tenemos una, un sobrecupo y un porcentaje de ocupación arriba del ochenta por ciento y esto es de manera diaria, nos rebasa el área de ginecobstetricia, tenemos cuarenta y un camas disponibles en gineco y a veces tenemos la toco llena, donde hay once camas a veces tenemos hasta quince pacientes, entonces lo que se trata es de agilizar el lugar, y entre más pronto tengamos disponibilidad pues más podemos recibir pacientes, la consigna es no regresarlos [P 10: trabajadora administrativa no médica].

Recuperación, no tenemos recuperación, por un lado, por otro lado es el hecho de que por cuestiones de trámites administrativos, tienen que pasar las pacientes a un área de hospitalización que ya está saturada, que no hay camas, entonces se llena la toco, se llena lo que supuestamente sería recuperación, y no tenemos lugar para donde pasar a las pacientes, que si todas las unidades, por decirte algo, las pacientes de bajo riesgo, a las seis horas se debieran de dar de alta, así pueden pasar todo el día, toda la noche y hasta el otro día, a veces se van, porque no han podido pasar a hospitalización, entonces definitivamente yo siento que falta la reestructuración de ahí, para poder hacer algo en la unidad de referencia [P 15: médica administrativa].

La preparación y la capacitación previa para el cargo así como el entrenamiento especializado, son elementos que se extrañan y se mencionan como parte del problema; las personas están asumiendo los cargos sin real conocimiento de las responsabilidades del mismo y de las condiciones disponibles para cumplir con las metas del servicio:

Se debe hacer es que a quien va a ocupar el puesto -hombre o mujer- hay que hacerles un perfil, que no sean violentas, insensibles, porque muchas veces esto produce secuelas [P 6: médico administrativo U].

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. Fijese 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 [Observación de campo: Médico Directivo].

Hay médicos que nunca se colocan los zapatos quirúrgicos para entrar a las áreas, hay quienes usan la ropa de la calle y entran tranquilos otros fuman en áreas prohibidas [Observación de campo: Médico Adscrito].

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 [Observación de campo: Enfermera de base].

El cansancio y el deterioro de las condiciones de trabajo y de la comunicación entre personal de cada servicio aumenta las tensiones y problemas en el hacer diario:

Parto en sala, médica residente evidentemente agotada con dolor en el cuerpo y contracturas en espalda y cuello, pos guardia, recibe justamente un parto difícil con desgarro interno atendiéndolo con dificultad, pinchándose varias veces; el cansancio es tan evidente que las médicas internas le ayudan al papeleo y el trámite de cierre de procedimientos [Observación directa en sala].

Es muy cansado, las cosas, el ambiente de trabajo y la comunicación no están bien, pero bueno, trabajamos con lo que hay, aunque no tengamos todo lo que debemos tener [Observación de campo: Enfermera de base].

Las enfermeras son las más preocupadas por las circunstancias de la prestación de los servicios y de las limitaciones que se encuentra en cada turno, no dudan en señalar sin embargo, problemas particulares de médicos cuyo trato al personal y al paciente requiere ser revisado y abordado por una instancia superior que incida en la modificación del comportamiento de cada uno de ellos:

No sé lo que les pasa a los médicos, muy pocos son los que hablan con las pacientes, les explican y les dedican tiempo [Observación de campo: Enfermera Jefe₁].

La jefa de enfermeras comenta que, al principio, cuando ella llegó, este médico insultaba a los residentes 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 [Observación directa en campo].

Quiero que nos acompañe al recorrido con este doctor, es muy importante para que lo vea porque es tremendo, me hace llorar al personal, cuando no, me deja llorando a las pacientes, ahora tal vez haya cambiado porque ahora es totalmente indiferente como si no le importara la gente [Observación de campo: Enfermera Jefe₂].

A las condiciones de trabajo, sumarle las percepciones del personal sobre la dimensión del hacer diario permite realizar una aproximación a los conceptos de derecho a la atención y a la prestación del servicio, que orienta el actuar de cada turno y de cada servicio.

3.3. Conciencia del derecho a la salud en trabajadores, estudiantes, directivos y población

Elementos generales sobre el deber ser del trabajo hospitalario están presentes en la percepción del personal, tan claramente como lo están las dificultades para lograrlo, la falta de pertenencia. de calidez se confrontan con lo que se espera sea el

comportamiento de las personas atendidas, así como la vocación clínica y de servicio frente al interés político y personal de algunas autoridades:

Sí hay gente muy agresiva, muy exigente en cuanto a la atención que se le debería de dar pero uno debe de guardar la cordura debe de serenarse y calmarse porque no puede ponerse al tú por tú con un paciente eso hablaría muy mal de nosotros; se perdería la relación médico paciente, así estemos lo más cansados que se esté, hay que actuar de una forma en la que el paciente no se sienta mal ... [P14: médico interno].

Lamentablemente la cabeza en este tipo de instituciones no es el criterio técnico, es el criterio político que a su vez destruye la planeación y a su vez ésta destruye la operación, y eso es, eso desde el punto de vista del análisis institucional que referíamos es lo que se llama la transversalidad, te afecta toda, toda la institución y te la amuela [P 16: psicólogo].

Si toda la gente nos pusiéramos realmente la camiseta, y dejáramos de estar viendo que yo tengo más grado que tú y yo te voy a mandar a ti, te puedo decir es un grado de poder, otra cosa sería el hospital, yo creo que debemos de tener un respeto hacia nuestras jerarquías, pero el hecho de que tú tengas un respeto no te va a quitar que seas más o menos si te pones a la altura de todos [P 21: enfermera base 2].

Las implicaciones de una equivocación están presentes en las narraciones del personal, así como su preocupación por las visibles diferencias entre el trabajo de unas y otras personas y el funcionamiento de uno y otro turno:

Las mujeres son las que más trabajan, son las que si tú ves en las estadísticas, te digo que yo estuve en programación y evaluación por muchos años, si tú ves las estadísticas son las que dan más consulta, son las que hacen más procedimientos quirúrgicos, o sea, son las que sacan la mayor parte de la carga de trabajo de este hospital, y hablando de médicos de mujeres médicos y en general, o sea, alguien prefiere tener una mujer aunque sabe que se puede embarazar y se le puede incapacitar tres meses, pero sabe que le va a sacar el trabajo de ella y el del Jefe [P 23: trabajadora no médica].

Que se favorece la violencia emocional de los trabajadores por la sobrecarga de trabajo. por eso digo que lo que falta es que esté la planilla completa, porque realmente darías calidad y tú no tendrías tantísimo desgaste, y es desgaste físico y emocional, una secretaria se presiona por terminar un oficio, pero si se equivocó lo rompe y ya, o lo repite, pero uno como personal médico, te equivocas y puedes ir a parar en la cárcel e incluso afuera te está esperando el usuario para darte una tunda, por venganza [P 24: enfermera base 1].

Desde este panorama de base se puede deducir que los componentes de la integralidad enunciados al principio del capítulo están ausentes en la cotidianidad del trabajo hospitalario; se puede afirmar que los compromisos de las metas y los programas estatales y federales de salud no coinciden con el hacer diario de los hospitales que se supone deben materializarlos, así el derecho a la salud no sólo se

aleja de su concreción sino que los obstáculos para su realización amenazan el trabajo mismo de las instituciones hospitalarias y el desempeño cotidiano de su personal, pudiendo originar en su misma deficiencia situaciones que devienen en violencia, aspecto central del próximo apartado.

4. A manera de conclusión

Antes de entrar en el siguiente capítulo de resultados, se puede decir hasta aquí que las condiciones de trabajo en la institución hospitalaria contribuyen al distanciamiento de la prestación de servicios de salud con calidad y del logro mismo de la integralidad y la realización del derecho a la salud. La organización interna de trabajo carece de autoridad y credibilidad para la distribución del trabajo y de las cargas correspondientes a cada turno, este hecho ha desgastado y deteriorado la comunicación institucional entre instancias y entre el personal.

Las limitaciones y la escasez de materiales de trabajo, de insumos, así como el ausentismo, de ser excepcionales han pasado a ser permanentes; la situación ahora es más evidente desde la entrada en marcha del programa de gratuidad que ha saturado los servicios y producido un aumento de demanda que se enfrenta a básicamente la misma oferta de servicios con los mismos problemas que tenían antes que el programa empezara a operar.

La intensidad de trabajo reduce los tiempos de atención y la calidad de la comunicación médico-paciente, el manejo de cuadros clínicos y el tratamiento de la enfermedad desde diagnóstico y la tecnología médica se privilegian ante el contacto y la comunicación interpersonal. Los años que lleva la escasez y los déficit en insumos y recursos han terminado por limitar el interés en el trabajo del personal, en tensionar las relaciones interpersonales y deteriorar la comunicación entre instancias.

Los desencuentros laborales obedecen a desigualdades en las cargas de trabajo producto del ausentismo, la falta de límites y de control a las irregularidades en el trabajo y la baja confianza en las autoridades y en su capacidad de resolución de los conflictos. La falta de gobernabilidad y de coordinación institucional, así como el

manejo inadecuado de las relaciones con el sindicato ha decepcionado al personal y generado apatía e indiferencia ante nuevos programas y posibilidades de modificaciones de las formas de hacer y de trabajar en el hospital; el malestar, el cansancio, la rutinización de las carencias y los problemas para la realización de las actividades diarias son parte de este contexto.

La alta rotación de los cuadros directivos, el aumento de tareas derivado del cambio de política de atención con gratuidad, sin la modificación de las condiciones de base, ha generado desfases y diferencias entre instancias institucionales y niveles centrales de administración y dirección hospitalaria reflejados en problemas en los canales de control, de autoridad y de dirección y lo que es peor, ha llevado a la habituación del mal funcionamiento institucional que a fuerza de la costumbre se ha vuelto cotidiano y se ha asumido como normal.

Equipos dañados sin mantenimiento, algunos viejos sin posibilidad de arreglo, funcionando mal o deteriorados por su uso se suma a las condiciones de atención, afectando los tiempos disponibles por el volumen de trabajo y la saturación de áreas.

Los esfuerzos de cambio no han prosperado en parte por la asociación que el personal de salud hace entre la pobreza, la enfermedad y la ignorancia con los problemas de salud de la población atendida a quien se responsabiliza de su estado, de allí que se desestime el trabajo educativo y la importancia de la comunicación interpersonal en consulta. La falta de continuidad de los programas redundan en esta tendencia.

Frente a este contexto de trabajo las aspiraciones de los equipos de trabajo interdisciplinarios de la atención conjunta en programas coordinados, se quedan en los protocolos que no se pueden llevar a cabo por problemas de funcionamiento institucional ya enunciados que se han acumulado pero no resuelto. Las posibilidades de cambio de estas condiciones son puestas afuera en instancias externas a la institución hospitalaria, en cambio se particularizan dinámicas separadas de los grupos de trabajo y se desarticula la interdisciplina al interior de la institución hospitalaria. Las actualizaciones del personal médico de base y de las

directivas han sido lentas y no han garantizado el cabal funcionamiento de los nuevos programas, se evidencia la falta de calidez y calidad de la atención y el giro de la vocación clínica y de servicio frente al interés político y personal de algunas autoridades entre las que se incluye el sindicato.

Desde este panorama como base se pasa en el siguiente capítulo a detallar la presencia y la percepción de la violencia y de la violencia de género dentro de la institución hospitalaria, tanto la identificada por el personal de salud como la observada directamente en campo en las diferentes áreas y servicios.

CAPÍTULO VI

VIOLENCIA Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL CASO ESTUDIADO

Este capítulo se ocupará fundamentalmente de todas las formas en las cuales la violencia se hace presente en el contexto hospitalario, no sólo la que llega para ser atendida y la percepción que el personal tiene de la misma, sino también la que puede llegar a generarse en su interior. Se conserva para su lectura el mismo esquema de información que en el capítulo precedente, puesto que las fuentes se mantienen así como el manejo de los testimonios, se recomienda el mismo cuidado en la lectura de los detalles y las características de las y los informantes que participaron en el estudio, en particular porque este capítulo se va a centrar propiamente en la violencia y la violencia de género presente en la institución hospitalaria.

Personal de salud*	Servicios	Programas
Observación en campo	Observación de campo	Observación de campo
Conversaciones-entrevistas	Consulta informes	Revisión de informes
Diario de campo	Notas de campo	Notas de campo

* El personal incluye directivas, estudiantes, personal de planta, hombres y mujeres con más de diez años de servicio en la institución. Se identifica para cada testimonio la clave de la entrevista-conversación, el cargo y sexo. Si es Nota de Campo se dice el área observada y se indica cuando es del caso a las personas que intervienen en la nota.

Para su lectura se han estructurado los hallazgos en tres grandes apartados: el primero recoge la violencia atendida por el hospital; segundo, la violencia presente en el hospital tomando como referencia estudiantes, médicos, personal, directivos, población usuaria; la relacionada con la organización interna y las jerarquías. Y, tercero, la violencia relacionada con la tecnología, con el cuerpo, el sufrimiento, las condiciones de trabajo, con la formación de estudiantes y trabajadores; para terminar con un último inciso que cuestiona la situación adentro del hospital y afuera de él como pregunta. Este panorama prepara el terreno para la tercera y última parte de los resultados de campo que analiza propiamente la violencia de género y el programa de detección y prevención de la misma emitido por la Secretaría de Salud Federal acogida por la instancia local.

1. Violencia atendida por el hospital

La importancia de la identificación de la violencia como problema de salud apenas es reconocida por el personal del hospital como necesaria, es preciso entonces identificar y caracterizar la situación de la violencia al interior de la institución; dado que las dos, tanto la violencia que llega de fuera para ser atendida en sus efectos mórbidos y mortales, como la violencia que es generada dentro del ámbito hospitalario, son considerados problemas de salud pública y objetos de atención por parte de la Secretaría de Salud Federal y local y origen del programa de detección y prevención de la misma.

De acuerdo a los trabajadores y trabajadoras del hospital entrevistados, la violencia que llega a los hospitales es difícil de identificar como hecho violento por parte de la población usuaria de los servicios de salud, a veces ésta se presenta asociada a otros problemas como el alcoholismo o la drogadicción; el temor a los reportes y el no reconocimiento del mismo obstaculiza la posibilidad de llevar a cabo los procedimientos específicos que los programas de atención tiene estipulados para estos casos:

La violencia que yo he visto si ha sido, la mayoría es en parejas jóvenes, en los jóvenes Yo diría entre los 20 a los 32 o 35 años donde la víctima es la mujer, por su esposo, su esposo o su pareja, la mayoría son agredidas cuando el hombre está en estado de ebriedad, causando desde un moretón o una contusión, caída de dientes, fracturas nasales, hasta un traumatismo craneo encefálico [P 6: médico administrativo U.].

(...) viene gente agredida por violencia familiar pero casi no lo reportan... casi la misma familia lo niega y es muy poca la gente que en un momento dado dice: "fui agredida por mi familia, por mi pareja, mi mamá, mi esposo"... muy poca gente lo dice [P12: TS4 varón].

Para entender mejor el proceso se va a abordar inicialmente la violencia presente dentro del hospital o generado en él.

2. Violencia en el hospital

La antigüedad, la formación y la jerarquía del personal son elementos que forman parte del abuso en las relaciones de trabajo hospitalario. Se percibe como una cadena donde van sucediendo diferentes hechos en detrimento de la otra persona

según la escala de mando, el rango y la trayectoria de quien la ejerce; este sistema de abuso sistemático se incorpora al hacer cotidiano y al trabajo diario:

Ahorita la situación que se vive en los hospitales es una situación de poder, aquí el que tiene el poder es el que impone, todo lo que sea a los estudiantes a las enfermeras, todo mundo trata de abusar del que tiene menos rango o del que no es agresivo no, del que se deja o de abusar del que trabaja más; si alguien trabaja más, a esa persona se le carga el trabajo porque lo saca rápido [P 23: trabajadora no médica].

Nivel educativo y formación no tienen mucho que ver a la hora de relaciones interpersonales y humanas, como lo aclara la enfermera de base respecto a su superior, médica, también mujer:

Muchas compañeras tenían temor de ir a esa área porque estaba esa doctora, le tenían miedo, miedo, entonces pues yo de alguna manera me enfrenté a ella y le dije que a mí no me iba a gritar ni aventar las cosas, que me disculpara que aunque ella fuera la médico especialista y yo enfermera general tenía más educación que ella, en primera, porque te llamaba la atención delante de los pacientes, te gritaba te aventaba las cosas, entonces eso no es correcto, yo como le dije a esa doctora, usted no es nadie para que me grite de esa manera, usted tiene el derecho de llamarme la atención si tengo un error sobre las indicaciones que usted me está dando para el manejo de este paciente, pero en cuanto al respeto y la educación, usted la trae en los pies y si usted me vuelve a gritar entonces nos vamos a ver allá afuera [P 23: enfermera base 1].

El miedo inhibe la acción y tiende a silenciarla. Como en este caso, en muchos consultorios observados se asume el mal carácter del cuerpo médico del hospital pero no se hace nada al respecto para cambiarlo o mejorarlo. La obediencia y la jerarquía entre profesiones opera en este caso, para llevar a segundo plano el conflicto que los problemas de carácter generan sobre las relaciones de trabajo del personal médico con las demás personas de la institución; donde de hecho se excusan tales excesos en la sapiencia o la habilidad clínica de los médicos tratantes:

Pero cuidado doctora hay mucha gente que tiene su problema pero es muy buen médico [Observación de campo: Médico Adscrito].

De todo hay, los médicos, si son muy peleoneros, ellos pelean; hay un doctor, no sé como se llama, pero yo una vez escuche que le dijo una enfermera: "Doctor, ¿está bien lo que me puso aquí, o le corrijo?" no se le fue a la enfermera, no sé para que preguntó. cuidado, "si yo le estoy anotando así, es porque yo sé lo que hago, aquí yo soy el médico", pero gritando, manoteando; y la enfermera, "es que doctor yo pensé"... "es que yo lo estoy diciendo, y yo me estoy haciendo responsable, y así está bien, así lo tiene que acatar" [P 25: TS mujer, fin de semana].

Hay un médico también en medicina interna que la plantilla le tenemos pero pánico, imagínate los familiares, todos hemos presenciado que el familiar le llega a preguntar

algo, no, no, le va al pobre familiar mal, yo como le digo a la gente, mire es el médico, téngale paciencia porque finalmente esta viendo bien a su paciente, es lo más importante.... es buen médico y esta viendo bien a su paciente, es de mal carácter, pero mire lo esta viendo bien [P 25: TS mujer, fin de semana].

Dentro de las jerarquías de trabajo dentro del hospital lo médico abarca toda la atención institucional desde la formación misma, por eso es importante ver la forma como estos modos de hacer se transmiten a las y los estudiantes, cómo se reproducen.

2.1. En estudiantes

La normalización de la agresión cotidiana en el trabajo hospitalario se aprende desde la pasantía, las rotaciones, el internado y la residencia en hombres y mujeres, lo cual no resulta problemático si se le suma la carga de trabajo y las limitaciones para llevarlo a cabo que se señalaron en apartados anteriores; se acostumbra el uso de una comunicación agresiva y el manejo de importantes niveles de tensión en las relaciones de trabajo entre unas y otros desde el inicio de la rotación y desde cada servicio:

Pero insisto muchas veces por la carga de trabajo y porque ya se te junta la gente afuera y ya, que muchas veces dejamos la parte relación médico paciente no. Puedes perder la paciencia, y de repente si levantar la voz o, no sé algunas cuestiones así, yo he tratado de cambiarlas, pero que la misma cotidianidad te lo impide no, y vuelves a lo mismo, de repente si llega a suceder, me trato de calmar pero no puedo [P 8: R1, GO mujer].

Frente a la imposibilidad de cambiar rutinas y hábitos se termina asumiendo que los grados de tensión son parte del aprendizaje y de la formación: "eso no es violencia, eso es disciplina" en palabras de un médico interno iniciando rotación en el hospital:

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 senti discriminado, ni maltratado en mi formación [Observación de campo. Médico Directivo Adscrito].

Lo cierto es que el personal en formación es un aporte invaluable para el trabajo hospitalario, esto se reconoce en términos generales, pero también se reconoce que no se les forma lo suficiente:

Menos mal que ahora tenemos pasantes que nos ayuden a tomar signos y a llevar la papelería, nos alivianan mucho, son chicas muy dispuestas y le echan muchas ganas, pero el mes pasado no tuvimos ni una sola pasante y se nos recargó el trabajo [Observación de campo. Enfermera Base, consulta externa].

Los médicos adscritos más jóvenes tienen más iniciativa para la enseñanza, le dedican más tiempo, pero hay por ejemplo un médico que llega a dormir, a leer la prensa y se queda sentado en la residencia médica horas, mientras hay grupos de estudiantes de medicina de primer año, hasta siete estudiantes en el área, sin orientación, deambulando de un lado a otro llenando los quirófanos en momentos de parto, hasta que algún adscrito decida mostrarles o enseñarles algo [Observación de campo. Médica Jefa Adscrita, servicio].

Para el personal médico de base hay ya condiciones de trabajo de por sí limitantes, insuficientes para su trabajo, mismo que terminan haciendo a medias.

2.2. En médicos

De nuevo se antepone la pericia clínica y la habilidad técnica a la calidad y calidez del trato del personal médico a sus pacientes, por dichas habilidades se excusa el grito, el insulto y la impaciencia y no sólo frente a la población usuaria sino también frente a la población trabajadora:

Pero no es por no denunciarlo, sino por ayudarlo a tener esa paz, de que bueno si así es conmigo como será con mi paciente no, en cualquier momento me lo desconecta y me lo deja morir; es buen médico y está viendo bien a su paciente, es de mal carácter, pero mire, lo está viendo bien; si quiere poner una queja adelante está en su derecho... [P7: TS2 mujer].

Esa doctora era excelente doctora, a los pacientes los manejaba muy bien, pero tenía un carácter tan feo. Yo fui testigo de que a algunos compañeros enfermeros hombres les llegó a hablar así y se quedaron callados, era el temor, y pues ahorita por ejemplo tú te diste cuenta, estaba enojada, no pudimos hablar con ella y siendo que era necesario, o sea si existe el roce y el maltrato, si existe, tampoco te puedo decir más porque es por áreas [P 23: enfermera base 1].

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 [Observación de campo. Médico Adscrito en servicio].

No todo el cuerpo médico se rige de la misma forma, también hay quien habituado a la superioridad de lo clínico frente a lo asistencial, asume posiciones de poder independientemente de la calidad de su trabajo:

La mayoría de muchos médicos, como que dicen yo aquí vengo -yc lo escuché de alguien- yo aquí vengo a hacer como que trabajo y ellos hacen como que me pagan y yo le conteste, no doctor, usted esta aquí porque quiere, si usted no quiere estar, nadie lo tiene a fuerza, la puerta esta muy ancha para que usted se vaya y le deje el lugar a alguien que si lo necesita, porque entonces usted no lo necesita [P 21: enfermera base 2].

Ella me exigía también medicamentos que no los había en el hospital y quería que me los sacaran como dicen de las nalgas, es que no lo hay, mire aquí está mi solicitud a farmacia donde dice que no está el medicamento y ella lo exigía, lo quería y te gritaba [P 23: enfermera base1].

En la percepción del personal médico, parte del problema es la gente sin educación o cultura, de la paciencia y el rol paciente y las directivas y jefaturas del área sin mencionar curiosamente a la institución hospitalaria en su conjunto en donde lleva a cabo su trabajo:

Educar al paciente que tiene que asistir, que debe de estar al pendiente, que debe de guardar compostura, orden, que debe estar tranquilo, que si no hay el lugar para verlo, bueno, entender que somos muchos ya los que demandamos el servicio, esto de qué habla, de que esta cultura, que nos faltaría en general, una parte está comprometido el médico en darla, y la parte de las autoridades por parte de los políticos y nuestros jefarcas, nuestros mandatarios [P 4: médico U].

Atribuciones que antaño se atribuía el personal médico siguen vigentes en el trabajo, como el derecho a gritar o a insultar al personal y a los trabajadores, los hechos violentos como tal son endilgados a las "clases" bajas del hospital lo cual corrobora la existencia de marcadas jerarquías en la institución:

Son continuas, son humillantes, son en forma despectiva, con gritos, y no le permiten ni hablar a la persona, le hacen sentirse minusválido, siendo que si a esas vamos, todos somos gatos de la institución. Pero esas personas son oportunistas porque saben a quién le gritan, a quién le ofenden verbalmente, ¿golpes? Pues creo que si ha habido dos o tres ocasiones, pero yo diría en las clases bajas: chóferes, camilleros y personas de intendencia, ahí sí ha habido golpes. Y con médicos, una vez, pero ahí no fue por humillaciones, fue por otra situación, ahí era directo, ¿no? Pero la mayoría es por humillación, porque se hartan, porque dicen: ya estuvo suave que me estás humillando y que quiero que esto cambie [P6: médico administrativo U].

Es común que en el trabajo hospitalario el trabajo clínico médico tenga el centro de la atención institucional, alrededor de este se organiza el resto de actividades de tipo asistencial y administrativo, lo cual refuerza la tolerancia a formas sutiles pero contundentes de tensión de conflicto y de violencia al interior de la institución, como lo muestra su personal en el siguiente apartado.

2.3. En personal

Empieza a haber elementos de horizontalidad en el trato que el personal solicita para sí, para relaciones armónicas y para el trabajo en equipo que la gente requiere, aun cuando haya percepción de la diferencia generacional en tales valoraciones:

Ni somos el dedo chiquito del médico, ni estamos arriba del médico, sino simplemente estamos a la par. Si cada quien cumple sus actividades como se debe podríamos hacerlo. Para evitar cuestiones generadas de sentimiento, de conocimiento; aquí todavía no se acaba la teoría de donde dice la mayoría de las enfermeras después de los 45 años, para ellas sus dioses son los médicos. Se acabó la temporada en que las enfermeras preparaban el café para los médicos, y que las enfermeras hacían esto por los médicos, y que las enfermeras hacían aquello por los médicos. Ahora no, ahora trabajamos iguales. Tenemos las capacidades de trabajar al igual, claro eso sí, cada quien en su cargo [P 11: enfermero administrativo].

... esto [la pérdida del trabajo en equipo] ya es como un cáncer, ya toda la gente está a la defensiva, tratando de mantener un puesto, ya no es como antes, te digo, o sea, a los médicos les importaba que sus pacientes estuvieran bien hasta que los jardines se vieran bellos, que en los pasillos se respirara armonía, que todo mundo se saludara, ahora no, ahora es de entre menos me puedan molestar y pueda estar encerrado en mi caso mejor [P 23: trabajadora no médica].

El trabajo en equipo se ha resquebrajado con el tiempo y el cambio de política institucional, pareciera haber un primer momento de trabajo colaborativo y un segundo momento de permanente presión, quejas e inconformidades tanto de quienes reciben el servicio como de quienes lo prestan:

Cuántas veces la gente nos reporta, y yo creo que, a veces no nos merecemos eso, porque al menos yo en mi persona considero que no trato mal a la gente, no soy grosera, ni regrese mañana, mañana la atiendo, que se yo, entonces es lo que a mí me molesta de esta situación [P21: enfermera base 2].

Este es un hospital de segundo nivel, pero aquí se recarga el trabajo porque no deberíamos estar haciendo control prenatal, eso lo debe hacer el centro de salud. si este es un hospital de segundo nivel debe estar dedicado exclusivamente a embarazo de alto riesgo, pero aquí no funciona la interconsulta ni tampoco los niveles de atención [Observación de campo: Médico Adscrito].

Persiste la percepción de "clase" en las relaciones de trabajo y con ella de las condiciones que favorecen el abuso en el trato entre compañeros, especialmente entre hombres y mujeres de diferentes jerarquías; en las quejas se acentúa la falta de educación, los abusos de confianza y el aprovechamiento de situaciones de vulnerabilidad:

Puestos como los de intendencia, por ejemplo, puestos menores por decirlo así, vienen al hospital a veces jovencitas que provienen de hogares desintegrados o cosas de esta naturaleza, y entonces vienen con carencias afectivas importantes, y algunas personas del sexo masculino se acercan, la conquistan, le hacen el cortejo y pueden llegar a una experiencia de un tipo aventura con un coito sexual fundamentado [P 12: psicólogo].

Pues mire, aquí muchas veces confundimos, la amistad con el trabajo, entonces es cuando se rebasan los límites de tolerancia y es cuando el mismo gremio se agrade, porque bueno, muchas veces no sabemos diferenciar que es laboral y ya lo agarramos personal, o confundimos, no sabemos los límites de una amistad y lo que a ti te corresponde hacer como trabajo [P 25: TS mujer, fin de semana].

Yo tuve la fricción con ese camillero y me gritó y yo le dije a mi no me va a gritar, entonces me dio mucho coraje porque era algo que él tenía que hacer y se enojan, entonces duró mucho tiempo sin hablarme ese camillero, no ahora ya me habla o sea el se dio cuenta que yo no le busqué pleito por pelear nada más, él se tuvo que dar cuenta que yo estaba en mi derecho como trabajadora de lo que le había pedido y tenía que hacerlo [P 23: enfermera base1.].

El abuso de confianza entre compañeros se asume como malos entendidos sin importancia de fondo aunque en realidad la tengan como se puede apreciar en la siguiente situación:

Pero no se comenta... o sea es que hay personas que son bromistas no, y sabes que son así medio vaciladoras con las mujeres, por así decirlo, pero como que no pasa de ahí, pero a mi ya me molestaba, digo entraba y me agarraba las manos, me recorría la cortina no, no, no, entonces a mi todo eso era molesto, pues no, porque no lo sentía de esa persona, y menos en horas de trabajo [P 7: TS2 mujer].

Yo como hombre qué le puedo decir, yo con todas mis compañeras me llevo muy bien. Claro que llega a haber ciertas fricciones de vez en cuando, no esperamos que una relación amistosa pueda... digo de trabajo... no lo puedo llamar tanto de amistad, sino de trabajo, hombre - mujer, siempre hay la lucha ¿no? siempre hay la lucha. Esa lucha de que pues "yo se más", "tú sabes más" [P 12: TS4 varón].

Yo salgo a las seis, pero uno de mis compañeros se va a las siete y si entraba a la oficina y me veía sola buscaba la manera de besarme, yo veía que entraba y yo me salía, interrumpía mis labores, es muy, muy molesto, es un fastidio y a pesar de que era compañero, y te limitas mucho porque también me hace favores, vio a mi papá, le tomaba la presión, entonces como que quería cobrarse y es lo que más te duele, y que dices tú, no se vale, mejor que me diga cuanto cuesta la consulta y con gusto lo traigo y le pago y no es compromiso más que ese [P 7: TS2 mujer].

Problemas de salud ocupacional generados por la presión en el trabajo se han presentado sin que reciban la atención requerida, situaciones no atendidas que pese al tiempo transcurrido siguen teniendo efectos en la calidad y el ritmo de trabajo de los equipos de cada programa:

Esto se notó, tendrá unos tres años, que se vino, pues no sé si fue una epidemia, o fue a consecuencia de la carga de trabajo, un promedio de trece gentes tuvieron parálisis facial, del personal de enfermería, y no se le dio la importancia que se le tenía que dar, yo en lo personal, haciendo comentarios con las compañeras pensamos que se tenía que haber hecho un estudio, del por qué les dio parálisis facial a todas [P 24: enfermera base 1].

Frente a situaciones de acercamientos personales entre personal, se afirma que su presencia es habitual en el medio hospitalario dada las características y las condiciones del trabajo, para algunos médicos es más visible el caso de tales relacionamientos que la presencia de abusos o chantajes personales entre compañeros:

Conozco experiencias triangulares dentro del hospital en el sentido en que alguno de los integrantes de esa pareja es casado, o casada y tienen una relación acá. a veces los dos son casados y ya se convierte en rombo no en triángulo, yo te puedo decir que es lo que se da [P 16: psicólogo].

Dado el peso de las jerarquías de autoridad y de mando en los servicios hospitalarios tiene todo sentido revisar de manera particular la dinámica de trabajo en los contextos administrativos de la institución hospitalaria que es precisamente la dimensión que aborda el siguiente apartado.

2.4. En directivos

Nuevamente la formalidad de las jerarquías y autoridades hacen valer el peso de su cargo y posición, ya sea para saltar pautas y procedimientos convencionales ya sea para proceder aun por fuera de las facultades de su cargo. La vía expedita de la autoridad ante situaciones, dificultades en el trabajo o ante problemas entre el personal es la vía escrita y formal, fuera de ella ninguna situación se da por cierta o por existente. Aquí se conjugan dos problemas importantes: primero, reconocer una situación como irregular, violenta o lesiva; segundo, hacerla de conocimiento de las autoridades pertinentes, denunciarla, diligenciar la queja ante las instancias encargadas de ello. Sin esos elementos, la autoridad no actúa, no reconoce la existencia de la situación y tampoco interviene en ella:

Si un médico tiene que ir a saludar a otro médico a una institución es una cuestión de trabajo y se le autoriza; si una madre de familia tiene que asistir a una junta escolar y

trae un comprobante es una persona que busca pretextos para faltar porque es mujer no [P 23: trabajadora no médica].

Hasta el momento no tenemos oficialmente ninguna, ninguna situación de este tipo documentada, a pesar de que existe un módulo de atención y quejas, este módulo es el que nos da a nosotros la pauta para determinar en qué situación se puede presentar una queja, en este caso en lo personal no se ha presentado por el momento ninguna de estas quejas. estamos cayendo en una situación muy subjetiva, ¿por qué? porque yo hablo de lo que conozco, de lo que yo sé, necesitaríamos conocer el cien por ciento de lo que es la problemática real, para poder tomar, o poder dar una opinión veraz, ¿por qué?, porque existe la situación de que si hay un subregistro, o si hay una queja escrita, o si hay una situación que yo conozca por escrito entonces sí puedo intervenir, si no, no puedo hacer nada [P 20: médico administrativo].

A los problemas que a este nivel pueda presentarse puede agregarse la complejidad de las situaciones que aparecen en micro, en la relación básica del hospital, la relación médico paciente que se abordará a continuación.

2.5. En pacientes

Las características de la población atendida, migrante, de ascendencia rural, pobre y con bajos niveles educativos, como la apatía del mismo personal, son la base común de la consulta médica, lo que al decir del personal desmotiva la labor educativa o informativa básica que se debe realizar en consulta:

Bueno, yo trabajo en otra institución y ahí el nivel educativo, quizá sea un poquito diferente y la gente llega propiamente a pedir métodos anticonceptivos, el dispositivo, hormonales, todo eso, aquí la gente, batalla uno para poderle ofrecer un dispositivo, porque "mi suegra dijo que no" "mi esposo me pega si me opero", este, "no, yo quiero tener más hijos", cosas así no, entonces realmente la demanda también es, pues poca, o sea no llega la gente solicitando realmente el servicio [P.15: médica administrativa].

ya se ha perdido, no por completo, pero sí en un gran porcentaje, lo que es la humanización de lo que es el área médica o las ciencias médicas no, nos estamos enfocando única y exclusivamente al puro cuerpo que es bio, lo que es lo orgánico. sin tomar en consideración que los otros dos factores el psíquico y el social son fundamentales para la atención de una persona [P 20: médico administrativo].

La tensión del trabajo debido a la alta demanda de servicio aumenta con la escasez de espacio y de recursos, estos elementos facilitan la aparición de abusos y de malos tratos por parte del personal hospitalario a la población usuaria. Nuevamente condiciones que ya son parte de la cotidianidad del trabajo en la institución:

Bueno a veces si nos topamos con gente que es un poco o un mucho agresiva no, tanto ellas como sus familiares y no entienden la cantidad de trabajo que uno tiene. para

seleccionar a la gente que ingresamos, por ejemplo en ginecología son muchas en trabajo de parto y cuestiones de ese tipo [P8: R1 GO, mujer].

Los pacientes se han visto sentados o acostados en colchonetas en el suelo, las camas llenas que están en el área de observación; las camas que tenemos ya son insuficientes, incluso en el área de piso, pacientes que tardan en el servicio de urgencias hasta una semana [P 6: médico administrativo U].

Salvo situaciones donde la agresión es contundente y notoria se ha llegado a tomar medidas para el caso, como por ejemplo:

... La relación de médico – paciente, actualmente donde estoy si me llama mucho la atención de que hubiera tanto maltrato a la paciente, tanto cuestionamiento con la paciente. Inclusive en alguna visita este médico hizo llorar a la paciente, la chica ya no quería saber nada de él; le decía que no la querían, que la dejaban aquí por mala, que no había hecho las cosas bien. Esa vez sí lo platiqué y lo reporté, porque a mí no me parece que trate así a la gente, porque él no es nadie para estarla cuestionando y no es nadie para tratarla así; esto fue con ella y lo mismo fue con las residentes mujeres [P 9: enfermera administrativa GO].

Frente a la pregunta por abusos puntuales por parte del personal a la población usuaria se responde con incredulidad sobre la veracidad de las versiones de pacientes frente a comportamientos de personal del hospital, esta actitud se acentúa por el desistimiento de la queja o la falta de seguimiento del caso en las instancias correspondientes:

Pero hasta recientemente hubo uno, entre comillas, que no se comprobó, a un médico de una paciente, el médico ya tenía problemas, pero ya no se le hizo el seguimiento, la paciente ya no regresó a reforzar su queja, otro caso de camilleros, pero igual con pacientes, pero creo que entre el personal las mujeres están lo suficientemente aptas y capacitadas para defenderse, por muy mal preparadas que estén se defienden, y de eso en fuera no, no, yo no le llamaría acoso, es asedio [P 6: médico administrativo U].

Las formas de protestar son de hecho, las diferencias no se ventilan formalmente, la formalidad es un último recurso, porque los registros por escrito le ponen otro acento a las diferencias y remarcan ya manejos personales complicados. ¿Qué tanto de estas situaciones suceden por las mismas jerarquías médicas e institucionales y qué tanto los abusos y agresiones se justifican porque precisamente se trata de un superior? Eso es justamente lo que se va a tratar a continuación.

2.6. Por organización y jerarquías

Se cree que si las directivas cambiaran de raíz habría posibilidades de rectificar situaciones habituales como irregulares, agresivas, abusivas o violentas, sin embargo, la habituación y el acostumbramiento de tales abusos, por períodos prolongados de tiempo, tornan distante estas posibilidades de cambio o de rectificación de las formas de trabajo. Se admite también que falta preparación y formación para las directivas, capacitación para la realización de su trabajo:

Entonces tendría que haber supervisiones o tendría que haber este, pues más que nada supervisiones, porque ya la gente que está aquí, ya estamos de alguna manera maleados y tenemos miedo, o sea que como autoridad yo, yo subordinada tú tienes la obligación tú, de que me firmes mi pase de salida, no es de que quieras, me lo tienes que firmar. Entonces son como supervisiones de tiempo después, o sea llega a haber supervisiones del control de asistencia, pero son, son, hay mucha corrupción [P 7: TS 2 mujer].

Existe siempre la postura de que el médico, bueno hablando de jerarquías, obviamente es el número uno, y está por encima de todos, entonces como jerarquía esto implica el poder y ¿Qué va implícito?, la violencia, entonces yo puedo manejar a mis pacientes como se me pegue la gana, yo les puedo hablar fuerte, quedito, los puedo agredir [P4: médico U].

Como administrativo, a veces siento que también intervengo en ese maltrato, al congreso que fui se habla que como jefe también maltrato, también hago daño, ¿Por qué? Porque a veces pueda ser autoritaria aunque no quiera serlo, porque a veces quiero que las cosas sean como yo lo digo ¿no?, y sí lo hay, en toda la parte administrativa hay cierto maltrato [P 9: enfermera administrativa GO].

Vuelve el peso del "cuerpo médico" de su autoridad, se asume como gremio difícil de manejar dada la centralidad institucional en el saber y el hacer clínico como eje del trabajo; a pesar del desbalance de las cargas de trabajo que existe entre el personal clínico y el médico asistencial, aun así, se favorecen situaciones de abuso de la condición de médico frente al cuidado de pacientes y frente al manejo familiar del caso:

No es fácil la comunicación con ellos, y no se podría decir, los médicos se sienten por encima, la atención es muy impersonal, un área donde nada más pueden dar indicaciones y ya, y ellos creen que todo lo que digan se tiene que hacer [P 5: TS3 mujer administrativa].

Dentro de la escala de agresión en cuanto a profesiones, a actividades, cabe mencionar que el médico es una de las personas más violentas, porque la violencia finalmente, su piedra angular es el poder, entonces quien genera o tiene poder, obviamente es quien

produce violencia, aquí en este aspecto el médico es el que tiene el poder, es la mayor jerarquía que existe por sobre todas las profesiones [P 4: médico U].

Es histórico, el médico siente que la enfermera tiene la obligación de llevarle su café, hasta atenderle sus llamadas, atender a sus pacientes y todo no, hay una situación como de, como de, cómo te diré... de abuso, con un poco de abuso, ella es la enfermera y si un paciente se complicó era su obligación aunque tenga cuarenta pacientes que atender, si un médico no le quiere pasar visita a más de un determinado número de pacientes, pero si hay una enfermera fuera de servicio eso es un problema eh, ella tiene que ver a todos los pacientes porque nada más hay una [P 23: trabajadora no médica].

Efectivamente al hablar de jerarquías hospitalaria se habla en primera instancia del gremio médico, base constitutiva de la institución y causa de la mayor cantidad de problemas de manejo de relaciones de trabajo:

Los médicos son tendientes mucho a jerarquizar, yo sé más que los demás, por poder, en este caso por conocimiento quieren hacer valer esta situación, y entonces para ellos los demás son ignorantes, porque ellos tienen una mayor formación. Eso genera violencia. Entonces les han hecho que el generar violencia a través del nivel cultural también es muy visible en este hospital y en todos, cuando alguien sale o desacata ciertas reglas, entonces le llamamos la atención, pero todo esto debe ser en base a las normas establecidas, y eso es poco frecuente. Lo más frecuente es, "yo te voy a llamar la atención porque yo soy el jefe, yo soy el médico y yo soy el varón" [P 4: médico U].

En la escala de poder hay pequeñas jerarquías que además de los cargos administrativos aplica, opera y condiciona el trabajo diario del hospital; todo el personal forma parte de este entramado organizado para operar sobre la base del poder el uno sobre el otro, médicos y enfermeras los más visibles de la institución:

Si la enfermera no quiere hacer una curación, el médico le obliga a la enfermera a que ella haga la curación, la enfermera no quiere hacer la curación, obliga al interno, quiere obligar al interno a que haga la curación, el interno no se deja y entonces obliga al estudiante de cuarto año y el del cuarto al del tercero y nos podemos ir en cadenita no, porque la enfermera tiene mayor rango aquí porque ella es trabajadora de aquí y el estudiante no [P 23: trabajadora no médica].

Del rol histórico, sí se admite que hay maltrato y discriminación muy frecuente entre médicos y enfermeras por aquello de la jerarquía, yo pienso que no es normal, porque yo creo que, pues son criterios tan distintos porque obviamente cada quien tiene pensamiento crítico, un juicio crítico, y pues bueno, eso sí hay que trabajarlo en conjunto, en equipo; porque imagínate. Una enfermera y un médico en puestos medios mandos tienen que trabajar en equipo. ¿Por qué? Porque tiene que funcionar el servicio y si cada quien pues tiene diferentes ideas. nunca van a poder llegar a un acuerdo [P11: enfermero administrativo].

Si hay que analizar ciertas cosas, que son las estructuras de poder, las enfermeras tienen un poder enorme aquí, y yo veo que en todos los hospitales; reúnen un poder muy fuerte, primero porque numéricamente hablando normalmente son mayoría en un hospital y segundo porque hay una, un campo de acción muy operativo que ellas tienen

que si se proponen, aunque no sea que haya emanado del médico, lo pueden tomar [P 16: psicólogo].

Es necesario resaltar la forma como se asimilan, se legitiman y normalizan esas escalas de poder como una cuota necesaria para aprender, se asimilan como normales, naturales y básicas para entrenarse y para el día de mañana repetir el ciclo en algo que puede considerarse como la socialización de los micro poderes al interior del hospital y sus instancias:

Se supone que va por escalita, está mal dicho, pero así es no, el de base manda al R3 o R4, el de R4 manda al R3 y el R3 manda al 2 y el 2 manda al 1 y el 1 manda al interno. Si es donde aprovechamos o debemos de aprovechar para aprender algo, porque los que aguantamos vamos a seguir y los que no, pues ya no, lo que aprendimos en diferentes áreas pues lo vamos a aprender ahorita, y si no, pues ya no [P 14: médico interno].

Por ejemplo, en cirugía, los residentes de primer año tienen que pagarle el desayuno a los de más grado no, o tienen que pagarle muchas otras cosas, entonces, y son cosas que no se debían de hacer o sea, que realmente no es parte de una jerarquía, pero que se hacen y que, por ejemplo, entre nosotros se da eso, si me ha tocado cuestiones de "ah, ¿pues no lo haces? pues ahora me debes el desayuno, o me debes la comida." pero en general, de ningún caso así de abuso, o irrespeto no [P8: R1 GO mujer].

Puede que un directivo no tenga credibilidad pero tiene el cargo, puede que no se le reconozca como directivo pero ocupa el lugar y allí se generan las diferencias y resistencias en distintas áreas, incluso situaciones de abuso, de agresión al interior de las instancias de trabajo:

Ha habido directivos, pues prepotentes no, y pues eso no le gusta al trabajador, al trabajador si tú le das negativas a sus derechos pues obviamente que se enoja y entonces es cuando entran en inconformidad, está la negatividad y está la agresión verbal, y pues a sus espaldas también y pues si les va muy mal a los directivos, o sea nadie los quiere pero nunca [P 24: enfermera base 1].

A veces aunque no tenga conocimiento, quiere por encima de todas estas situaciones hacer valer que tienen un puesto, que tienen un nivel dado por equis persona o dado por la misma institución. Entonces, quieren abusar también de este poder, quiero también con esto decir, muchos de los jefes nada más por el hecho de ser jefes son violentos, el jefe es violento [P4: médico U].

Hay excepciones a la norma que pueden encontrarse, pero la marca de episodios anteriores puede durar y afectar el trabajo, en ocasiones estas situaciones se superan, pero a veces no:

A un director, ése todo le venía bien, le decían el chido, así le decían a él... y él viene a gritarme, me llamó la atención muy feo, y por algo que yo no, no tenía, este, participación, fue después, pero mucho después, ya cuando se iba mas bien, me pidió disculpas, pero hasta ese entonces lo reconoció y dijo que ya no iba a suceder [P5: TS3 mujer administrativa].

Esa socialización en la autoridad, esa entrada a las jerarquías marca el desempeño de futuras generaciones de profesionales de la salud, internalizada en el abuso y la agresión como parte de la disciplina, aprenderán desde estudiantes la formas de operación de los mecanismos constitutivos de las jerarquías y la autoridad médica.

Otras condiciones coadyuvan a favorecer situaciones de desventaja o abuso entre instancias, algunas de ellas relacionadas con la propia capacidad instalada y los recursos existentes en la institución para sacar el trabajo cotidiano como se muestra a continuación.

3. Relacionada con la tecnología propia del hospital

La tecnología tiene que ver con quien la maneja, no basta tenerla, se necesita saber usarla, el siguiente caso ilustra la urgencia de hacer uso de los avances disponibles para modernizar todo un área de trabajo en la institución y la imposibilidad de hacerlo por la persona que está a cargo de tal dependencia:

Definitivamente digo y pese a que me da tristeza, porque digo es un servicio que debiera de estar super bien,[Estadística] siempre ha estado mal, y siempre ha estado me refiero desde que era residente, y que yo recuerde es la misma persona que lleva al servicio, con la misma gente de apoyo, la misma cantidad de gente, pero que nunca ha habido un cambio en eso, o sea siempre ha habido así, pero fatales y repito pues de plano muy, muy mal [P 15: médica administrativa].

Se hace patente la conciencia de las carencias y debilidades institucionales y la resignación a las nulas o pocas posibilidades de transformación de las mismas, un estado de decepción que se percibe en la población trabajadora al respecto.

3.1. Relacionadas con el cuerpo

El cuerpo es la base del trabajo hospitalario, la diagnosis, el tratamiento, la prognosis todo derivado de la mirada clinica, es entonces la entidad básica de trabajo del hospital, cuerpos enfermos, dolientes, averiados que requieren atención y

que deben someterse a estrictas medidas de manejo, aun cuando el personal médico obvie las mínimas medidas de prevención y de seguridad:

Un especialista entra a quirófano directamente de la calle sin el uniforme reglamentario, visiblemente molesto porque fue voceado para hacerse presente en su lugar de trabajo [Observación de campo, Área de Tococirugía].

El manejo explícito del cuerpo de las personas es parte del día a día, y eventualmente se descuida la intimidad, la reserva y el cuidado de la privacidad de ellas, especialmente en el caso de las mujeres, más vulneradas en algunas áreas de atención, donde la condición de hospital escuela, hospital público se coloca por encima de los principios elementales de la individualidad, la intimidad y el pudor:

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" [Observación de campo. Enfermera de Base, Tococirugía].

Los tactos y los exámenes ginecológicos se hacen al descubierto, todas las personas alrededor observan y frecuentemente el residente examina primero, explica al interno y el interno continúa el procedimiento. Las mujeres quedan expuestas, adoloridas y sangrando. Se habla con ellas lo mínimo posible [Observación en campo en Hospitalización, revista].

La infantilización de las mujeres es una forma recurrente de marcar distancia y diferencia, hasta cierto punto asegura el trato indirecto e impersonal:

Flojita mijita, una molestia, la voy a tocar [Observación de campo. Médico Adscrito en Consulta Externa].

A ver hija, qué tiene, como se siente. Hija, acomódese [Médico]. Abra bien sus piernas, baje la cadera, recoja su falda para no mancharse. Mire señora, si usted no colabora, el médico la va a lastimar, respire profundamente [Enfermera] flojita hija, relájese, la voy a tocar, no se mueva, póngase flojita [Médico] [Observación de campo. Consulta Externa].

Antes que la comunicación, que la orientación o la información adecuada, la sanción y el condicionamiento de la atención se usan como seguro del médico tratante:

No doctora, lo que pasa es que hemos perdido la empatía con los pacientes. ya no hay comunicación de verdad, eso se ha perdido [Observación de campo, Enfermera Jefa de Servicio].

En sala de partos se evidencia la pérdida de la noción de sujeto en consulta o en procedimiento médico; allí el cuerpo de las pacientes se condiciona y se conduce,

nada fuera de lo indicado cabe allí, de hecho expresiones que evidencian la anulación de la persona e incluso el insulto o el maltrato aparecen:

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! [Observación de campo en Toco 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 [Médica tratante] *la señora ni se moscó cuando el médico le llevó al niño, es que lo tuvo sin controles de ningún tipo* [Enfermera de Base. Observación de campo en Toco].

El trabajo diario con el cuerpo enfermo, afectado hace que se pierda el interés en la percepción del cuerpo por parte de las pacientes, como en el siguiente caso donde la percepción negativa del propio cuerpo se asume como parte de la queja de la paciente sin ser replanteada por la médica tratante, como se percibió en la siguiente observación de campo en consulta externa:

Mujer de 72 años apenada por tener que desnudarse para ser examinada, le van a hacer un papanicolao: mire lo que hay que ver, las cosas en las que se pone uno. Ese examen es horrible, el año pasado me lo hizo ese médico y eso es muy horrible, que pato, eso es un patote eso es una pena y a mi me da mucha pena. Oiga doctora, usted cómo hace para ver tanta cosa, si eso es muy feo, eso es horrible. La señora ya tiene afuera parte de la vagina, la intervención para ella es urgente, mientras se hace los exámenes y pide los resultados y le programan cirugía pueden pasar hasta cuatro meses siguiendo la ruta de los servicios públicos ofrecidos por la red pública [Observación en campo en Consulta Externa, narran paciente y médica].

En otros casos el cansancio y la habituación al cuerpo desnudo doliente y maltrecho lleva a la indiferencia y a la rutinización del trabajo:

Doctora, no está aburrida de ver tanta gorda, yo si, yo ya estoy cansado y eso es muy aburrido [Observación de campo. Médico Pediatra adscrito en servicio].

Ese cuerpo observado, tratado, intervenido pasa por el proceso institucional del tratamiento, el seguimiento y la observación, en este recorrido, el sufrimiento y el dolor tienen un lugar importante, como se muestra a continuación.

3.2. Relacionadas con el sufrimiento

La comunicación es esencialmente normativa e indicativa más que educativa y formadora, como por ejemplo:

Duele dice la paciente, bueno señora si quiere tener a su bebé... respire, le va a doler, abra su boca, le va a molestar [Observación de campo Médica Adscrita en Tococirugía].

El dolor es parte de la atención y debe ser asumido por la paciente en el entendido que si quiere atención debe asumir el dolor, la forma de indicar que se debe aguantar el dolor es la culpa, *le va a doler* para que el producto (bebé) nazca, *le va a doler* para que el producto (bebé) no sufra. En ese sentido el dolor es una cuota inherente de la futura madre:

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. Puje, no meta sus manos, si grita le corta el oxígeno a su bebé, no se desespere, no podemos hacer nada si usted no puja cuando debe pujar, respire por la nariz exhale por la boca como si fuera a hacer del baño, haga la fuerza abajo, si grita, hace la fuerza por la garganta [Observación de campo Médica R1 G.O en Tococirugía].

Momentos críticos son asumidos de manera explícita y directa, de nuevo el dolor y sufrimiento de la paciente se minimiza para el procedimiento, cualquier eventualidad o resistencia de parte de la paciente obra en su contra pues le es suspendida la atención:

Mujer Oaxaqueña 20 años, no siente a su bebé hace dos días, Señora no hay sonido, ese que escucha es el de su corazón, no el de su bebé que debe ser el doble de rápido, es muy probable que su bebé ya esté muerto, usted ya empezó trabajo de parto y lo va a expulsar, pero está muerto [Médica R2 G.O] Doctora que quede por escrito y que le firme que usted ya le explicó [Observación de campo Médico Adscrito en Tococirugía].

La complejidad de situaciones particulares no se libra de valoraciones morales de parte del médico tratante, especialmente en consulta donde el médico en este caso se asume autoridad:

Embarazo de alto riesgo, segunda gesta, sin control prenatal y en último mes, primer parto con condiloma (prepapiloma) evidentes problemas de pareja, aunque la mujer asiste con su suegra, el médico le dice que por dignidad debe dejar al marido, pues él le contagió un virus de transmisión sexual con el primer hijo y por eso debió hacerse cesárea, un segundo embarazo es un mayor riesgo para ambos [Observación de campo Médico Adscrito en Consulta externa].

La condición de clase y las valoraciones morales del médico tratante sobre su trabajo y sobre la institución donde labora salen a relucir así como las diferenciales de su trabajo en el ámbito público como el ámbito privado, marcando con ello su posición

frente a su propio desempeño y la valoración del mismo de acuerdo a su contratante, aspecto que parece ser más importante que la atención de la persona en sí:

En mi consulta privada y según la colonia donde atiendo hay otro tipo de relaciones, pero aquí falta mucha educación, falta mucha incultura y por eso hay tantos problemas, estas mujeres son sumisas, con malos maridos, irresponsables e infieles [Observación de campo Médico Adscrito en Consulta Externa].

La violencia, la agresión y el abuso son parte inherente del trabajo clínico, no sólo con la población usuaria sino también entre el mismo personal; en el siguiente apartado se verá cómo procede esta situación desde las mismas condiciones de trabajo.

3.3. Relacionadas con las condiciones de trabajo

La carencia y la escasez de base para el trabajo hospitalario favorecen la acumulación de situaciones irregulares que redundan en una atención deficiente, el personal lo sabe y la población también, ambas condiciones parecen ser la base de la evaluación del trabajo público hospitalario:

Yo creo que si del cien por ciento de los pacientes que se atienden se entrevistara a un cincuenta por ciento, de ese cincuenta ¿Que será?, el uno por ciento estará agradecido de la atención, porque no se puede, además de que no tenemos con que trabajar, no hay los medicamentos o el material que se necesita para su atención [P 19: enfermera administrativa TI].

El ausentismo ya señalado en apartados anteriores es el punto de partida para los problemas de atención y las situaciones que pueden suscitar agresiones y violencia, las faltas sin llamadas de atención y el exceso de beneficios sin aplicabilidad de normas disciplinarias licencia el trabajo deficiente por parte del personal:

Y en urgencias, pues sí nomás hay dos médicos, nada más ellos dos, es decir si uno falta, se queda el otro solo, si faltan los dos como hace ocho días, el domingo hace ocho días no hubo médicos, fuimos a ver al Director, nomás deja indicaciones o hace lo que puede; y en toco yo creo que está completo, pero igual se te llegan a desaparecer los tres ginecos, pero de todos es por lo mismo, porque hay muchas prestaciones [P7: TS2 Mujer].

Pues siguen faltando no; aparte de lo que es todos, tus días económicos, artículo, etcétera, y eso que ya es menos, porque ya uno de los artículos desapareció y nos lo pagan con dinero no, o sea que antes era peor, había muchos más porque habían artículo treinta y seis, artículo treinta y siete, más notas buenas [P 15: médica administrativa].

La irregularidad favorece la aparición de roces y enfrentamientos entre personal, rivalidades, y agresiones que terminan afectando el trabajo y el rendimiento de la institución donde la población usuaria es directamente la afectada:

Si tienes problemas con todo mundo porque como no todo mundo es responsable de su trabajo tienes que estar pues prácticamente exigiendo lo que tú necesitas y el personal no responde bien, algunos son groseros, si, te dicen cosas y pues tu con tal de cumplir con tu función tú ves la forma y cumples no [P 24: enfermera base 1].

A lo mejor hay poco personal, a lo mejor hay pocos médicos, pero dónde está nuestra conciencia, o sea yo también lo entiendo no, ahorita por ejemplo, está saturado y hay un sólo médico: entonces yo sí, modificaría las condiciones de trabajo para empezar, porque la gente abusa, o se hace responsable de su trabajo o que deje la plaza y que entre gente que quiera trabajar [P 7: TS2 mujer].

Situaciones de base que no pueden resolverse al momento favorecen condiciones irregulares de atención como por ejemplo:

Lo que pasa es de que nosotros como trabajadores de salud tenemos que ser discretos, no manejar ni nombre, a veces somos tres en el cubículo, como ahorita de los que no están la mitad, una compañera que esta aquí, no recuerdo su nombre, para todo está ausente. bueno si la corren y el que se afecta pues es el hospital no [P12: TS4 varón].

Aquí por ejemplo que una urgencia y las citas con especialistas tardan por lo menos dos meses, los laboratorios otro tanto y aunque lo que nos llega aquí es urgente, no tenemos cuando atender una urgencia con ese ritmo de trabajo y con la actitud del personal, imagínese, sospecha de cáncer y se demoran más de dos meses con los resultados ¿Qué puede pasar?. Usted que ha entrado a consulta dígame ¿Cómo se atiende a la gente aquí y cómo es la comunicación, las personas maltratadas con golpes, insomnio, colitis, gastritis. Cómo son tratadas? Se les da la receta para los síntomas pero de resto no se les atiende ni se les detecta de verdad el problema [Observación de Campo Médica Adscrita en Consulta Externa].

Hay días más pesados que otros y estas diferencias salen a relucir más fácilmente, momentos de saturación de servicios evidencian más las fallas y las deficiencias que hay en cada área de trabajo:

El servicio está lleno, hay pacientes sentadas y en el piso, quedaron pendientes sin resolver en el turno anterior. Así nos toca, a veces en observación debemos atender partos porque está demasiado lleno, el área no es la adecuada pero así trabajamos [Observación de campo Enfermera Base en Tococirugía].

En planificación familiar se atienden a dos mujeres simultáneamente y llegan a haber hasta cinco personas en la consulta, entre estudiantes, pasantes, enfermera y médico. En sala de partos, en quirófano cuento doce personas dentro de la misma sala prácticamente encima de la paciente [Observación de Campo en Consulta Externa y en Tococirugía].

Los turnos también hacen la diferencia y evidencian problemas de coordinación:

El vacío del cambio de turno dejó a la paciente sola en sala y sin atención, no tenía nota, de nosotras ninguna la recibió y así es muy difícil. Es que estamos en crisis, estamos trabajando mal, hay problemas de comunicación y no nos coordinamos como equipo [Observación de campo Enfermera Base en Toco].

Si parte de los problemas lo constituyen la estructura y los recursos otra parte lo conforma el mismo personal ante las mínimas medidas de seguridad hospitalaria, situaciones que violan reglamentos de seguridad básicos son parte de la cotidianidad del trabajo, pese a su conocimiento y a su implicación en el trabajo y en las condiciones de atención y de salud ofrecidas por la institución, estas son algunas de las situaciones observadas en campo en diferentes áreas:

A pesar de ser un hospital, algunos médicos fuman, lo han hecho en quirófano (área de descanso) y en consultorio [Observación de Campo en Consulta Externa].

Médicos y enfermeras toman alimentos en área quirúrgica. Los médicos especialmente no mantienen el uniforme quirúrgico reglamentario completo [Observación de campo Toco].

El médico que está haciendo la revisión de pacientes no usa uniforme completo, sin gorro ni tapabocas, pasa de sala en sala, cuando las enfermeras le piden que se cubra cabeza y boca aduce que para qué, si está en el área de admisión [Observación de campo en recuperación Toco].

Elementos de peso que tiene que ver con el rompimiento de normas de seguridad están asociadas a aspectos relacionados con la autoridad médica, a los médicos nadie los corrige, ni les llama la atención ni les ordena nada, la administración pese a tener cargo y jerarquía para hacerlo no confronta al gremio para evitar problemas, estas situaciones se aprenden desde la formación de practicantes y pasantes que observan estas tensiones como parte del trabajo cotidiano, lo cual se verá a continuación.

3.4. Relacionadas con la formación de estudiantes y trabajadores

Desde la universidad en el proceso de formación se reconoce la presencia de la violencia entre estudiantes, desde roces hasta agresiones personales, aunque también se asimila como parte de la formación del carácter y de la disciplina *propio*

de la profesión; parte del aprendizaje es acostumbrarse a recibir hostilidad de cualquier parte y trabajar en medio de ella:

Violencia entre compañeros también existe mucho, y de ahí nos iríamos ya a la formación en nivel licenciatura, y a este nivel se repite este fenómeno, a nivel escolar, llamado maestro alumno y llamado también compañeros [P 4: Médico U].

Lo que pasa es que siempre se ha dado así, yo creo que no es que sea normal, sino que siempre ha pasado así desde que somos estudiantes, en principio cuando eres estudiante, las enfermeras son las que te atacan a ti, pues tú vas a llegar a ser médico, tú vas a llegar a ser un médico, que la trate de mandar, o que le trate de dar indicaciones entonces mientras eres estudiante te maltratan todo lo que quieren, y después pues, yo en lo personal trato de llevarme bien con toda la gente, pero pues si se puede llegar a abusar, no sé que quieran verte la cara de tonto y pues cada, como, como te había mencionado, pues las jerarquías te exigen, y cada quién [P 8: R1 GO mujer].

Como hospital escuela, la calificación se torna como un poderoso elemento de presión entre estudiantes, de disciplinamiento, pero también como elemento de abuso por parte del profesorado, que puede en ocasiones encontrar en ella elementos de coerción:

Pues si, una vez me tocó que estábamos en el centro de salud inclusive por resultado, como le diré por presentar algunas cosas que el médico de base que era el expositor y no estaba muy de acuerdo dijo, bueno de todas maneras yo califíco y se las van a ver conmigo, y dicho y hecho éramos 3 o 4 personas y nos clavó, creo que por ahí va [P 14: médico interno].

Los estudiantes mont. Blanc que están en rotación, esos son buenos tienen entre 90 y 95, las estudiantes Perisur que son las delgadas con ombliguera son más bien regulares, son de 70; doctor, cómo 70, acuérdesse de la ombliguera...; Verdad doctor, tiene razón entonces hasta 85, pero por la ombliguera [Observación de campo. Conversación del equipo médico docente].

Formados y socializados en espacios jerárquicos y verticales en el trabajo, el estudiantado se prepara para su formación y desempeño profesional, los elementos asimilados son los que en parte orientarán su trabajo, es entonces preciso analizar a fondo cómo la tensión, la agresión que se encuentra dentro del hospital se ve permeada por la que recibe de fuera, si existe o no esa relación como se verá en el siguiente apartado.

4. ¿Adentro del hospital hay lo mismo que afuera?

Hay elementos que evidencian la reflexión sobre el contexto de origen del personal y las situaciones vividas previamente, sin embargo es necesario revisar hasta qué

puntos estos elementos son en sí mismos generadores de violencia al interior del trabajo hospitalario y qué tanto son provocados de forma externa:

Yo creo que tiene mucho que ver la persona, el tipo de carácter, los traumas que pueda tener cada uno, como que tú vas midiendo y vas viendo con quién se puede, incluso, yo en lo personal a las personas que son de mayor jerarquía, le he dicho oye te molesta que te hable de tú, si te molesta dime y yo te hablo de usted, no hay problema, no, no, no hay problema [P 8: R1 mujer GO].

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 [Observación de campo Médico Adscrito].

Que existen agresiones y formas de violencia es una realidad, qué tanto cree el personal que estas son generadas en el ámbito institucional es lo que se va a revisar en el siguiente apartado que aborda la situación interna de la violencia y la violencia de género en específico y la existencia, precisamente del programa de detección y prevención de la misma, vigente desde hace cinco años en la Secretaría de Salud de la Ciudad y mandato nacional por ser Ley Federal para toda la República.

5. La violencia de género en el hospital y el funcionamiento del programa para la detección y prevención

Este apartado es importante para la comprensión del objeto central del estudio, aquí se trata directamente a la violencia de género presente en las instituciones de salud, inicialmente como programa adscrito a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, acogiendo el programa nacional; y se procede a describir la violencia identificada en la institución, relacionada con la situación entre personal, población usuaria, estudiantes, personal médico; las formas derivadas de las condiciones de trabajo, con las jerarquías institucionales, con la formación de estudiantes y del personal, así como la homofobia; para terminar luego con la percepción diferenciada entre varones y mujeres de la violencia de género presente en su trabajo cotidiano, los matices, las dificultades y la percepción del personal sobre el trabajo en esta problemática.

Para la elaboración del texto se sigue trabajando con los testimonios directos del personal entrevistado, varones y mujeres que laboran en la institución hospitalaria así como relatos derivados del diario de campo que apoyó el trabajo en la institución observada.

5. 1. El programa de prevención y detección oportuna de la violencia de género y la generación de violencia en el hospital.

Hace cinco años se formuló a nivel nacional el programa de detección y prevención de la violencia de género, parte del personal ha recibido desde entonces capacitaciones sobre su manejo y funcionamiento y ha identificado que es un hecho que la violencia de género persiste en la institución, que se genera dentro de ella y que incluso esta se recibe, a su vez, de la población usuaria. Las formas de violencia persisten entre las directivas, así como la resistencia del personal a reconocerlas:

Capacitar al personal, hacerlo consciente de su problemática, aceptamos como violentadores, o sea, generadores y receptores de violencia y finalmente ya después poder trabajar en el área. Hay gente que a pesar de que tenga la formación, la información de este tema, no puede trabajar en hechos violentos, porque es violenta y genera violencia hacia las demás, debido a que no lo acepta el fenómeno como tal [P 4: médico administrativo U].

Tenemos jefes que todavía no entienden el concepto de lo que es violencia de género. todavía no lo ubican; tendríamos que trabajar más con todos nuestros jefes y coordinadores, y que una vez que estemos conscientes de lo que es el concepto de género y que realmente empecemos por uno mismo, yo creo que ahí podemos trabajar con nuestras actitudes, con nuestras indicaciones que se manden, que se giren con amabilidad, sin cuestión de ser agresivo. Podemos lograr mucho [P 11: enfermero administrativo].

Elementos propios del personal y de su singularidad entran a jugar parte importante en el trabajo de detección y prevención de la violencia, se han propuesto acciones y estrategias para partir del reconocimiento de su existencia al interior de cada dependencia y de cada persona para llegar a impactar en la atención de la población usuaria:

Quién va a ocupar el puesto hombre o mujer hay que hacerles un perfil, que no sean violentas, insensibles, porque muchas veces esto produce secuelas, se equivocan, y da por resultado un mal manejo de la unidad [P 4: médico administrativo U].

Pues las personas que estamos dentro de lo que es, encargados de lo que es la violencia, empezar a prepararnos más y preparar a la gente. con, no sé, con

capacitaciones, con más práctica que no sea tanta teoría, porque a veces lo que nos aburre mucho es la teoría, es que la violencia es esto, esto y esto; cuando hay un curso no, como que da flojera ir [P 12: TS4 varón].

Las dificultades institucionales se multiplican, el contexto adverso de limitaciones y escasez de recursos las favorece; la complejidad institucional no propicia el mejor escenario de trabajo para abordar la problemática:

Lo malo a veces, es que también los jefes dicen a los de la noche, te vienes al curso, pero ellos van a tener que llegar en la noche entonces, tendrían que faltar en sus otros trabajos, te vienes a trabajar, mejor me vengo al curso y no vengo a trabajar [P 12: TS4 Varón].

Si se dan capacitaciones, si identifico el conflicto, pero yo no he visto ninguna, algo relacionado aquí en el hospital. E. Sobre violencia de género, ¿Les han impartido cursos aquí al personal?. I. No, aquí no E. ¿Aquí no? su formación ha sido por fuera. I. Ajá [P 13: médico GO].

Capacitar a todo el personal, porque es un personal hecho y derecho que tiene sus paradigmas, sus complejos machistas, las enfermeras a veces son amas de casa sumisas y obedientes, no se diga las que tienen más baja educación: intendencia; entonces el peor paciente es el de adentro, tenemos que educarlos para educar y eso cuesta mucho, mucho trabajo. Tenemos que capacitar desde el señor que cuida, desde la señorita que está vigilando, desde la secretaria (...) Bien, primero entonces hay que educar, primero a los de casa y después, pero repito: la falta de recursos económicos y humanos nos tiene prohibido formar este tipo de equipos, porque no es una persona, es un equipo el que tiene que ayudar; pero no hay apoyos y entonces a la larga los que quieren apoyar dan por terminadas sus actividades y no cooperan después ya y con eso hay que luchar, pero de que se puede sí se puede crear [P 6: médico administrativo U].

Consideraciones elementales sobre la importancia y trascendencia del trabajo conjunto se llegan a plantear pero con pocas probabilidades de cambio, mas escepticismo que determinación se percibe en las personas encargadas del programa. El siguiente apartado aborda directamente la violencia de género para hacer evidentes sus formas y características más importantes en el contexto hospitalario.

5. 1.1. Identificación de la violencia de género dentro de la institución

La violencia reconocida dentro del hospital está relacionada con los médicos, el cuerpo clínico del hospital que se distingue especialmente por *abuso de su posición y de su autoridad* con el resto de personal, favorecido por las jerarquías y mandatos institucionales:

La gente llega y lo expresa a las autoridades, pero las autoridades no hacen nada, las autoridades están para defender a los médicos, no a la gente, o sea, lo que te decía, si alguien tiene un rango superior, tiene más respeto, es más creíble que quien tiene un rango inferior, en este caso se supone que estamos trabajando para los pacientes que aquí los pacientes deben de ser los número uno y no es así, no es así, no hay tal credibilidad, si una señora llega y le dice a la autoridad es que ese médico me tocó de más, este médico me hizo esto me hizo aquello, no hay credibilidad [P 23: trabajadora no médica].

Si se ha dado, pero porque se ha permitido por los subordinados el confundir la decencia con ser tontos, para no decirlo tan fuerte, la decencia la confunden con ser tontos, el respeto lo toman como que es un retrasado mental y eso permite que ciertas autoridades jerárquicas o de otros niveles, pero no con todos, porque eso permite como dice el dicho aquí en México: lo agarran de su puerquito, le cargan la mano, es al que más le exigen, es el culpable de todo y en todas las áreas existe [P6: médico administrativo U].

Cualquier jefe puede tratar de aprovecharse de alguien de menor rango, de una estudiante, de una secretaria y al expresar ella una queja con una autoridad inmediata no es escuchada porque tiene más voz y más validez la de un jefe que alguien de rango inferior [P 23: trabajadora no médica].

La burla y el doble sentido hacen parte de la dificultad de identificar la violencia en la institución y de reconocer la importancia de hacer algo al respecto, no hay que olvidar que esta es una forma sutil de violencia verbal:

El albur como dices no, como que ya es como un hábito, como que no se ve mucho más problemático, sin embargo, a mí eso si me molestó mucho, y yo a mis cuarenta y dos años no había manejado el albur, y ahora lo aprendí a manejar como hace cinco años, precisamente porque eran terribles en esas reuniones, yo me quedaba así como, ¿Qué me están diciendo no?, entonces aprendí, empecé a preguntar y es como me he dado cuenta de, de que es el doble sentido que me dicen no [P 19: enfermera administrativa TI].

Dentro del hospital se identifica la discriminación y el prejuicio como elementos que constituyen violencia y que terminan afectando el trabajo cotidiano y la puesta en práctica del programa de prevención y detección de la violencia de género. Un caso de discriminación por ejemplo, es el del personal que viene de los reclusorios de la zona para ser atendidos en el hospital:

Generalmente tenemos los otros pacientes del reclusorio. Son pacientes que son reos, porque ahí es la relación con el custodio y la relación con el paciente; procuramos siempre que la relación sea lo más igual que se pueda, pero ya marca la pauta el mismo custodio, que no puedes, hay cosas que no puedes meterte tanto, pero si hay discriminación ahí [P 9: enfermera administrativa GO].

También hay *discriminación al interior del hospital* entre diferentes sectores de servicios, marcadas diferencias entre unos y otros se perciben en el trabajo diario, distanciándose más del gremio médico clínico propiamente:

A lo mejor así discriminan, discriminan algunas gentes de la población; no a veces bueno, así ya, te puedo decir que todo el grupo de trabajo comentamos lo mismo, hemos comentado lo mismo y te puedo decir que tengo mejor relación con los camilleros, con los de intendencia, llegamos a comer con ellos, como se da, más fácil que con los médicos; con uno que otro hay buena relación, pero así en general es muy difícil una relación con ellos [los médicos], son como muy elitistas; como que eligen a sus amistades, como que no tienen educación [P 7: TS 2 mujer].

El prejuicio es un elemento presente en el trabajo y evidente como forma de violencia y exclusión en el trabajo hospitalario, su persistencia afecta la atención y el tratamiento brindado pues se torna diferencial con las personas basado en tales valoraciones:

Se le da la atención, pero después de que estuvo mucho más tiempo esperando no, porque provoca cierto asco, incluso en las señoras que van a tener sus bebés, si alguien tiene tatuajes no las quieren atender tampoco, obviamente por el riesgo que estén contaminadas porque sea un área de mucha sangre, lo que sea pero es algo que se deja sentir no, es algo que se percibe y las pacientes lo sienten [P23: trabajadora no médica].

Aquí en urgencias se recibe a mucho paciente que traen de la calle y se les atiende y que tiene los pies sucios, malos olores y todo, pero se les atiende si se hacen la occisas pero hay alguien que llegue y le atiende, o sea ah, ya llegó y van y se esconden por allá, para no atender a esa persona, pero finalmente lo atiende alguna enfermera [P 24: enfermera base 1].

De haber casos de violencia, la persistencia del prejuicio puede provocar la revictimización de la persona que busca apoyo y atención de parte del mismo personal hospitalario:

Si alguien viene a urgencias porque intentó suicidarse, lejos de decir que venga el psicólogo a platicar con ella y ahonita la atendemos no, se dice ahí déjala!, se está haciendo la loca, se quería morir no, yo quiero atender a los que quieren vivir, no a las que se quieren morir; y no las atienden, yo lo acabo de ver hace un mes, es que está intoxicada, Pues ahí déjala, ¿se quiere morir? A mi me interesa salvar a los que quieren vivir no a los que se quieren morir Ahí que se queden, yo no la atiende. A mi me tocó ver eso en urgencias, no sabemos qué llevó a esa persona a esa situación de crisis y por qué llegó hasta allí, no lo sabemos, a lo mejor la golpeó el marido, a lo mejor se le murió un hijo, no sabemos, y ya la estamos prejuzgando, porque no nos interesa, ella ya vivió cierta violencia, se violentó a sí misma y está recibiendo violencia por parte del personal médico, entonces la violencia sí tiene que ver con la salud [P 23: trabajadora no médica].

Otro elemento persistente en el personal es el *trato diferencial con pacientes con VIH*, pese al entrenamiento y preparación médica, el trato del personal sigue siendo *discriminatorio y estigmatizante*, hecho que también termina afectando su adecuada atención:

Lo único que no estamos de acuerdo, que cuando son personas infectados de cualquiera, de VIH o problema que tengan infección o todo eso, que los dejen en un solo cubículo y cierren la puerta. No estamos de acuerdo aunque tengan estos problemas que cierren la puerta. Como que lo estamos discriminando, porque somos seres humanos, o sea como ser humano, también un ser humano enfermo, que ahí sí vuelvo a repetir que así haya sido por su enfermedad de SIDA es muy respetable su vida, su forma de vivir es muy respetable, pero otra parte que yo no soy el médico, y dejarlo encerrado en un cubículo como que no voy de acuerdo, ni te acerques, como diciendo cierra la puerta porque es super contagioso y ya lo estoy discriminando y yo no estoy de acuerdo con eso [P 12: TS 4 varón].

No, sí lo atiende luego, por ejemplo, te toca el que está aislado con SIDA y tú dices "Ah, otra vez el de Sida" pero van y lo atienden a lo mejor ya no hay mucho desagrado en trabajar con pacientes con SIDA pero si varios lo tienen, con su forma de trabajar, con su experiencia, con sus recursos se le atiende, porque también es por los recursos [P 24: enfermera base 1].

En lo que a mi respecta pues casi no me ha tocado ver el rechazo o sea bueno no porque hay rechazo pero por comentario entre compañeros no, ese paciente está así y asa, pero no por eso dejan de atenderlo, a lo mejor no van con mucho gusto, pero lo atienden, pa que me entiendas [P 24: enfermera base 1].

Dentro de estas percepciones que se manifiestan una y otra vez entre el personal hacia la población atendida y hacia el interior de su propio trabajo, vale la pena revisar en cada grupo específico las formas que más persisten en ser identificadas como violentas para una mejor comprensión de la problemática de violencia de género en el hospital.

5.1.2. Formas de violencia de género entre el personal de salud

Las situaciones que afecten al personal, afectan a la población a la que se presta el servicio, las condiciones en las cuales se lleva a cabo el trabajo afectan el resultado del mismo que es la atención, por esta razón el estrés que persiste entre el personal, termina siendo asociado con el maltrato a la población atendida y con el maltrato entre compañeros y compañeras de trabajo:

Mi estrés me está, me está absorbiendo, y estoy quizá, dando un maltrato porque, al otro paciente estoy, espéreme tantito, ya lengo que atender a este otro, eso genera

trastornos también en la atención para con los pacientes [P 19: enfermera administrativa TI].

Te acostumbras al personal con el que trabajas, y pues a lo mejor te gritan, no se si es gente indiferente o están acostumbradas a lo mejor a que las maltraten, bueno a mi me duele que me griten o que sean indiferentes en el sentido que preguntes algo o que no tengan la amabilidad de pedirte que te retires si ellos van a ocupar el espacio no, eso a mi me duele me molesta [P7: TS2 mujer].

No lo integraban al grupo, no había respeto con él como entre los demás. El grupo de ese lado, que es más operativo, como es mantenimiento general, eso, como los servicios generales: ambulancias, camilleros, el trato de ellos es duro, es muy abierto y es muy duro y lo que tú escuchas no es por nombre sino: "oye güey", y si se dicen cosas obscenas, verbales y no verbales, y se aguantan. A él no lo integraban [compañero de trabajo] y si le decían algo era nada más para insulto, no era bienvenido [P 9: enfermera administrativa GO].

Situaciones particulares también son identificadas como parte de la problemática en el trabajo como el acoso y el hostigamiento dentro del trabajo y el abuso de las jerarquías entre diferentes mandos del hospital:

Si una mujer no le quiere hacer caso a alguien este se dedica a decirte a todo el mundo que tú eres la ofrecida o la... lo que tu quieras es ella, o sea aquí te sale peor quejarte y decir algo, porque aparte que eres mal visto, aparte que se te cargue la mano y de que eso si interfiera en tu trabajo, o sea te fastidian [P 23: trabajadora no médica].

O sea, como que ya se dio cuenta que no iba a conseguir nada. Ahora de otras compañeras yo no he sabido, que me comenten o algo, no he sabido. E. ¿Crees que esta persona siga molestando tanto a esas personas? I. Sí, si lo creo [P7: TS2 mujer].

Una persona mujer, que estaba en un área administrativa, pero esa situación, no fue de acoso, no sé como decirlo, fueron intrigas, situaciones (...), los que ocasionaron que ella tomara la decisión de irse del hospital, pero era muy buen elemento esa persona, se sintió cuando se fue, porque el área en donde estaba pues cayó demasiado [P 5: TS3 mujer administrativa].

Hace unos ocho años tuve un subdirector administrativo que de hecho hizo un comentario desagradable hacia mi persona, que me decía que él podía someter de alguna manera a las victimas a su manera personal, me quitó el tiempo extra, yo cobraba tiempo extra, me lo quitó, a modo de que yo le fuera a "pedir" el tiempo extra [connotación sexual de la petición. Nota de campo] [P 23: trabajadora no médica].

Aquí si tú le dices a la autoridad es que esta persona me está molestando, en vez de ayudar te va a perjudicar más porque la misma autoridad es quien manda llamar a tu jefe, quien lo ponga al tanto de la situación y es éste quien se encarga de desprestigiarlo con todos tus compañeros y con todo el mundo [P 23: trabajadora no médica].

La persona lo primero que hace es negarlo: el acosador, que él no fue, que se mal interpretó, no era como lo pensó, que la señorita dio motivos, por su manera de vestir. No se ha llegado a ninguna resolución muy concreta y la parte de la victima no tiene mucho interés en verlo más [P 9: enfermera administrativa GO].

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACIÓN
ARCHIVO HISTÓRICO

El maltrato tiene diferentes formas y manifestaciones, el que se recibe de parte de la población usuaria es uno de ellos, como el que persiste entre compañeros y entre las mismas relaciones personales del trabajador y la trabajadora:

Nosotras recibimos maltrato del usuario, déjame decirte y mucha, mucha violencia, inclusive, en el hospital ha habido enfermeras golpeadas por el usuario, y a petición de enfermería se solicitó una vigilancia, y pues sí fue otorgada, y la gente sí es agresiva con nosotros y mucho, cuando empezó su programa de gratuidad, ellos van y te exigen, tú les das explicaciones de porqué no se les atiende inmediatamente, porque no tienes una camilla, porque no tienes, no sé, que te falta material, y ellos te exigen, quieren que los atiendas pero ya, ya, a la de ya y no sabe esperar [P 24: enfermera base1].

Ya como me comentabas hace rato en cuanto a los compañeros, fijate que en cuestiones laborales nos hablamos, trabajamos y sacamos adelante nuestro trabajo, pero ya en cuestiones de relación de compañerismo, es bien difícil con los médicos, son bien groseros, son muy irrespetuosos, majaderos [P 7: TS2 Mujer].

Te cito casos, de una persona que estaba viviendo en unión libre, era un intendente, con una mujer secretaria, pero él era un hombre celotípico, creo yo muy inestable, él es el que decide romper la relación, los dos trabajaban aquí, él es el que rompe la relación, sin embargo se torna muy vigilante con la pareja, se torna vigilante en función de aquí, y en la institución llegó a amenazarla de que si la veía con alguien, le iba a hacer algo a ese alguien y a ella también [P 16: psicólogo].

Los elementos individuales se conjugan con los aspectos laborales de cada dependencia en el hospital formando un contexto difícil para la atención de las personas que hacen uso de los servicios hospitalarios, en el siguiente apartado de mostrará la forma como se ve afectado el trabajo del personal y la atención a la población.

5.1.3. Formas de violencia de género con pacientes

La referencia a la cultura y procedencia de la población usuaria es permanente cuando se trata de conocer el trato que se le da y la atención que recibe, en parte se le señala como causa de la misma desatención:

Aquí salen 25 pacientes que atendimos en el turno de hoy y ninguna salió controlada por PF y usted les pregunta y ninguna quiere dispositivo, podíamos controlarlas desde aquí, que se vayan con su método, pero nada. También es un problema cultural, es que el nivel cultural de la gente es así, no se deciden, no saben, si salieran controladas pues bajaríamos la natalidad de este hospital y así hasta la pobreza [Observación de campo Médico Adscrito].

Pierde uno muy rápido la paciencia no, que como dije yo, es gente muy humilde, muy ignorante y que a veces por lo rápido que tú tienes que hacer las cosas pues vas este,

ya tienes atrás otras dos pacientes a las que las tienes que interrogar, pues si de repente te desesperan, puedes perder la paciencia, y de repente sí levantar la voz, (...) a mí me gustaría de que fuera pues más cordial no, de que seas cordial no te quita autoridad [P8: R1 GO Mujer].

Llegó en la madrugada la señora y a las siete que llegamos pues ya nos encontramos ahí con el problema, y en eso va entrando el señor, y me dijo, que me callara. que ya no siguiera. Y yo dije Ay, entonces cómo la puedo ayudar. Es que nadie puede hacer nada por nadie, si no llegan a esa etapa de desesperación, es un proceso [poner la denuncia por violencia], eso lleva tiempo y hay gente que toda la vida, porque tienen ese temor, no tienen a donde irse, es lo que te decía la pobreza, y tienen que aguantar todo eso [P 7: TS2 mujer].

Esa percepción se asocia con *el trato diferencial* que hay con una u otra persona, en contextos incluso iguales pero instituciones distintas, el personal médico dice que trabaja en el espacio público de una manera y en el privado de otra:

Como en el IMSS y el ISSTE, ahí la gente sí se preocupa por su control, la mayoría tiene dos, máximo tres hijos y ya piden la operación, mientras que en este hospital prima es el madresolterismo, madres adolescentes desnutridas con cinco o seis gestas, múltiples embarazos sin ninguna prevalencia anticonceptiva [Observación de campo Médico adscrito].

En mi consulta privada y según la colonia donde atiendo hay otro tipo de relaciones y de comunicación, pero aquí, aquí falta mucha educación, falta mucha cultura y por eso hay tantos problemas, estas mujeres son unas sumisas, con malos maridos, irresponsables e infieles [Observación de campo Médico Familiar].

Esa misma valoración es la que lleva al maltrato de la población atendida, debido al prejuicio que conlleva:

Hubo una paciente de 17 años con gemelos que ya tenía un bebé de dos años, la enfermera la regañó porque era madresoltera, le dijo que registrara a los niños con el apellido del padre para hacerlo responsable porque ella sola no iba a poder 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 ella, porque esa no es la forma, la enfermera hasta terminó diciéndole que ahí estaba pagando la calentura [P 18: estudiante enfermería mujer].

Dice el doctor, ése es un problema de las mujeres mexicanas que creen que sólo están hechas para la crianza, pero no es cierto y vea, se casan con hombres así [Observación de base: Médico familiar].

La jerarquía médica no se pierde no importa la circunstancia en que esta se presente, en pleno servicio, en plena consulta, o en sala, entender, saber y sobretodo reconocer quién es la autoridad médica es recalcado por el mismo personal de apoyo:

Si no puja le va a doler más, cada vez que usted deja de pujar le está quitando oxígeno a su bebé, y no meta las manos que me está contaminando el campo [médica interna]. Es que me duele señorita [paciente]. No le diga señorita, dígame doctora y respire bien para que pueda pujar, no grite y no se mueva para poderle poner la anestesia [Observación de campo Enfermera de Base en Tococirugía].

Problemas de comunicación en el trabajo con la población atendida se explican por la cultura de la gente, sus creencias y el obstáculo que estas representan para el trabajo:

Yo hablaba de la sexualidad, hablaba de varias cosas, la señora le pareció mal, la señora dijo que ella lo que quería es que nosotros les dijéramos a las niñas y a los niños que se respetaran...el pesar de no poder hacerles un programa, o por lo menos ir a un lugar donde les demos conocimiento, más que nada a las niñas, también a los niños, pero más que nada son las niñas las que salen embarazadas [P 21: enfermera base 2].

Antes de la comunicación con la persona atendida se salvaguarda la responsabilidad del personal médico clínico, de suerte que *más que la comunicación, se privilegia la información* para la celeridad del trabajo:

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 le firme que se negó a la revisión, porque si pasa algo o hay una complicación ya no nos hacemos responsables [Observación de campo: médica adscrita a su pasante].

Algunos casos de *abuso sexual de pacientes* por parte del médico tratante se referencian en la experiencia del personal, sin que tales casos hayan trascendido y con la duda de la veracidad de las versiones de la paciente que en si misma ya dificulta el abordaje, manejo y resolución del caso:

En lo particular las pacientes me llegan a referir que tal o cual médico sintieron ellas que las exploró de más, no o sea cosas como "vine porque siento vómitos, estoy con alguna problemática gástrica y, sin embargo, el doctor me hizo tacto", no por aquí hay un caso de un médico que, no sé en qué para, en el sentido de él donde paró, lo trasladaron, lo cesaron no sé, pero hubo una paciente que estableció una demanda contra este médico [P 16: psicólogo].

La señora hablaba de una relación sexual con penetración y todo, en franco en el área de urgencias donde hay un montón de gente, yo no quiero descalificar la versión que dio la señora, sin embargo, se me hace un poco raro en esas circunstancias. todavía un tocamiento, si se vale un manoseo. que se yo, todavía se lo creo posible. pero una relación sexual así en pleno si es que sucedió, yo me pregunto cuánto participó la persona, sin negar, sin negar que también la persona que se siente amenazada en general, sexualmente en lo particular, tiene una cierta parálisis que impide gritar, moverse o tener alguna reacción [P 16: psicólogo].

Frente a casos específicos de violencia de género que llegan para ser atendidos se manifiesta la duda y dificultad de manejo por parte del personal a cargo por la dificultad de reconocer el propio maltrato que padece, lo cual en sí mismo es un obstáculo para su atención:

El tipo de pacientes que atendemos que son agredidos ahí es donde lo veo y que son compañeras que igual sufren de violencia, por lo que se dice, yo soy una persona así como que, si me platican, ok los escucho, a mí en lo personal las compañeras que son maltratadas no me lo han platicado, más sin embargo indirectamente lo he sabido [P 19: enfermera administrativa TI].

Sí, cuantas veces no has visto mujeres aquí que vienen golpeadas, por sus maridos y que de todos modos siguen con la pareja porque le tienen miedo, entonces sí claro que la violencia es un problema de salud porque cuantas veces no las tienen que internar y te dicen, me atropellaron, me caí, incluso yo vivo una situación de un conocido, de una conocida, que dices Ay!, más sin en cambio no quiere darse cuenta que está viviendo una violencia intrafamiliar, ¡ni modo no puedes hacer más! [P 21: enfermera base 2].

Como hospital escuela, la mayor parte de instituciones de salud de la red se ocupan de formación de profesionales del área, hombres y mujeres que asumen el aprendizaje desde el tercer año de estudio y puede prolongarse los años de la especialidad; en este contexto el siguiente apartado aborda la situación de estudiantes de diferentes áreas y su percepción de la violencia de género.

5.1.4. Formas de violencia de género en estudiantes

Abuso y acoso se reconocen como las formas más frecuentes de violencia de género presentes en el estudiantado, motivado por la jerarquía clínica y las relaciones de poder entre diferentes instancias:

Desafortunadamente nuestros estudiantes viven todos los días esa problemática, con sus maestros, con los jefes de servicio, con sus médicos adscritos, inclusive hasta con la enfermeras, con las enfermeras que son ellas precisamente objeto de abuso por parte de los médicos y ellas a su vez son las que abusan de los estudiantes de este hospital [P 23: trabajadora no médica].

La percepción de acercamientos sexuales entre personal aun estudiantil no se valora como violenta cuando se asume que su frecuencia y regularidad muestra un comportamiento habitual que es visto como normal en la institución; esta situación puede hacer difícil el reconocimiento de casos que no necesariamente tengan consenso y que si tengan connotaciones de abuso y sean violentas:

Entre los estudiantes, entre ellos mismos que no repercute en el hospital, casos de residentes con mujeres residentes, y con internas y hasta que han terminado en matrimonio, yo no le llamaría acoso sexual, repito al principio es asedio y el acoso si ha existido no conozco, por lo menos en mi área, en otros turnos ni conozco, que si ha habido eventos bochornosos, mujeres encontradas y hombres encontrados en situaciones comprometedoras y esto ha sido durante los quince años de existencia, en todas las jornadas han sido encontradas ocasionalmente, pero repito eso no es acoso sexual, eso mas bien es asedio y aceptación [P 6: médico administrativo U].

Es por el tiempo que se está, además un personal con amplio criterio, que...pues además son guapas y las más guapas pues son las más asediadas y algunas de ellas hacen su selección. En un tiempo cuando llegamos teníamos un promedio de 35 años de edad los médicos en todos los niveles entonces esto permitió la entrada de personal joven de enfermería, fue un hervidero de divorcios y nuevos matrimonios entre divorciadas y divorciados, entonces yo creo que no ha sido más la relación médico enfermera, está muy bien con experiencias de los dos lados [P 6: médico administrativo U].

Que se abuse del personal nuevo, más si es practicante se valora como parte de su formación, otro elemento que normaliza el abuso y dificulta su abordaje y tratamiento:

En enfermería he visto también, pero no como humillación, más bien como aprovechamiento ¿no?. chicas que también les cargan la mano con el trabajo, chicas que no vienen diario al hospital, chicas que practican, mientras otras están nada más viendo lo que hacen las demás, entonces yo he visto que anteriormente las jefas obviamente hacían roles en enfermería, pero el peor problema es que los roles ahora son cambios aislados, sí, entonces esto crea situaciones que son percibidas por ciertas gentes, y entonces el pago de unos a otros, ya investigas y ves que son amigas de escuela, vecinas, comadres y otros... pero el abuso y el maltrato se da en todo los niveles... [P6: médico administrativo U].

Generaciones de enfermeras, médicos, trabajadoras sociales se inician en cánones de relaciones altamente diferenciadas, valorativas y desiguales, pero no cuestionadas por el personal o por la institución, al contrario avaladas y consideradas como normales. En materia de violencia de género puede aceptarse y asimilarse qué formas de abuso y maltrato son normales, si esto es así, ¿Cómo entonces pedirle a futuros profesionales hombres y mujeres que la aborden, la detecten y sobretodo, la prevengan?. En este sentido, vale la pena indagar por la situación al interior del gremio médico, en el siguiente apartado.

5.1.5. Formas de violencia de género en el personal médico

Entre el personal médico se identifica *el maltrato* como una de las formas más frecuentes de violencia de género, estas pueden identificarse ya por *el abuso de*

autoridad de los directivos, en razón del sexo de quien detenta autoridad, e incluso por la presencia de la noción de clase al interior de las diferentes dependencias de la institución:

Solamente con la persona que te decía, con el médico de aquí del hospital, que si es muy grosero, muy agresivo, y te discrimina mucho, yo creo que es en, a lo mejor si por ser mujer, pero no tanto por ser mujer, sino por ser de menor jerarquía, o por ser residente, entonces ya no sabes nada, y si me he sentido muy, muy agredida por esta persona, pero nada más [P 8: R1 GO Mujer].

Las dos cosas se han presentado, tanto con el personal, entre nosotros: comentaba hace un momento que hubo en un tiempo que uno de los médicos jefes, de que si tenía mucha prepotencia con el personal en general, de hecho hubo un momento de que a mí como jefe me decían: "¿Sabes qué? te lo dejamos, tu trátalo porque no lo queremos, no lo entendemos, de todo se enoja, de todo grita, todo le parece mal" [P 9: enfermera administrativa GO].

Él me había dicho, porque eres mujer vas a hacer lo que yo diga, porque yo soy hombre, soy el jefe, y además yo soy doctor, y le contesté por ser mujer, no lo voy a hacer, así me cueste mi trabajo, no [P 19: enfermera administrativa T1].

Maltrato, diríamos en el área de camilleros, tal vez porque son personas... no puedo hacer diferencias no, pero sí se nota el tipo de educación que tiene cada persona si hay personas de camilleros que todos los que yo he conocido dos son bien educados y los demás mal hablados, contestones, irresponsables, si, tú lo has visto, se hacen los aparecidos y desaparecidos, y ello creen que uno no tiene que hacer, bueno ellos también llevan carga de trabajo, pero en cuanto a su tipo de expresión pues no es muy buena no tienen buena expresión, buen léxico [P 24: enfermera base 1].

El maltrato y el irrespeto entre el personal del área médica se ha hecho presente con regularidad, terminando por quedarse instalados en el hacer diario en el hospital:

Ahorita una de mis enfermeras que se fue de beca y mi jefe me dijo, ¿Cómo logró X..X. tener una beca?, y le dije: Porque yo se la conseguí, y me dice: Ah sí, y ¿Cuánto te costó, con quién te tuviste que acostar?, y le dije: No, pues fíjese que no, y me contestó: Como si yo no supiera como se manejan las cosas en este hospital [P 19: enfermera administrativa T1].

Las relaciones en general son buenas, a excepción de algunos médicos que si nos ha tocado llegar, más bien autoritarios que si nos ha tocado muy mal trato, tanto a hombres como a mujeres, pero que es aquí si nos ha tocado pues algunas groserías de su parte, pero en general es buena [P 8:R1 GO Mujer].

Hay un médico también en medicina interna que la plantilla le tenemos pero pánico, imagínate los familiares, todos hemos presenciado que el familiar le llega a preguntar algo, no, no, le va al pobre familiar mal, es muy yo como le digo a la gente, mire es el médico, téngale paciencia porque finalmente esta viendo bien a su paciente, es lo más importante no; pero es que me gritó y yo le pregunté; y si les grita, no solamente hasta les grita, "espérese, que quiere que haga, no soy mago" o cosas así dice y no pues, esa no es la manera [P 7: TS2 mujer].

A mí en lo personal me ha costado mucho trabajo el que me respeten, el ponerles un alto y poder seguir esa relación laboral, no me interesa una relación personal; en muchas ocasiones me dicen en algunos cursos, tienes que empezar en el hospital donde trabajas, y yo decía no, y me decían por qué, porque no, porque falta mucho, falta respeto, falta la atención de unos con otros y falta de compañerismo, que no se confunda con que todos estamos aquí, todos estamos con un respeto y yo creo que esta sensación es general [P 19: enfermera administrativa TI].

El acoso se presenta también en no pocas ocasiones, de hecho para algunos médicos es difícil considerarlo como problema, cuando al fin de cuentas hay respuesta por parte de las personas acosadas, ¿hay acaso acoso leve?:

Si, pero han sido leves, han sido leves, mas bien ha sido médico enfermera, pero una cosa leve que no pasó a mayores E. ¿Qué, es leve?, I. Pues algunos, pues las invitan directamente a, bueno yo no llamaría a eso acoso, sino interés en la persona del sexo opuesto, bueno por ejemplo: llámame, vamos a irnos un buen rato a dar la vuelta, pero obviamente esto hace que la mujer se retire, o simplemente le retire el habla a la persona; pero acoso sexual real en este hospital que yo sepa no [P 6: médico administrativo U].

¿Entre compañeros? Bueno a mí sí me sucedió con una persona, si me sucedió con una persona y si le dije; sabe que no me, ¿cómo se dice? sinónimo de, de que te acosen, ¡Ah! No me acose, no me acose, porque a mí me incomodaba mucho, a lo mejor tú sabes que le agradas a alguien, pero esa persona se dirige a ti con todo respeto, o que te des cuenta o que te diga que le agradas, pero es otra situación, pero esta era una persona que sí, si pensaba más qué hago, porque pues compañero, ya le dije. no entiende o lo ignora, pero si era muy molesto [P 7: TS2 mujer].

El acoso es cuando tratamos o se trata de tener un beneficio en este caso no hay un beneficio, es un simple interés físico hacia la persona. E. ¿Sexual? I. Sexual si y ellas pues no acceden, sin embargo, yo creo que sería más el número de casos que conozco de las que son de las que han accedido que de las que no han accedido...si [P 6: médico administrativo U].

Intentos de reacción por parte de las personas agraviadas se han presentado. La tensión persiste deteriorando la comunicación entre el personal y los servicios, pero no llega a las instancias de decisión que puedan hacer algo al respecto:

Pero bueno ya había pasado tiempo, y entonces yo sentía que se aprovechaba, y cuando le pedías el favor era, posteriormente más, más acosarme, yo también no podía ser así tan severa de ponerle un hasta aquí, "sabe que no me hostigue, a mí sí me molesta que me hostigue", "es que no te hostigo. es que yo te quiero". si, pero yo no [P 7: TS2 mujer].

"Yo no sé en qué momento usted va a ir a disculparse con la otra paciente, porque está llorando, porque usted la regresó y le dijo que ya no la iban a operar. Eso sí me molesta mucho doctor." Pero yo buscaba enfrentarme porque dije "ya estuvo bueno de que siempre, pues porque yo soy muy hombre y porque yo soy el médico y porque yo digo" ... No. Había un orden y no se respetó [P 9: enfermera administrativa GO].

Se ha llegado a identificar violencia específica, la *violencia física* ha estado presente en los pasillos hospitalarios y también la *violencia verbal*:

Violencia, violencia verbal, violencia física sí entre compañeros y hacia los pacientes, francamente yo de eso estoy bien desilusionada porque no todos somos iguales [P 24: enfermera base1].

Yo personalmente no lo he visto, pero sí he sabido que se han golpeado dentro del quirófano y atrás. E. ¿Dentro del quirófano y en el estacionamiento?. I. Sí, generalmente es por la relación de trabajo, tú lo acabas de vivir hace un momento, los ginecólogos dicen una cosa, los anestesiólogos otra, los cirujanos otra, entonces es por pelearse el lugar. Hay gente que no alcanza a tolerar todo esto y van los golpes [P9: enfermera administrativa GO].

Llegó otro médico que era muy grosero en su forma de hablar sí, un vocabulario que no estamos acostumbrados a manejar en un hospital con groserías, a mí me tocó que ese doctor una vez me habló con groserías y él decía que esa era su forma de hablar, pues es de usted, pero no de nosotros, a mí no me hable con groserías [P 24: enfermera base1].

Llama también la atención la presencia de la *violencia intrafamiliar* dentro del mismo personal que labora en el hospital:

Sí, por ahí he conocido a dos o más compañeras que han llegado moradas ¿no?, "¿Qué te pasó, ¿te caíste?. ¿te golpeaste?", "Si me caí, me resbale, me golpeé"; y no es cierto. después de que una ya ha platicado más con ellas, no se golpearon, generalmente fue la pareja ¿no?, y estoy hablando de gente profesional [P 9: enfermera administrativa GO].

El no reconocimiento de la violencia de género dentro del propio personal impide el abordaje oportuno y adecuado de la violencia misma que llega al hospital, de allí que el manejo de los casos de la violencia de género no esté exento de obstáculos entre el mismo personal; la identificación es una parte esencial es lo que permite el registro y la notificación del caso, que en el caso hospitalario, corre por cuenta del médico, ya es un paso importante identificarlos, pero sin la notificación y registro no se puede proceder al manejo adecuado de la problemática, la más de las veces obstaculizado por el mismo médico:

A veces te desanima mucho que no hay el apoyo que quisieras encontrar en tu jefe inmediato, porque tú no puedes dar una orden digamos a una enfermera no, o al médico. "doctor se tiene que hacer esto", o te sale con este, con las violencias sobre todo de tipo familiar vamos a llamarle, entrevistan a la paciente ---así debe de ser--- pero con el fin de desanimarla, de no, por no hacer el certificado de notificación del caso [P7: TS2 mujer].

Dado el peso que tiene la estructura institucional del hospital entre servicios, dependencias, programas y áreas, el próximo numeral dará cuenta de la violencia de género presente en ellas y sus características.

5.1.6. Formas de violencia de género relacionadas con las condiciones de trabajo

Si bien las formas de violencia de género presentes en la institución hospitalaria afectan el trabajo cotidiano del personal y también el manejo y abordaje de la problemática en específico, se reconocen al margen de ellas, formas recurrentes de anormalidad institucional que al tornarse regulares tienen también un efecto adverso en la atención de la población usuaria:

Siguen cobrando, claro tienen sus descuentos también no, se llevan sus descuentos, pero si hay mucho ausentismo y en todas las áreas no, todas (...) mucha gente, la mayoría tiene otros trabajos, entonces así cómo que porque me descuenten no tienen mayor problema, lo que quieren es conservar la plaza, pero por situación económica no tienen ningún problema, que les llegue una, dos, tres faltas a la quincena no les afecta [P7: TS2 mujer].

Que te de sus datos para terminar el estudio y ya (...) si yo hablo y le doy una información de calidad, ya no me va a dar lata hasta mañana (...) tampoco es engañarla no, pero sí hacer algo para que ya te quites de ese pendiente, y la persona también de una vez por todas no, pero es que de veras, es que muchas veces nadie les dice nada. P7: TS2 mujer].

Por la enorme demanda de trabajo (...) estamos tratando lo que es estrictamente el padecimiento actual, por el cual viene esa persona, ¿esto qué genera? genera un desconocimiento del entorno personal del paciente, una ubicación muy limitada del padecimiento por el cual viene, y lo que es peor todavía no, una deshumanización tremenda de lo que debería ser una relación médico paciente [P 20: médico administrativo].

Condiciones que sumadas afectan el trabajo diario, bajan la calidad y calidez del mismo en detrimento del personal, de la institución y de la población:

La gente está cansada de luchar, tan sólo pregunta a urgencias, ve las gentes que están en el suelo tiradas, no es justo, tenemos que mandar un colchón, una camilla para que esas personas no estén tiradas [P 21: enfermera base 2]

Siento que llega un momento en que desde que llegan al médico ya están, o enfermeras, o trabajo social sobrepasadas de trabajo que llega un momento en que, no hay esa calidez para atender a la gente. Algo que es difícil cambiar, la actitud de la gente, de la gente que está trabajando, del personal (...) yo creo que a la gente les falta también un curso de calidad de calidez, porque jamás a nadie yo vi que fuera a tomar un curso de

esos, hace falta definitivamente sensibilizar a la gente; y si no hay cursos cómo se va a sensibilizar [P15: médica administrativa].

Las autoridades del hospital son insistentemente señaladas como parte del problema y de la solución, respecto a la violencia de género en específico es pertinente saber qué pasa en las relaciones entre el personal y sus jerarquías, como se hace a continuación en el siguiente apartado.

5.1.7. Formas de violencia de género relacionadas con las jerarquías en las prácticas

Parte del personal señala la forma en que las mismas directivas son generadoras de violencia al interior del hospital, no deja de presentarse incluso la confrontación entre ellas mismas:

En el último curso que hicimos, que fue de jefes de servicios, de jefes y servicios, se hace una dinámica de puros jefes y existieron algunas situaciones, y algunos de ellos son agresores, no físicamente, pero en cuanto a situaciones de actitud, son agresores. Yo pienso, igual por eso también no, de que es muy difícil para ellos, el querer participar, o a eso se deba esta renuencia a querer participar [P 5: TS3 mujer administrativa].

En el curso de violencia de género que también vimos, los jefes son los primeros generadores de violencia, y yo, yo creo que a veces soy generadora de violencia [P 9: enfermera administrativa GO].

Bueno, la situación que se dio en este caso fue, su jefa mujer y ella mujer, son las situaciones las que generaron el conflicto, la participación de las dos, es esta misma área y a lo mejor sí puede ser hostigamiento, no sé si así sea. Incluso no fue por cuestión laboral, no, fue una situación de tipo personal, desafortunadamente aquí la, jefa no supo dividir las situaciones de trabajo, con las situaciones de tipo personal [P 5: TS3 mujer administrativa].

El *abuso de autoridad* es una de las formas que más se refieren como violencia de género entre el personal:

Aquí cualquier jefe puede tratar de aprovecharse de alguien de menor rango, de una estudiante, de una secretaria y al expresar ella una queja con una autoridad inmediata no es escuchada porque tiene más voz y más validez la de un jefe que alguien de rango inferior [P 23: trabajadora no médica].

Valerse del cargo para *acoso* y *hostigamiento* se refiere entre el personal como práctica común en el hospital:

Recuerdo que en una ocasión el supervisor que me dijo que si yo no le hacía caso [favores sexuales] me iba a reportar que yo estaba dormida. el reportarnos implicaba que

a mi me descontaran mi noche por estar dormida, siendo que no era verdad, entonces yo me negué y él empezó a decir que yo estaba dormida, pude comprobar que no era así [P 19: enfermera administrativa T].

Si, definitivamente; algo que se da mucho es el acoso laboral de tipo sexual, y eso es basado básicamente en jefes, sobretodo hombres hacia mujeres. Yo tengo un caso, en que una persona allegada a mi, que tenemos buena relación como amigos, esta persona era acechada por un subdirector, obviamente él quería aprovechar su cargo, para poder obtener en este caso, tener una relación sexual con esta persona, pero dadas las condiciones de trabajo mezclaba la cuestión laboral, para poder sacar obviamente el beneficio de ello [P 4: médico U].

El *maltrato continuo* entre instancias, entre jerarquías y áreas marca la relación de trabajo del personal, el trabajo en equipo en este sentido no deja de ser una mera aspiración:

Si, a mi me toco vivir maltrato con una doctora que ya no labora ahí, que inclusive y ahora pues no digamos mi amiga, pero ya puedo hablar bien con ella no. yo en lo personal recibí maltrato con una médico muy exigente, muy buena médico mis respetos como médico, pero su educación la traía en los pies, y ella me amenazó diciendo te voy a reportar con tu jefe, le dije sabe qué, repórteme si quiere, pero que no pase de mañana y yo le firmo donde quiera, repórteme, hágalo por oficio [P 23: enfermera base1.].

A medio pasillo, en el hospital cómo vas, siempre la consulta externa esta llena de usuarios, a medio pasillo veníamos un grupo de jefes de servicio de usuarios, veníamos de una reunión, y él me grita en frente de todos y me llamó la atención por la falta en el expediente de unos datos que faltaban [P 5: TS3 mujer administrativa].

Hace poco acaban de cambiar las autoridades a nivel directivo, entonces yo decía, ojalá que lo quieran cambiar, pero si no hay manera que lo quieran cambiar, yo decía, es que por favor díganle al doctor que trate de cambiar su manera de ser, que no sé, que trate bien a los pacientes, que trate bien a los familiares, y el subdirector decía es que usted no le da lo que él necesita [relaciones sexuales]; una vez a nivel dirección estando en junta él decía -después yo me enteré- que él decía: "ya le dije a xxx que pancho no está en la noche, que ella me va a dar de cenar." esto es en relación a que él no había tenido relaciones en la noche anterior y que para mantenerlo contento pues estuviera yo con él no, entonces eso a mi me molestó muchísimo y si el doctor no quiere cambiar, no cambia y yo que puedo hacer [P 19: enfermera administrativa T].

El abuso de la investidura, cargo o área se señala también como forma de *cobro de favores* donde el personal termina cediendo:

Y desafortunadamente para que a uno le den un permiso tiene uno que llegar hacer todo su trabajo, irse corriendo y regresar a terminar con su trabajo y con lo extra que le hayan encomendado porque le hicieron el favor de proporcionarte un permiso. Tiene uno que hacerte el trabajo a los demás para pagar con trabajo el que le hayan dado el permiso de ausentarse, aunque tu trabajo este libre, al corriente [P 23: trabajadora no médica].

El trabajo con el gremio médico en particular se valora complejo y complicado, en parte por las características mismas de su trabajo y la centralidad de la institución alrededor de lo clínico:

El médico en formación carece de algunas técnicas que son importantes para su formación, pero que las hace, y que no quiere pedirle un favor o una enseñanza al personal de enfermería. Entonces el sentido elevado del conocimiento, hay un poco de egoísmo a veces con los internos, son muy orgullosos .[P11: enfermero administrativo]

Para revisar en detalle este último aspecto, resulta útil identificar lo que pasa en el proceso mismo de formación de las y los profesionales de salud, como se hace en el siguiente apartado.

5.1.8. Formas de violencia de género relacionadas con la formación de estudiantes y trabajadores

La centralidad del trabajo médico clínico reduce el espacio y la importancia de la formación y preparación del personal en nuevas disposiciones del trabajo hospitalario, ello explica que no toda la gente esté enterada ni formada restando con ello efectividad en el manejo y atención de las problemáticas que llegan a diario a la institución:

Hay veces el propio personal dice bueno tú dime, me mandas a un curso de calidad y calidez, de mejora continua y ¿quién va a cubrir mi servicio? como todo, tengo personal que es muy atento y tengo personal que es agresivo, pero tratamos personas agresivas, bueno de alguna manera traten de, de ponerse del lado del usuario ¿no? [P 10: trabajadora administrativa].

En diferentes instancias de trabajo se identifica *la tensión y la violencia* desde la formación misma del personal:

Dentro de la formación que es el internado y el servicio social, sobretodo en el internado compañeros que llevaban más adelante estudio, llámese en este caso residentes, y era muy dado de que reventaran a los compañeros que tienen menos jerarquía, en este caso a los internos, entonces se ve violencia, y si vamos hacia arriba, se vuelve el mismo tipo de persona, entonces es una cadena, vivimos violencia desde que estamos pequeños [P4: médico U].

La confianza, elemento clave del trabajo conjunto hospitalario muestra la manera en que quienes se forman deben demostrar capacidad y competencia para merecer el espacio de práctica y desarrollo de sus habilidades y destrezas:

Hay mucha gente, pero tú eres responsable, ¿por qué? Porque son estudiantes, no confías en ellos, y ya no sabes a quién cuidar más si al paciente o al estudiante, y cuando una enfermera llega a confiar en un estudiante siempre hay problemas, y se ha visto, a mí no me gusta confiar, me gusta enseñarles el primer día, el segundo y eso si veo que tiene iniciativa, si no, yo no les enseño y no me hago responsable, yo les desconfío, si a una compañera adscrita de base no le confío, menos a un estudiante [P24: enfermera de base 1].

Ganar la confianza del personal puede tener altos costos para el estudiantado, el acoso es una de las formas recurrentes que incluso se esperan como habituales y no exclusivas del área clínica:

Cuando fui residente, en el primer año, me sentí acosada por uno de los médicos de base, que incluso ya no trabaja en el hospital; si había, en esa época hubo un paro laboral de residentes, y bueno, incluso se comentó que lo íbamos a acusar de acoso sexual, finalmente llegó a esta situación otro médico que me conocía, que conocía a mi esposo, que era amigo de este otro médico, y pues lo calmó, le dijo sabes qué párale ahí, y "tan, tan" se acabó el problema, jamás me volvió a molestar [P 15: médica administrativa].

Como le digo, en todas las carreras debe haber problemas de acoso, discriminación, porque es mujer, o si yo quiero algo con alguien y yo le tapo este camino entonces tiene que venir hacia mí, eso en cualquier carrera lo puede encontrar le digo no nada mas aquí [P 14: médico interno].

El maltrato en razón del sexo de quien se está formando también se presenta como parte de la formación en el hospital:

Con las mujeres a veces pasaba la visita con ellas y les decía que eran unas taradas o unas imbéciles, así, porque no sabían; entonces yo les dije: "No deben de permitir que las traten así, ustedes están aprendiendo", eso con él. Otro médico de fin de semana que también sacó a una de las internas y le dijo "no sirves para nada, no trates al paciente porque tú no haces las cosas bien". Pero era en especial con las mujeres, con los hombres era un poquito diferente la cosa, de estas dos personas si lo he observado antes [P 9: enfermera administrativa GO].

Antes de entrar a la percepción diferenciada entre varones y mujeres de la violencia de género el siguiente apartado trata con particular interés la homofobia presente en la institución hospitalaria, que constituye una de las manifestaciones más contundentes de la violencia basada en la orientación sexual e identidad genérica de las personas.

5.1.9. Homofobia en la institución hospitalaria

La *burla* y el *rechazo* a las personas cuyas preferencias sexuales son diferentes a la heterosexual son las formas más comunes de homofobia, desde las sutilezas del *morbo* hasta la *discriminación* por ser como son:

Cómo en relación de morbo, ya te fijaste que está un fulanita Ay!! qué pestañas chinas y características no, y ya por morbo, la idea es que andan ahí rodeando, van y se asoman, o sea si es una situación de discriminación y morbo [P 7: TS2 mujer].

Tienen mucha resistencia con los homosexuales, porque es así como que un rechazo que, digamos neta sobre todo los médicos varones, o sea lo tienen que hacer finalmente pero así tan ... ,digamos discriminados [P 7: TS2 mujer].

Pues le huyen, le tratan diferente digo hasta cierto punto es explicable, pero yo he visto enfermeras que de plano 100% le corren, se van, pero yo no veo a este paciente, son casos excepcionales, pero que se han visto y que se toman como hechos [P 6: médico administrativo U].

Se da la atención, pero no es la misma calidad de la atención, si existe cierta discriminación, muy sutil, pero la hay [P 9: enfermera administrativa GO].

Si hay, discriminatoria también, es discriminatoria, pero aquí si alcanza más gente, aquí si hay discriminación incluso de parte de un médico si ve un homosexual o a alguien tatuado no lo quiere atender, atiéndelo tú, al tatuado velo tú, al maricón velo tú [P 23: trabajadora no médica].

El aducir que las mismas personas provocan la burla y ello justifica que esta se de, es una manera de hacer evidente a la homofobia:

Por parte de algunos compañeros sí lo he visto, les tienen fobia diría yo. Se burlan de ellos, hacen bromas pesadas. claro sin que el paciente se de cuenta, es mal visto, es decir, lo ven lo más rápido posible, toma tu mejoral y adiós. No quieren tener contacto con ellos, parece que son prejuicios personales de los médicos, siento que es como cualquier paciente, sin embargo, si he observado esto por parte del personal masculino, por parte del personal femenino creo que no hay ninguna variante [P 6: médico administrativo U].

El tipo que llega en un principio que pueda ser identificado como homosexual es porque el tipo de vestimenta, manerismos etc., yo creo que en general en el sentido técnico es una atención profesional para ellos, pero creo que se rodea de una chorcha, se rodea de una cuestión de broma. Yo no he notado que aun con ello las personas se sientan ofendidas o agredidas, como que entran también dentro de "la chorcha", hay algunas personas homosexuales que exigen un respeto para su condición y hay otras que, que ellos mismos propician la burla acerca de su propia condición, son los que coloquialmente se llaman "las locas." Por aquí ha pasado en algunas ocasiones que llega algún homosexual travestido que solicita revisiones mamarias, sin estrictamente necesitarlas [P 16: psicólogo].

La situación del personal que trabaja en el hospital y que es identificado como homosexual se presenta también con *burla y con descalificación de parte de sus compañeros y compañeras de trabajo, más entre hombres que entre mujeres:*

Creo que ahora ya se les acepta, llama ahora más un caso aislado de lesbianismo que uno homosexual. Tenemos alguno por ahí, un poquito gracioso, amigo de todos, se le trata como a un compañero, se le hacen bromas, pero bromas sanas, no de ofensa a su sexo ni a su diferencia sexual, sino bromas de su físico, bromas de compañerismo porque ellos tienen ciertas actitudes a veces irrisorias, pero lo hacen para ganarse a la gente, porque ellos no son antipáticos y si hay alguno que le es antipático a otra persona pues lo desconoce. Pero al menos creo que a los compañeros los tratamos igual [P 6: médico administrativo U].

Las burlas, las burlas, el no tomársele en serio, puede ser alguien muy trabajadora o muy brillante pero sus orientaciones que nada tienen que ver con el trabajo hace que decline frente a los ojos de los demás lo brillante que pueden ser, como trabajadores lo valiosos [P 23: trabajadora no médica].

Los homosexuales que están en el hospital no me consta que sean, pero de lo que yo tengo el conocimiento, son reprimidos o diría yo bisexuales, son pocos; yo mencionaría tres o cuatro, no me consta pero son sospechosos, sin embargo, tienen actitud de hombre, fungen como hombres, pero ya hemos sabido descifrar esos acercamientos al saludo que son homosexuales. De una población de aproximadamente cuarenta gentes pues es bastante alta, si es que no hay otro jotito o loco por ahí, pero no se han declarado, todas han sido meras sospechas o factores, pues entre comillas, circunstanciales, pero hay muchos antecedentes que denotan que sí son homosexuales [P 6: médico administrativo U].

Pudiera suponer que si se evidenciara quizás si habría cierta actitud hostil, entre la moral individual y la moral institucional, porque la institución también tiene una moral, quizá sí habría cierto rechazo, no creo como para una cuestión hostilizante, pero sí, no una plena integración de estas personas a la dinámica del hospital; no creo que hubiera así un franco rechazo, si a cierta limitación para que se integren o alguna cosa de ese tipo [P 16: psicólogo].

Si, y esto tanto en el ámbito laboral, llámese obviamente trato de nosotros hacia el público usuario, como en el trato entre los compañeros. Si alguien nos enteramos que es homosexual, pues lo primero que empezamos es a burlarnos, a hacer alusión obviamente a los aspectos físicos, a los aspectos psicológicos, y en ese campo pues empezamos trabajar y empezamos a hacer comentarios de índole despectivo, en donde vamos a tratar de crear un clima de rechazo a esta persona, porque no la aceptamos [P 4: médico U].

No faltan los prejuicios entre el personal sobre la homosexualidad y el peligro que esta representa para la sociedad, según lo manifiestan en su trabajo:

Si se presentan yo digo que merecen un respeto no, pero dicen que no, que son malos, yo les he preguntado y sacan que No, pero es que son malos, ellos influyen mucho sobre todo en adolescentes, los hacen cambiar de opinión de sexo, los violan, los convencen, los seducen, pues bueno ahí si no lo sé; sigue siendo la experiencia, pero

hay mucha resistencia con ellos, como que los dejan hasta lo último para atenderlos [P 7: TS2 mujer].

El rechazo, la valoración de la homosexualidad como anormalidad y como enfermedad [aunque desde los ochenta la homosexualidad salió de la X clasificación internacional de las enfermedades] así como el desconocimiento de estas personas ha generado desatención a sus necesidades particulares:

Sí, sí, eso si hemos tenido, en situación de que todavía se ve la homosexualidad, sobre todo la homosexualidad masculina, como una situación totalmente anómala y no aceptada por la mayoría de los integrantes de la adscripción al hospital [P 20: médico administrativo].

Una serie de comentarios violentos, groseros, que generan una, una... vamos una situación de rechazo hacia la persona. E. ¿Sería posible haber llegado al punto de negarle la atención? I. No puede ser, no, no, no se le puede negar la atención, porque en un momento dado esto generaría una comisión que podría incluso costarles una sanción de todo tipo a la persona que lo hiciera, pero si la atención va acompañada en ocasiones de comentarios soeces o comentarios mal intencionados con el espíritu de lastimar a la persona que tiene tal o cual preferencia sexual [P 20: médico administrativo].

Eso se va a dar, es una cuestión por regla, digamos es una cuestión de sexo. Estamos acostumbrados a que debe de existir nada más obviamente la relación hombre mujer, no mujer-mujer, no hombre-hombre [P 4: médico U].

El prejuicio médico, el miedo a lo diferente, el miedo al VIH y el rechazo que el personal manifiesta a las personas homosexuales van en detrimento de su atención, de su salud y constituye en sí misma una forma de violencia:

Había un compañero practicante que no era tan abiertamente homosexual, pero que bueno, tenía las maneras, y falleció, falleció de SIDA y había cierto maltrato para él, como que todavía nos manejamos con mucho tabú en las problemas de las personas con SIDA [P 9: enfermera administrativa GO].

Quién sabe qué conceptos tengan de la persona, o sea, a lo mejor tendrán el temor del VIH, que a lo mejor pudiera tener la enfermedad. Pero, pues estamos en esto, hay que protegerse no, sino pues buscar otra área, una administrativa no sé, o no sé si sea porque son problemáticos [P 7: TS2 mujer].

Hay formas que a veces son abusivas, les hablan en doble sentido o de plano se niegan a verlos; un No yo no lo veo, o ¿Por qué no lo mandan a otro lado? o No, yo estoy ocupado. Eso es lo que está mal, el negarle la atención a una persona y más si es travesti, entonces creo que no .. en enfermería le tienen mucha fobia a los pacientes homosexuales con SIDA, y esto es por el manejo o la manipulación por el contacto en la toma de muestras y el analizar al paciente, entonces el riesgo implica que le dan cierto rechazo... [P 6: médico administrativo U].

No falta las personas que restan importancia al tema, en parte por la discreción de la población homosexual a mostrar sus preferencias y en parte por la valoración diferencial entre varones y mujeres de la homosexualidad dentro del hospital:

Yo no he visto aquí ninguna actitud de rechazo o alguna cosa así porque te digo, en general, yo creo que la gente no se ha enterado de esto. En ese sentido también, porque han venido a la consulta, he llegado a saber de chicas con la preferencia lesbiánica, que igual no son este tipo de lesbianas con una cierta conflictiva de identidad y que son lo que coloquialmente se llama manimacho o machorro, o machorra en ese caso, entonces como no se evidencia [P 16: psicólogo].

Entre las enfermeras no es tan marcada la diferencia, en el trato a lesbianas y homosexuales, solamente hay risas de complicidad que se dan entre ellas, pero la atención y el trato es el mismo, es normal, es más marcado con los médicos, por sus prejuicios que no se de dónde sacaron, pero los médicos aun profesionistas lo hacen, hacen esto [P6: médico administrativo U].

La percepción de la homofobia, su existencia en el hospital y los efectos que tiene su presencia hacen necesario mostrar las diferencias por sexo en la percepción de la violencia de género, para entender los alcances de sus manifestaciones –de las cuales la homofobia es una de ellas- para poder identificar las dificultades de su manejo y abordaje, y de paso la complejidad de la problemática a la que se enfrenta la Secretaría de Salud al momento de desarrollar un programa de detección y prevención de la violencia de género.

5.2. Percepción de los varones de la violencia de género

Es importante saber si las personas han sentido en su proceso de formación y en su carrera profesional alguna situación que se pueda considerar como violencia de género, el hecho de identificar y reconocer la situación violenta sobre sí misma sensibiliza la capacidad de identificarla en las demás:

No realmente violencia de género, hacia mi persona como hombre, como estudiante, como médico, como residente, no. Han sido muy favorables las experiencias que he adquirido en las diferentes etapas. No, no me siento con ese tipo de problema. Yo siento que ha sido muy sano. En ese aspecto ha sido muy sano [P 3: médico adscrito consulta externa].

La idea de que la violencia sí se presenta pero más en las mujeres, llama la atención, se asocia con alteraciones y situaciones en las cuales son las mujeres las más afectadas:

Además de esto anexamos todo lo que es el grupo de accidentes, llámense accidentes de tráfico, accidentes de trabajo, accidentes en el hogar y dentro de ellos también vemos casos de violencia, que es lo más importante. ¿En dónde vemos más la violencia? pues aquí hay un común denominador, que es un poquito más tendiente a la mujer, sin dejar de lado que también en el hombre se encuentran ese tipo de alteraciones, de situaciones. Tanto es violentado el hombre por otro varón, como es violentado también por una mujer [P4: médico U].

Yo no creo que estrictamente haya violencia de género en el hospital, abundan aquí mujeres, en todos los niveles, hay empleados varones como mujeres en intendencia, quizá, y creo que la única área que no tendría mujeres sería camilleros y choferes [P 16: psicólogo].

La violencia intrafamiliar y violencia de género, creo que es mayor en el aspecto familiar que en la violencia de género, el número de personas que vemos afectadas por ello y son lesiones físicas, el primer diagnóstico que nosotros vamos a encontrar en ese orden de importancia sería politraumatizado, vamos a ver que esta violencia es primero en mujeres, después en los niños [P 4: médico U].

Que es un problema de salud pública la violencia sí, si se consideran sus efectos y alcances:

Estamos hablando de todo tipo de violencia, de todo tipo, desde la verbal, la escrita, la corporal, todo tipo de violencia, y creo que se ha acentuado muchísimo en los últimos tres años o cuatro... Y trae consecuencias además, desde psicológicas, depresiones, y ahí es donde tenemos intoxicaciones por medicamentos, las suicidas; entonces, considero que sí es un problema de salud pública [P11: enfermero administrativo].

Pienso que existe mucha violencia familiar, de diferente índole no, física, psicológica, sexual, económica, etcétera, es un componente, otro componente en juego. Aquí casos de violencia familiar, con elementos concomitantes como son los estados depresivos no, normalmente un intento de suicidio se apareja a una violencia depresiva, y también la violencia familiar conlleva una violencia depresiva entre otras [P 16: psicólogo].

Dentro del mismo espacio de trabajo, dentro del mismo hospital se abusa del sexo contrario, son personas que traen una crianza con valores tradicionales y roles sociales definidos para uno y otro sexo, desde allí se asume la normalidad de situaciones de abuso:

En el trabajo, que a veces abusamos más del sexo contrario y así viceversa: ellas de los hombres, nosotros de las mujeres, les dejamos más trabajo, nos dejan más trabajo o a veces algunos que no también: no trabajan, buscamos la manera de no desgastarnos tanto [P 12: TS4 varón].

Cambian porque recordemos que independientemente de que somos, entre comillas un personal de salud profesional, con un nivel técnico, medio y superior, pues tomemos muy en consideración la educación tradicional que se nos ha brindado en la casa, en cuanto al rol masculino de hombre macho, varón dominante y el de mujer femenina, que debe ser receptiva y que debe ser en un momento dado, pues hasta cierto punto condescendiente con mis estados de ánimo que tengo como varón [P 20: médico administrativo].

Que se presenten casos de violencia de género dentro del hospital no es problema si se considera que esta se presenta en niveles tolerables, ponerlo en cifras resulta más gráfico para este trabajador:

Sí hay violencia de género en el Hospital, no podríamos decir que de un 100% verdad, pero se me ocurre que podríamos decir que un 10 o 20%. Hay violencia de género, pero que es tolerable, todavía no ha traspasado, todavía está dentro del grado de respeto (¿?) [P11: enfermero administrativo].

La invisibilización y la imposibilidad de identificar a la violencia de género se relaciona también con el tipo de relación de trabajo entre compañeros y compañeras, los alcances de tales relaciones y la normalidad que entre unos y otras hayan tensiones:

No, no percibo eso, al menos en la relación con mis compañeros de trabajo, el tiempo que llevo laborando aquí en el hospital, en la dirección de múltiples directivos que han llegado a este Hospital, no percibo esta situación [P 3: médico adscrito consulta externa]

Como en todos los centros laborales se manejan coqueteos, seducciones y cosas de esta naturaleza y de ida y vuelta, tanto del hombre hacia la mujer, como de la mujer al hombre no, pero que se dé un fenómeno así estrictamente de hostilidad, yo no, yo no consideraría que se diera [P 16: psicólogo].

La valoración y el prejuicio alrededor de la violencia contribuye a la dificultad de abordarla, si se considera que a la persona golpeada le gusta serlo se opta entonces por tratar la lesión y la herida mas no la violencia:

A veces no le prestamos atención y le restamos importancia como médicos. Como que lo tenemos a un lado y decimos "ah, bueno alguien que se le golpea y le golpean se deja porque le gusta, porque..." así es nuestra forma de educación, así es nuestra cultura. Falta de interés porque a veces no nos interesa el aspecto de violencia, nos interesa más el aspecto curativo, que llegan con lesiones, heridas, etcétera, pues yo mejor le doy manejo y me aboco a ello, pero no veo el otro aspecto, lo dejo a un lado, y sobretodo en aspectos de la violencia psicológica, a veces no hablamos tanto porque decimos bueno pues que vaya con el psicólogo, o a lo mejor puede tener alguna alteración o a lo mejor lo catalogamos como un loco, a la gente que presenta estas alteraciones, y estamos equivocados [P 4: médico U].

Parte de la dificultad de identificar la violencia es el haber convivido con ella durante años, lo cual hace pensar que no es un problema en realidad y se le resta importancia:

Empezando por mi persona, entonces si empezamos desde ese punto yo creo que es algo importante, como fui un niño agredido que recibió mucho maltrato por parte de sus

padres, por desconocimiento, por cultura, por muchas razones, en las que he tendido que avanzar y ver, y entender el fenómeno, porque es una cuestión aprendida, no es una cuestión que se trae de la nada y eso ya está bien estudiado, es una conducta aprendida, y eso a través de los años me fue llevando a tener cierta actitud. Es una experiencia que todos vivimos, todos tenemos, todos en general tenemos una experiencia de violencia. si existe la salida, y la salida no es más que el conocimiento del problema, primero sensibilización [P 4: médico U].

La percepción diferenciada de la violencia de género en los varones muestra la carga valorativa de la violencia ejercida por mujeres, considerada más letal, más sutil:

Yo creo que en un hombre se ve mal, pero, una mujer se ve horrible, pierden su sensibilidad de mujeres, pero también abusan ahora si abusan de su autoridad. ¿me explico?, es decir, son jefas si, pero ahora su palabra es ley, y con ellas no hay diálogo, ni para hombres, ni para las mismas mujeres.(...) Hay una comedia por ahí que dice que las mujeres se agreden, se atacan, pero no se destruyen, es como un filio propio el sentir debate, demostrar capacidades entre su mismo grupo de gente, de sobresalir, pero esto ya se les sale, y se les olvida que hay otras formas de sobresalir, de lado amable, el conocimiento, el esmero, la decencia, si, la cordialidad, piensan, yo creo que como carecen de estos factores y los hombres como que tratan de aceptar las jerarquías, de la diferenciación del sexo [P 6: médico administrativo U].

Este concepto de violencia de género, si dijéramos de violencia hacia las mujeres, o de violencia hacia los hombres, porque ahí hay muchas redes ocultas en todo este asunto, por decirte algo, es cierto que estadísticamente el hombre le pega más a la mujer, pero también estadísticamente hablando la madre le pega más a los hijos; entonces la violencia no es un fenómeno privativo de un género, es un fenómeno privativo de la condición humana, y en ese caso puedo decir basándome en Freud, instinto de muerte y todo este asunto, la mujer suele ser más susceptible pero más sutil en su violencia, es más, de tipo psicológico, no como el hombre que es más crudo, el golpe, la patada, el escupitazo, la mujer entra más por la función a violencia pasiva, la burla, el sarcasmo, la devaluación discreta, no sé, cosas así [P 16: psicólogo].

Si he conocido así algún médico en lo particular que es sumamente despótico con las mujeres, el que yo he sentido misógino, pero también aquí conocí una autoridad que estuvo aquí, misoándrica, con una actitud espantosa hacia los hombres, si lo miraría con ciertas personas en lo particular, que si son muy misóginos algunos varones, o unos cuantos pero no la generalidad, y una que otra mujer es misoándrica. No sólo del hospital, todavía el país, y no preciso en provincia, es altamente misógino, es altamente misógino, todavía es muy idiosincrático este asunto, todavía esta alusión de "las viejas." por ejemplo que tiene un sello despreciativo; todavía escuchas mucho que pasa una chica con un bonito cuerpo y bueno "que torta, que curvas", o cosas así de ese tipo. hay muchos lugares que creo que suceda esto en el hospital [P 16: psicólogo].

Las relaciones de poder y la estructura y organización de la institución con sus jerarquías y cargos remarca las diferencias entre varones y mujeres en el poder, acentuando las formas del ejercicio de la violencia de unos y de otras:

Si existe siempre la rivalidad, es una lucha de poder. La lucha de poder empieza desde que, bueno, yo soy mujer, yo se más que tú y el hombre no, por el tipo de formación o cultura que tenemos que es una cultura machista, que en gran parte o en gran medida la

mujer ha tenido la culpa, entonces desde ahí empezamos con una traba, con un problema serio [P 4: médico U].

Sí, es muy difícil porque todavía el concepto de enfermero y enfermera. El enfermero porque es del sexo masculino piensan que tiene que hacer todas las actividades pesadas, mi concepto es que los dos tenemos la misma categoría, tenemos la misma profesión; por cuestiones naturales de la vida, o que uno es masculino y otra femenino, obviamente tenemos que la mujer, "el sexo débil", no utiliza las técnicas adecuadas para hacer movimientos con los pacientes, no utiliza los medios que se les dan, los medios de seguridad o las medidas de seguridad que el trabajador debe de tener; Si aplicáramos la mecánica corporal en el sexo femenino habría menos accidentes de caídas, luxaciones: pero a veces aunque estemos en el sector salud los desconocemos [P11: enfermero administrativo].

Sí, se llega a ver, se llega a ver mucho, lo que pasa es que se enmascara muchas veces en la situación de jerarquía por organigrama, a qué me refiero, a que no le digo tú lo vas a hacer porque yo soy varón, sino le digo tú lo vas a hacer porque yo soy el médico, soy el que manda, tú no sabes, tú tienes que obedecer lo que yo diga, no me debes de cuestionar; a veces no tanto es porque no tengas la capacidad técnica para hacerlo, sino simple y llanamente por el hecho de que tú mujer cómo me lo vas a cuestionar a mi que soy varón, soy el médico y soy el jefe [P 20: médico administrativo].

La variedad de elementos hasta aquí reflejados dan cuenta de la dificultad de trabajo en el tema cuando no es la carencia de información y de formación adecuada es la propia violencia recibida la que impide un tratamiento y un abordaje adecuado:

Hay gente que a pesar de que tenga la formación, la información de este tema, no puede trabajar en hechos, porque es violenta y genera violencia hacia las demás, debido a que no lo acepta el fenómeno como tal [P 4: médico U].

No trabajamos en ello porque nosotros traemos una historia de violencia, necesitamos reconocernos primero como personas que recibimos violencia y que generamos violencia para poder aceptar esta situación, y poder trabajar en ello. La cultura y la formación que tenemos ya fuera del área médica como personas nos conlleva a tener como cierto rechazo, porque finalmente nos sentimos agredidos en cierta medida y pensamos que aquí nos van a sacar como que los trapitos al sol, entonces nos va a ocasionar obviamente confusión, nos va a generar cierta incertidumbre, cierta molestia [P 4: médico U].

Persiste en los varones la idea que el hospital debe tratar a urgencia médica y el profesional especializado la violencia de género que la causó, separando así los ámbitos de acción frente a la problemática, el problema es que estos equipos no están disponibles en la institución hospitalaria:

La diferencia es que hoy por hoy, la urgencia médica es prioritaria, sin descartar obviamente la violencia de género. Nosotros debemos de alguna forma saber diferenciar entre la urgencia real médica, y la violencia que se tiene en cualquier tipo de género [P 3: médico adscrito consulta externa].

Yo creo que debe de haber un servicio, con personal capacitado para comprender la demanda de este tipo de problemas dentro de la misma vía hospitalaria. Necesitamos contar con el espacio, la infraestructura, con las personas capacitadas y el recurso humano capacitado para ese tipo de situaciones [...] Se atiende la urgencia médica que generó la violencia, pero se debe de continuar posteriormente con un manejo, con una supervisión, tanto psicológica, como física, o sea, en forma integral del paciente. No podemos nada más hacer con el manejo del tratamiento de la urgencia médica, debemos de continuar, apoyando las necesidades psicológicas que puede tener esa violencia de género [P 3: médico adscrito consulta externa].

Para una idea más completa vale la pena entonces pasar al siguiente apartado para revisar las percepciones del personal femenino del hospital sobre la violencia de género.

5.3. Percepción de las mujeres de la violencia de género

La identificación de formas de violencia presentes en la vida de las trabajadoras es un punto importante para avanzar en el reconocimiento de las diferentes formas de violencia que pueden presentarse en el hospital, las tradiciones, normas y valores familiares pueden reforzar comportamientos pasivos o activos frente a la violencia, a la manera de patrones de crianza que refuerzan la condición de abuso y de maltrato en el trabajo dentro del hospital:

Si aquí se aguantan muchas cosas, pero es que la cultura nos enseñó así, que las mujeres deben ser sumisas, 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 las pacientes, pórtese bien señora para que no le peguen, e incluso le preguntan a las mujeres qué hicieron para que les pegaran [Observación de campo Enfermera de Base, jefa de servicio].

Yo vengo de una familia de diez hermanos y yo soy la décima; entonces yo tuve muchos problemas dentro de la familia, de pobreza, de marginación, de alcoholismo, de todo. Te estoy contando esto y te platico esto porque ¡vamos! mi mamá siempre fue una mujer muy sumisa, siempre aceptó los golpes de mi padre, siempre la golpeó. A mí, como que esas cosas internamente te molestan, ¿Por qué nunca se defendió, por qué nunca hizo nada, si era una mujer buena, era una mujer trabajadora, era una mujer fiel, era una mujer abnegada? ¿no?, ¿Por qué nunca hizo nada?. Entonces es eso lo que defiende a veces. No debes de permitir que nunca nadie destruya tu persona. Busca que te respeten [P 9: enfermera administrativa GO].

Yo creo más bien porque no estás acostumbrado a decir el término médica que es lo correcto, pero que por el estereotipo de siempre, no se lleva a cabo, y se escucha raro, por ejemplo en lo personal lo siento raro, prefiero decir doctora, que soy médico no, que está mal es presentar uno que está incorrecto, porque no eres doctora [P 8: R1 GO mujer].

El maltrato por parte de superiores es la forma más común de violencia dentro del hospital:

Aquí la respiramos todos los días, nosotros como trabajadores, que digo somos abusados muchas veces por nuestros jefes, somos amenazados, amedrentados todos los días y la vemos, la vemos en nuestros pacientes, en nuestros compañeros de trabajo y eso no se registra en ningún lado [P 23: trabajadora no médica].

Dentro del personal se reconoce a los médicos como particularmente violentos y hostiles:

Hay médicos, contaditos -al menos los que yo conozco- que si son agresivos en la forma de contestarle al personal y entre compañeros como médicos, inclusive han llegado a la agresión verbal frente a frente, médico con médico, pero se da más entre hombres, entre mujeres no; entre mujeres médicos no se nota eso, hablan a espaldas del médico, pero muchas prefieren ignorar y evitarse problemas, a estas alturas mucha gente prefiere quedarse callada aunque las cosas no sean como deben de ser por no verse involucradas en el problema [P 24: enfermera base 1].

En el hospital los médicos saben identificar a las personas que cumplen más con su trabajo y le dan otro tipo de trato sí, también una sí se da a respetar como trabajadora y no nada más como mujer porque a veces no te faltan al respeto como mujer, pero como trabajadora sí. [P 24: enfermera de base 1].

La reacción de defensa ante la violencia y el maltrato dentro del trabajo es vista paradójicamente como violenta y conflictiva, situación que aumenta la tensión y replica la violencia:

A mi no me gusta la violencia, yo soy una persona que, mientras no me agredan yo estoy muy tranquila y sé respetar, pero a mi me agreden y la verdad como a mi no me gusta que me agredan, me defiendo, no me defiendo físicamente, pero verbalmente sí y de alguna manera es para hacer valer mis derechos de respeto, a mi no me gustan las injusticias, y de alguna manera en el hospital me han tachado de alborotadora, o sea que estoy en contra de las autoridades y no es que esté en contra, sólo que no me gustan la injusticias y se los hago saber y personalmente no con otras personas, y eso les incomoda, no puedo ser de las personas de ¡Ay!, yo no voy a decir nada, porque voy a tener problemas, simplemente que yo pienso que por eso son los problemas, por falta de comunicación [P 24: enfermera base1].

Los conflictos entre mujeres se presentan y se valoran como más pesados, aunque se busque más fácil la comunicación entre ellas:

Es duro el conflicto entre mujeres, y con jerarquía es duro, pero yo he aprendido algo de todo esto: Cuando tengas algún conflicto con alguna persona en especial, es sólo con esa persona, lo que sientas, lo que quieras pero díselo. no te quedes con nada [P 9: enfermera administrativa GO].

Yo siento que yo me llevo bien con todos, siento que no ha habido esta, una barrera digamos por el hecho de ser hombre y de ser mujeres, no, pero con algunas otras

compañeras yo he notado que sí, compañeras que son de carácter muy difícil incluso con las mismas mujeres, y pues si ponen cierta barrera, de manera que pues no hay tampoco, pues ese tipo de apoyo [P15: médica administrativa].

Mientras ellos no se vean agredidos, que los reportes porque no están de camaradería, pero ya cuando se ve involucrado el reporte ante su irresponsabilidad pues entonces sí llega a haber fricciones, yo por ejemplo en lo personal tuve una fricción con un camillero [P 24: enfermera base 1].

Como apoyo a la dirección en ese momento, el cual pues eran mujeres, era otro tipo de trato diferente al de ahorita con directores hombres, y este como un apoyo en forma general primero, porque si son compañeros digamos en la misma área, pero no hay un compañerismo de manera que hubiera un apoyo entre ellos, de manera de sacar el trabajo [P 15: médica administrativa].

Entonces yo pienso ahí sí, que a veces es lo que a uno lo madura; aprendes a hablar y aprendes a defenderte, y aprendes a decir no porque no estás dispuesta a seguir en lo mismo [P 9: enfermera administrativa GO].

En el poder, se reconoce que las mujeres pueden ejercer violencia, incluso acosar a sus colaboradores:

Yo estaría dispuesta, es una lucha de poder, es una lucha de poder, insisto, la violencia de género se va a dar por la lucha de poder, y no la vas a poder cambiar, el yo puedo más que tú, no importa que sea hombre o mujer, y yo quiero ese puesto, voy a ganarme agresión; yo creo que es un poquito difícil [P 21: enfermera base 2].

En el nivel administrativo hay otro tipo de situaciones, más bien relacionado con lo sexual; un poco... a veces no nada más el acoso del hombre a la mujer, sino de la mujer al hombre ¿eh?, eso es algo que me ha llamado la atención un poco: mira cómo ha cambiado [P 9: enfermera administrativa GO].

En el trabajo se asume que la desventaja la tienen las mujeres a la hora de distribución de tareas, turnos y cargas de trabajo pendientes:

Aquí una mujer puede rotar por todos los puestos si el jefe se va de vacaciones hace el trabajo del jefe, si la secretaria se va de vacaciones hace el trabajo de la secretaria, casi, casi pues es mujer que trapee, no vino la señora de la limpieza; en ese punto quieren colocar a una mujer, o sea una mujer si es capaz de hacer muchas funciones, pero un hombre no porque es jefe o porque es hombre no, cómo se va a maltratar en esas otras cosas [P 23: trabajadora no médica].

La percepción de otras formas de violencia más allá de las físicas es una urgencia de la violencia de género y algunas mujeres del hospital así lo entienden y lo quieren hacer notar en la población que atiende:

La mujer todavía está muy reprimida, muy desvalida, mucho, o sea tu trabajo se va a la basura, yo no sé si dejé más alguna semillita, pero sabes que eso lleva un proceso, lleva

un proceso, el otro día atendí a una señora, porque haces tu labor no, ya lleva su certificado, y yo: señora hay una institución en donde la pueden atender, señora, no es que a aquel lo vayan a meter a la cárcel, o que se vaya desintegrar su familia, su hogar, no, al contrario le van a dar terapia, esa manera de cómo es, porque muchas veces piensan que lo van a meter a la cárcel, que va a haber amenazas, que le va a ir peor a la señora y demás, entonces le explicas al menos yo lo hago; que recurra, que es un ser humano, que vale muchísimo y que merece respeto, a lo mejor no le da de comer, a lo mejor es indiferente, pero hay muchos tipos de violencia, por lo menos físicamente que no la agrede no, y de ahí te sigues con lo demás no, eso que la agrede físicamente señora es que le tiene un rechazo, que tampoco la, o sea también la agrede psicológicamente, por la indiferencia, al ignorarla, a lo mejor aventarle el dinero para que coma, son agresiones señora [P 7: TS2 mujer].

5.4. Dificultades y posibilidades de trabajar la violencia de género en el hospital

Para el personal en general y para las trabajadoras mujeres en particular uno de los principales obstáculos para el trabajo y la identificación de la violencia de género es el gremio médico:

Con las violencias sobre todo de tipo familiar vamos a llamarle, [los médicos] entrevistan a la paciente ---así debe de ser--- pero con el fin de desanimarla, por no hacer el certificado, a lo mejor hay poco personal, a lo mejor hay pocos médicos, pero dónde está nuestra conciencia. Así pasa con los médicos, que si va a volver, para qué le hace al cuento va a regresar con el señor y ya no va a requerir el documento que yo le haga, no sé piensan así nomás por el certificado médico que le dan, en donde si se ven más obligados a hacerlo es con las agresiones de terceras personas, en la vía pública y todo esto [P 7: TS2 mujer].

Porque si el médico dice que la persona, una mujer llegó lesionada, que le acaban de dar el golpe y lo pone, pero desconoce la razón, así que no, se zafa de la bronca, no quiere ir a ministerio público, porque viene ministerio público, ya el ministerio público se encarga y no tiene que intervenir el médico [P 16: psicólogo].

Mira como el médico esta muy renuente a participar en esta situación, son pocos los que participan, cuando se detecta el caso, si hay violencia física, hacen la vista a MP, sería Ministerio Público. Hay poca información por esa misma renuencia de querer participar, de quererse involucrar, en estos casos hay poca información no se está llevando a cabo la norma, está confusa [P 5: TS3 mujer administrativa].

Las implicaciones legales son la principal preocupación de los médicos y la posibilidad de tener que ampliar su reporte al Ministerio Público:

Se dió lo contrario, se viola la norma, porque la norma hablaba de guiar al paciente a un medio legal donde denunciara y esto generó que los médicos se mantuvieran a raya porque no querían problemas legales, entonces éstos ya envueltos en rutina, son personas que no se quieren arriesgar a un cambio [P 6: médico administrativo U].

Los médicos no querían que fuera de su turno los mandara llamar el ministerio público a ratificar sus declaraciones de las heridas o lesiones de lo que haya sido, para algunos médicos compañeros que, aparte de su trabajo por la mañana tienen otro trabajo en la

tarde, el plantear que tenían que ir al ministerio público, o que te busquen a la una de la tarde para salir a las seis, siete de la noche no, y verse afectados en su siguiente trabajo, pues no les convenía, no lo querían [P 16: psicólogo].

Sólo cuando son accidentes muy graves, accidentes automovilísticos, accidentes por armas de fuego o por arma blanca se registra, pero la violencia psicológica, por ejemplo, alguien que llegue con una crisis nerviosa, eso no se reporta, apenas creo que empieza este programa y se empieza a reportar, si tú revisas la estadística no hay violencia intrafamiliar, no hay violencia de género, no hay violencia de ningún tipo [P 23: trabajadora no médica].

Una de las áreas afectadas es la de registro y estadística de los casos de violencia que llegan al hospital se sabe que son más de los que aparecen registrados:

Hay poca información por esa misma renuencia de querer participar, de querer involucrar, en estos casos hay poca información. Por esa misma renuencia a querer participar en este programa los médicos no reportan, treinta y uno en promedio, treinta y un atenciones, y esto fue en el mes de julio, de este año, ocho hombres, veintitrés mujeres. Por el médico, trabajo social y psicología, y que de hecho quien tiene mucha participación aquí y es él más renuente a querer participar es el médico; porque normalmente ellos son los que hacen las detecciones y ellos nos tienen que apoyar en la referencia de esa gente. para la participación de médicos casi que yo siento que si debería haber apoyo de otra instancia [P 5: TS3 mujer administrativa].

El desconocimiento de la existencia del programa de prevención y detección de la violencia de género de buena parte del personal aumenta las dificultades para llevarlo a cabo y para sensibilizar a los trabajadores y trabajadoras de su importancia:

No lo conocen, a nivel trabajadores, a lo mejor nivel autoridad lo saben, a nivel coordinador de servicios lo saben, porque hacen sus reuniones, se juntan y dicen mira, este programa se va a lanzar, pero los que estamos más abajo ya no nos enteramos de muchas cosas [P 21: enfermera base 2].

Pues por falta de conocimientos de algunos, derivan el caso, o sea como que yo no quiero broncas, como que yo no hago más de lo que me corresponde, y pues a ver, te lo paso [P 25: TS mujer, fin de semana].

La atención estrictamente de salud física, para recuperar la salud de esa persona si. el hospital está capacitado para ello, pero para todo lo que sería el enfoque integral de la violencia de género pues no. Yo no creo que el personal esté capacitado en el área. no es un área sencilla [P 16: psicólogo].

¿Estarías preparada para atender una problemática de este tipo? R: No. realmente no, realmente no tengo indicios, no sabes qué hacer, ni qué decir [P 8: R1 GO mujer]

Las personas no están preparadas lo dicen y solicitan la formación no solo para la atención de la población que lo solicita sino también para su propia situación personal y familiar:

Me parece que por la urgencia de esta información me pareciera que es un poco deficiente, siento que debió haberse dado esta información antes, vuelvo a repetir, mínimo en mi formación como médico para tener yo la visión, la facultad, la posibilidad de poder detectar estos problemas [P 3: médico adscrito consulta externa]

Ya está programado todo el año, ya están calendarizadas las fechas en las que se va a dar este adiestramiento, pero algo importante, se debe de dar para todo el hospital, para todas las áreas, obviamente empezando por el área médica, el área paramédica, porque, aquí viene algo interesante, que todos podemos detectar violencia, es más, todos podemos tener un problema de violencia, y no sabemos hacia donde canalizar esta situación [P 4: médico U].

No estamos capacitados para orientar a la gente, a lo que corresponde en este momento, entonces definitivamente no sabemos llegar a los pacientes, suponiendo que existiera la violencia, y no sabríamos a donde canalizarlos [P 15: médica administrativa].

Siento que deberían de difundirse, o que no den solamente el curso a nivel de mi labor profesional, si no va enfocado también a nivel individual como mujer, en todos los ámbitos y cómo has sido agredida y no te has dado cuenta debe de haber por ahí muchos programas o proyectos ya encaminados en área de mujeres en general, y me gustaría que por lo menos esos que ya hay se difundieran más, que se proyectaran a toda la población, y que toda la gente que está aquí, independientemente del área en que estuviera, los tomara. Hoy yo siento un poco relajada la capacitación, el que quiere hacerlo lo hace y el que no pues no siente la obligación de hacerlo; pero todavía en los años anteriores era así como obligatorio que cada gente de nosotros tuviera un curso durante el año [P 9: enfermera administrativa GO].

Lo cierto es que las personas que saben del programa y ya se han capacitado en la materia pueden ya identificar formas sutiles de violencia presentes hasta dentro de sus propias relaciones familiares y personales, reflexionar sobre ellas y trabajarlas:

Hay situaciones personales que no las consideramos así, yo a partir de que escucho ese mensaje, recuerdo muy bien que iba con mi esposo, y escuché el anuncio y de repente a mi esposo se le cierra una camioneta y él no lo deja pasar y me dice: "tú nunca vayas a hacer esto", y le dije "¿Por qué no?", "porque eres mujer", y le dije: "y que tiene que sea mujer, le dije yo también me tengo que defender, no por ser mujer voy a dejar que cualquier tonto me insulte o quiera pasar sobre mí, no que no se que, incluso dije a ver, a ver, estoy escuchando, y se lo dije, estamos escuchando que somos iguales y tú me estas diciendo que no, que yo soy mujer, que no soy igual". Le digo indirectamente yo tengo en casa una persona, que ha sido mi compañero y mira cómo piensa [P 19: enfermera administrativa TI].

Dentro de las posibilidades de trabajo y de abordaje de la violencia de género dentro del hospital se señala la disposición e interés del personal por saber del programa,

por capacitarse y prepararse para brindar una mejor atención; los estímulos y apoyos económicos para ello se valoran positivamente:

Yo conozco personas, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos de aquí de la institución o de esta unidad, que están dispuestos a participar en programas de violencia, pero existe una apatía, no remunerada es decir yo quiero pero no tengo ni el apoyo a veces para hacer los logos, para hacer un folleto para hacer un tríptico o díptico, no tengo un área donde atender este tipo de problemas, no podemos interrumpir porque hay una normatividad que por todos es rota [P 6: médico administrativo U].

Personal más escéptico cree necesario pasar por la sensibilización general de la institución antes de la capacitación:

Si existe la salida, y la salida no es más que el conocimiento del problema, primero sensibilización, hay tres preguntas importantes, uno es sensibilizar, otro el analizar el problema, sí, y el tercero que sería el más importante, el practicar la tolerancia. La violencia es un problema serio de salud, porque primeramente que nada produce enfermedad. Segundo, nos trae complicaciones y dentro de esas complicaciones nos puede llevar a la muerte. Si es un problema serio de salud, no es algo muy sencillo, es algo muy complejo que a veces no le prestamos atención y le restamos importancia como médicos [P 4: médico U].

La disposición de material, equipo y espacio suficiente son deseables para realizar el trabajo cotidiano en el hospital como punto de partida para el funcionamiento del mismo programa, pero debe ser prioridad de la administración, sin ello, no se cree que pueda haber ningún logro:

Necesitaríamos ampliar un servicio con un equipo de trabajo, que conste de un médico, de un psicólogo, de una trabajadora social y tener los mecanismos de referencia adecuados para este tipo de situaciones, que requieren de un espacio, de una infraestructura y del recurso humano que se mencionó. No estamos hablando de que yo nada más detecto e informo, estoy hablando de que hay que dar la atención integral [P 3: médico adscrito consulta externa]

Se pueden hacer grupos, pero repito como cada persona y los recursos humanos son pocos sería a voluntad de cada persona, que gustara de participar, pero se enfrenta a muchas, muchas trabas, así que puede estar convencida, pero cae en un hoyo, a veces esto se vuelve del otro lado, se vuelve apático [P 6: médico administrativo U].

Incidir en las familias, las estructuras de crianza y los valores familiares de las personas afectadas se percibe como importante y necesario dentro del programa si es que se quiere resultados a mediando plazo:

Hay víctimas, hay lesionados, hay muertas, y eso hay que acabarse, pero es más, un problema de orientación y como usted lo decía es un problema de género, de enseñarles a las madres, quitarle las ideas de formar machos en su casa, los niños son atendidos

por las niñas y las hermanas mayores, hacer del ama de casa la víctima de esta situación, seguimos todavía como hace cien años no más nos falta otra vez la pistola... si porque el tequila está muy caro, seguimos igual [P 4: médico U].

Porque la violencia viene desde las malas relaciones familiares, que ahí se da la violencia, desde su casa, y es la que llega al hospital, como paciente, como usuario, como trabajador, los médicos necesitarían tener un psicólogo, más que una enfermera, un médico cuántos pacientes no ha matado, como estudiante, muchos, y tú crees que eso es salud mental, pues ahí acarrea un problema, porque se sabe que hay médicos drogadictos, alcohólicos, porque existen, pues es que no hay una buena salud mental desde su formación, porque debieron haber tenido algún apoyo psicológico, porque es médico y salvas vidas, pero muy en lo profundo manita, te queda el remordimiento de cuántas gentes has matado, por error, por ignorancia, por lo que tú quieras [P 24: enfermera base 1].

La situación interna debe tratarse de acuerdo con algunas personas pero de manera anónima, sin el concurso de la secretaria donde todo el mundo se conoce, hay gente dispuesta a hablar pero no con personal de la Secretaría, si con personal externo:

*E. ¿Cómo hablaría la gente de esa situación? I. De manera anónima y fuera del hospital.
E. ¿Fuera del hospital? I. Sí y de manera anónima, porque aquí hay muchos privilegios para mucha gente [P 23: trabajadora no médica].*

Planteadas así dificultades y posibilidades para el abordaje, el manejo y la atención de la violencia de género, el siguiente apartado aborda directamente el programa y su funcionamiento, más que la percepción de la existencia de la violencia en sí, esto fue ya objeto de análisis en apartados anteriores se trata ahora de valorar desde otros ángulos la situación del programa de cara a las problemáticas institucionales de un hospital de la red pública de atención.

5.5. Conciencia del personal de la importancia del tratamiento y abordaje de la violencia de género en el hospital

La integralidad del programa de detección y prevención de la violencia de género está amenazada desde su inicio cuando, pasados cinco años de su implementación, aun el personal hospitalario no cuenta con la formación requerida para llevarlo a cabo; tratándose de un trabajo coordinado e integrado por equipos completos de trabajo, los grados de dificultad de su implementación crecen:

Entonces tenemos la tesis y la antítesis, por un lado me exigen y por otro no me dan con que cumplir, entonces no puedo hacer nada. Se trata de educar, no sólo al médico, a la enfermera, éstos están para apoyar, pero yo creo que se tiene que estar trabajando en

ese problema: educando a la población, en los medios masivos, impulsar campañas permanentes. [P6: médico administrativo U].

Simplemente, los cursos de violencia que ha habido no nos dejan asistir, en mi caso no me dejan asistir a ese curso, mi jefe me tiene prohibido ir a ese curso, yo no puedo asistir al curso de violencia, se tocan todos los temas tengo entendido [P 23: trabajadora no médica].

Se ha llegado a creer que es más efectivo un esfuerzo externo que interno debido a las desconfianzas ya fundadas entre el personal y la poca credibilidad en las directivas:

Yo creo que necesitamos algún refuerzo y apoyo, por parte de afuera y la visión que tenemos aquí en nuestra institución, para poder delimitar cuáles serían nuestras áreas [P 10: trabajadora administrativa no médica].

Coordiné el programa como cinco meses, mi opinión es que no hay, no hay un interés real de aplicarlo, no se dieron los apoyos necesarios; cuando se quiere se puede, había maneras de buscarle el lado y yo que tenía la coordinación, había maneras de que me asignaran el tiempo extra y que andara, pero la directora en aquel momento siento yo, que tenía toda la intención del mundo para llevarlo a cabo y para mediando el tiempo extra, pero en el gobierno central ya no hubo la puerta, no hubo el eco allá, hice una metodología, formas de guía, etcétera, etcétera, para llevar a cabo un manejo de los pacientes que asimilaban todo esto, pero la institución como tal yo no siento que quiera ponerlo, no le interesa ponerlo, le representa desde mi punto de vista muchas complicaciones ponerlo, desde recursos financieros, hasta recursos humanos [P 16: psicólogo].

Yo creo que alguien ajeno al hospital, toda la gente de aquí esta muy comprometida con mucha gente, hay mucho, o sea protegen mucho, a algún jefe, o sea, por detrás lo atacan pero cuando se trata de cosas así todo mundo cierra fila, entonces necesitaría ser un organismo externo quien viniera a regular todo esto [P 23: trabajadora no médica].

Aquí en el Hospital como yo estuve en el cargo de responsable del programa se dieron pláticas como... realicé dos cursos de los cuales uno se tuvo que suspender por poca audiencia del personal del Hospital. Me confié, apoyándome en las autoridades para que me apoyaran con la difusión, me dijeron que no hiciera mucha difusión que mejor iba a ser por medio de autoridad, el primer día entraron cinco gentes, el segundo día nomás entro uno, tuvimos que suspenderlo, pero pues si yo hubiera en un momento dado, no hubiera hecho mucho caso de que ellos me iban a apoyar en ese aspecto. hubiera hecho más difusión probablemente hubiera tenido más audiencia, porque en el primer curso llegamos a tener treinta asistentes [P 12: TS4 varón].

El personal en formación ha quedado excluido de la formación en el tema por el peso de las áreas clínicas y médicas sobre las demás áreas, aun cuando todas contribuyan en conjunto a su mejor formación:

Cuando a los chicos se les llama para que tomen un curso o simplemente una charla, los médicos de servicios no los dejan ir, porque tienen que hacer sus curaciones, porque

tienen que hacer todo el trabajo al que ellos les están ayudando y no los dejan ir a capacitarse [P 23: trabajadora no médica].

Otra postura que gana peso es la remisión o traslado de los casos a instituciones que sí operen específicamente para atender el problema dadas las evidentes limitaciones para el desarrollo del programa en el contexto hospitalario:

En la Delegación existen lugares para ese tipo específico, gente capacitada dentro de la Delegación, que hay, bueno como el Inmujeres, que también es una unidad en donde atienden a todas las mujeres con problemas de este tipo o sea, gente sí lo hay capacitada, pero la gente lo ignora, porque por lo menos yo, hasta antes de acudir a esas reuniones, yo no sabía que existían, entonces supongo que mucha gente que tampoco ha acudido a estas reuniones no lo saben [P 15: médica administrativa].

Creo que ninguno de nosotros ha recibido información respecto a la violencia. Yo creo que sí hace falta, hace falta difundir un poco más para ver la violencia de género, y de hecho nosotros lo actuamos conforme nuestra preparación nos ha mostrado el camino para este tipo de patologías, pero realmente no hemos recibido una capacitación real respecto a este problema que sí nos hace falta [P 3: médico adscrito consulta externa].

Tengo un mes integrada en este equipo, y la idea es capacitar a todo el personal, en este hospital hemos dado un curso, invitamos primero a gente de fuera a que nos dieran cursos, tomamos estos cursos, primeramente los jefes de servicios, quienes damos, quienes somos los responsables de este programa y ahora nuestra tarea es capacitar a todo el personal, y estamos en eso ahorita [P 5: TS3 mujer administrativa].

Se han dado tres cursos a la gente que queda aquí como responsable, y eso ya, en cuanto a Trabajo Social de aquí ya el personal, ha recibido la información sobre lo que es el trabajo de violencia de género, mi personal aquí en el hospital o afuera del hospital, como también de alguna manera siento que está un poco más sensibilizados, más dispuesto a trabajar este programa; pero dentro del personal sí como que lo veo... Reticente [P 3: médico adscrito consulta externa].

Frente a posibles acciones desde el hospital se enfatiza en la necesidad de trabajar con todo el personal no sólo con algunas áreas dado que la utilidad no sólo sería para la atención de la población sino también para la vida familiar y personal de cada trabajador y trabajadora de la institución:

Yo pienso que todo el personal, porque el hablar de este programa, si es programa, a todos nos beneficia porque de alguna manera recapacitamos ante situaciones y ver cómo estamos respondiendo ante compañeros, ante usuarios, y también te sirve en tu casa, con las personas que te rodean [P 24: enfermera de base1].

Tú pregúntale a las compañeras como la entienden, y si de ahí estamos mal, qué atención le pueden dar a las personas, a lo mejor yo también estoy mal; a lo mejor no son los conceptos que la institución quiere, que yo identifico para darle servicio a la población; yo así lo identifico. Yo creo que nos hacen falta como cursos de relaciones humanas, de todo esto que sepan tratar un poquito mejor a las personas, que sean inteligentes [P 7: TS2 mujer].

Atenderlas por lo menos en orientación, formar grupos de apoyo y terapia psicológica, es difícil tratar a la víctima de violencia, aun cuando no sea violencia física sólo psicológica, porque ya tienen un problema de años, y ahí es donde falla el personal, no está capacitado, porque la capacitación que se requiere es de otro nivel, si [P 4: médico U].

Las resistencias se identifican y el elemento clave para vencerlas es en parte la voluntad política institucional en apoyar el esfuerzo dirigido al programa, los más distantes el gremio médico, en parte por su desactualización de temas como este, que ahora son prioritarios y vigentes y que no fueron impartidos en su formación profesional. La integralidad pretendida por el programa se verá permanentemente amenazada si no se asume entonces un trabajo conjunto y colectivo en el esfuerzo de los equipos:

Desafortunadamente hay mucha resistencia por parte del médico, aquí hay un punto importante, ese tipo de alteraciones, en nuestra formación anterior estamos hablando de médicos ya egresados desde hace muchos años; ahora las escuelas de medicina ya ven el tema como tal, ya se aborda como tal, muy diferente la apreciación que puedan tener los médicos más jóvenes de reciente egreso que nosotros. Si hay cursos y hay capacitación y de hecho hay, bueno, ahorita estamos en ese proceso [P 4: médico U].

Capacitación a todo el hospital, primeros problemas que vamos a encontrar: reticencia, entonces esto cómo lo podemos vencer, a través obviamente de la autoridad, ésta como ya tomó cartas en el asunto, ya tomó el tema, entonces se puede sin que se sienta o veas como una violencia, el que yo vaya a un curso se puede tomar, en el aspecto que para la formación y las actividades, de la misma institución, es obligatorio que tu tomes una capacitación, cuando se dé, entonces a través de ello vamos a dar la capacitación, para que nadie se sienta violentado y obviamente, podamos abordar este tema; ya una vez que se haga de conocimiento general, se van a dar cuenta de que están infligiendo, los derechos, más bien, atentando contra los derechos de las personas, y esto ya una vez analizado y una vez visto, desde el aspecto legal, las personas tendrán otra observación del problema, diferente [P 4: médico U].

La intención y la claridad sobre la utilidad y necesidad del esfuerzo se pueden apreciar en este médico convencido de la formación y la educación para el mejor ejercicio profesional frente a la población que atiende:

Nuestra labor debe ser profesional cien por ciento, y yo le debo de brindar lo máximo que tengo a cualesquier persona independientemente de que vaya o no vaya acorde a mis creencias, o a mi educación o a lo que usted guste, eso es independiente, en el momento en que aceptemos esto y lo tomemos como algo estrictamente profesional, yo creo que se podría mejorar mucho esta situación [P 20: médico administrativo].

6. A manera de conclusión

En los siguientes párrafos se hace una recapitulación de lo encontrado hasta aquí en la institución hospitalaria y de manera parcial, sobre los aspectos referidos a la presencia, percepción e identificación de la violencia y de la violencia de género en el hospital estudiado, antes de pasar al siguiente capítulo en que se muestra cuáles son las limitaciones, contradicciones y posibilidades de poder operar el Programa de Detección y Prevención de la Violencia de Género. Sin agotar aún la discusión, es importante separar estos elementos para una lectura más analítica de los complejos factores que complican y distancian la posibilidad de que la norma se lleve a la práctica.

6.1. Sobre la violencia en general

En general, la violencia dentro del personal de salud sí es reconocida como un problema de salud, por sus costos e implicaciones, aunque se plantea la dificultad de su identificación dentro de las diferentes manifestaciones como hecho violento, especialmente por las características de la población atendida.

Al interior de la institución hospitalaria, la violencia es percibida por el personal como parte del abuso de poder de las jerarquías y la administración, aunque se reconoce en forma generalizada el privilegio del gremio médico de ejercerla, bajo la excusa de su habilidad, destreza y pericia clínica: aunque se haya demostrado que los más agresivos y violentos no son necesariamente los más hábiles. Dentro de las diferentes instancias existe comunicación agresiva, con importantes niveles de tensión referidos a las condiciones de trabajo que se reverenciaron ampliamente en el capítulo anterior. Lo preocupante es que los grados de violencia suben y sin embargo, esta es asumida como normal y cotidiana por parte del personal, en particular de las y los estudiantes, para quienes esta no es otra cosa más que la disciplina.

Si de gremios se trata, se llega a considerar que la violencia es propia de los escaños más bajos del trabajo hospitalario desarrollado por las personas de menor

nivel educativo, evidenciando la connotación de clase que refuerza la idea del personal médico de la asociación pobreza-violencia-ignorancia. Las diferencias en educación, los abusos de confianza y las situaciones de vulnerabilidad son aprovechados entre el personal para ejercer violencia, la situación ha llegado al punto de generar problemas de salud en el trabajo sin que hayan sido atendidos.

La saturación de los servicios por el exceso de demanda favorece la aparición de tensiones y la aparición de formas de violencia, consideradas ya normales por la cotidianidad de sus manifestaciones; a la población usuaria se le ignora, no se le cree, se le invita a desistir de colocar quejas, de protestar, y como las diferencias se ventilan informalmente no hay registro de los hechos que se presentan como violentos o lesivos. El gremio médico es difícil de manejar, su hipervaloración en la institución favorece sus abusos sobre el personal y sobre la población atendida, es el sector más conflictivo para el manejo de las relaciones de trabajo. Las y los estudiantes que se encuentran en formación, asimilan, legitiman y normalizan las jerarquías y el poder como cuotas y estructuras necesarias para aprender y por tanto, elementales básicas y naturales en la institución, de allí que se socialice al estudiantado desde la práctica en los micropoderes y las jerarquías de trabajo, e incluso a asimilar al abuso y a la agresión como parte de la disciplina; el temple del carácter propio de la profesión lo consideran, al punto de ser parte de su aprendizaje, disciplinamiento cierto y también abuso.

Las condiciones estructurales revisadas en el capítulo anterior favorecen situaciones completamente irregulares que pueden devenir en violencia o daño como por ejemplo el abandono de las más mínimas medidas de seguridad, de confidencialidad y de preservación de la intimidad de la población atendida, dado que la institución pública es también lugar de formación, la prioridad de esta se coloca por encima de la individualidad, la intimidad y el pudor de las personas atendidas; la infantilización de las mujeres, la exclusión de los varones de las consultas lleva al trato indirecto e impersonal, las salas de parto son la evidencia de la pérdida de la noción de sujeto de derecho en la consulta o en el procedimiento clínico, se anula a la persona y se la reduce a un cuerpo doliente, intervenido como un elemento más de la atención, el

dolor como cuota inherente del alumbramiento. Tanto la amniotomía como la episiotomía se consigna. Todo ello ocurre sin olvidar que la violencia de género también puede ser atendida por parte del personal médico.

Las precarias condiciones de trabajo de la institución, expuestas ya en el capítulo anterior, hace que el personal médico se habitúe al dolor y al sufrimiento, al cuerpo desnudo y doliente observado, tratado, rutinizado, e ignorado. Las irregularidades favorecen los roces y tensiones, la ruptura de normas básicas de trabajo, de medidas elementales incluso de seguridad hospitalaria en el trabajo cotidiano.

6.2. Sobre la violencia de género en particular

La violencia de género existe en la institución hospitalaria, se genera dentro de ella y se recibe y atiende cuando llega de fuera, pero la complejidad hospitalaria no propicia el mejor escenario de trabajo para abordarla. El acoso y el hostigamiento dentro del trabajo se presenta en todas las áreas y jerarquías de la institución, de allí el maltrato en diferentes formas y manifestaciones.

Existe abuso de autoridad entre el personal y las diferentes jerarquías y escalas de poder dentro del hospital, la burla y el acoso se tienen, aumentan la discriminación y el prejuicio en las diferentes áreas, de allí el maltrato dentro de la institución las personas que acuden a ella para ser tratadas, o que reciban trato diferencial y estigmatizante por su condición. Más que la comunicación se privilegia la información instructiva y normativa con altas cargas de trabajo y horarios prolongados.

Aunque se rumora de abusos sexuales de las pacientes a manos del personal médico, ello se pone en duda porque ninguna queja prospera ni ha llevado a sanciones, se cuestiona la veracidad de los testimonios y se dificulta el reconocimiento del maltrato existente. El abuso del personal nuevo se valora como parte de su formación no como un hecho violento, esta situación se favorece por las relaciones de trabajo entre las diferentes profesiones del área, las relaciones jerárquicas y desiguales.

El maltrato es una de las formas más frecuentes de violencia de género, acontece desde el abuso de autoridad de las directivas y las jerarquías hospitalarias, no exentas de valoraciones de clase en la percepción del propio personal a cargo, de allí que el irrespeto en el área médica sea regular y cotidiano; a partir de estas escalas se presentan el acoso, el hostigamiento en el trabajo, el maltrato continuo. Un caso particular de violencia de género lo constituye el acoso, para el gremio médico este no llega a tanto dado que es un galanteo consentido y hasta lógico entre el personal de la institución, esta percepción no es compartida por el personal femenino.

Ha llegado a presentarse la violencia física debido a la tensión existente en el trabajo cotidiano en las diferentes áreas, la anormalidad institucional la exagera, de allí que el trabajo baje en su calidad y calidez. La formación del personal entra desde las prácticas a un entorno de castigos, estímulos diferenciados, competencia, y exigencia de mostrar habilidades y destrezas; el estudiantado no está exento de acoso y de maltrato en su proceso de formación y entrenamiento, existe el sexismo en la educación médica y la valoración moral de base que hace que la institución en general asuma actitudes de exclusión, discriminación frente a población infectada del Virus de Inmunodeficiencia Humana, a población pobre en condición de calle, a mujeres que interrumpen su embarazo, a trabajadoras sexuales.

La homofobia está presente no solo en el espacio de la consulta, también en los descansos y sitios de reunión del personal; la burla y el rechazo son las manifestaciones más claras de esta, llevando a la descalificación de las personas objeto de la burla, a los prejuicios personales materializados en actitudes hostiles y de rechazo y el fomento sin justificación alguna de ideas erróneas frente a la homosexualidad al seguirla considerando una enfermedad o una desviación que es necesario corregir, pese a que la X Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE la retiró del listado de las patologías desde los ochenta. Esta situación va en detrimento de la población atendida y del personal homosexual del hospital.

6.3. Sobre la percepción de la violencia de género entre hombres y mujeres

Para el personal masculino la violencia se presenta más entre mujeres, y si es un problema de salud pública por sus efectos y alcances, sin embargo el abuso de un sexo sobre otro es relativizado en aras de las costumbres y tradiciones tanto de la población atendida como del personal de salud que no se sustrae de las mismas valoraciones; se insiste en niveles tolerables de violencia en la institución, del prejuicio frente a la violencia, para el personal médico es parte del funcionamiento de las parejas atendidas por ser zonas pobres, tradicionales, machistas; de allí que haya dificultad en identificar los casos de violencia de género que tiene a su alcance en la consulta que atiende. Se percibe que las relaciones de poder se favorecen por la estructura y la organización de la institución, especialmente cuando las diferencias intergenéricas tienen que ver con el poder. Para los varones que trabajan en el hospital la violencia que llega para ser atendida debe ser tratada como urgencia médica y canalizarse fuera de él hacia instancias especializadas y formadas en violencia, para separar los ámbitos de la problemática y reducir su vulnerabilidad como médicos tratantes de intervenir en los casos.

Para el personal femenino las condiciones de crianza y las tradiciones que lo han formado refuerza la condición de abuso y de maltrato en el trabajo, al favorecer el maltrato por parte de las autoridades hospitalarias; se teme a la violencia ejercida por las mismas mujeres al asumir que ejercen más violencia que los varones. Este personal se percibe en condición de desventaja frente a los turnos y a la asignación de tareas y cargas de trabajo, es más sensible ante las diferentes formas de violencia que llegan al hospital a buscar atención y perciben más la falta de comunicación y buen trato en la consulta para la población usuaria, aboga además por una atención más integral y cálida en consulta e insiste con más vehemencia frente al registro de los casos de violencia de género que se presentan en la institución.

6.4. Frente a la violencia de género como campo y como programa

Las implicaciones legales del abordaje y tratamiento de la violencia de género es un obstáculo importante para la identificación y el abordaje de la misma en el hospital, el gremio médico es reactivo frente a la notificación y registro de los casos porque teme represalias con las familias atendidas y complicaciones con el Ministerio Público por la responsabilidad penal de la notificación del hecho, por eso evita al máximo el registro; ello explica el deficiente estado de las estadísticas hospitalarias en la materia.

Persiste el desconocimiento de la Norma y del programa, se aduce desinformación, falta de capacitación, y dificultad para la detección por carecer de las habilidades y destrezas para identificar la violencia presente en los casos atendidos, aunque se manifieste interés por recibir la capacitación y el entrenamiento en la materia, el gremio médico insiste que debe ser asumido por especialistas, con materiales, espacios e insumos para ellos.

Frente a la violencia presente en el hospital, el personal prefiere el anonimato y la intervención de instancias externas a la Secretaría especializadas en el tema para su manejo y abordaje. Se fundamenta esta posición por la desconfianza interna y el deterioro de la comunicación, la poca credibilidad de las directivas y de los canales de autoridad de la institución hospitalaria donde laboran. A pesar de haber transcurrido cinco años desde la implementación del Programa de Detección y Prevención de la Violencia de Género y de la vigencia de la NOM190-SSA1999 –que se analizará con más detalle en el siguiente capítulo- el personal no cuenta con la capacitación y el entrenamiento suficiente para desarrollarlos a cabalidad, parte del personal incluso se ha sentido excluido de las actualizaciones en esa y en otras materias, de allí que se inclinen en la remisión a instituciones especializadas en esa atención para cumplir ellas y ellos con la atención de la urgencia médica.

Las resistencias identificadas inicialmente a estos nuevos programas radican en la voluntad política de la institución que no apoya decididamente los protocolos y procedimientos que le dan materialidad a dichos programas. el gremio médico está

desactualizado en estas materias y no se muestra particularmente interesado en cargarse más de trabajo asumiendo labores que van a aumentar su ya considerable carga laboral, inequitativa y desigual como se mostró en el capítulo anterior y en este.

En el siguiente capítulo, siguiendo con los resultados, se podrá analizar en detalle el funcionamiento del programa de prevención y detección de la violencia de género y los alcances limitaciones y posibilidades del cumplimiento de la NOM190-SSA1999.

CAPÍTULO VII

DE LA NORMA A LA PRÁCTICA. LIMITACIONES, CONTRADICCIONES Y POSIBILIDADES DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Este capítulo indaga sobre el marco normativo del Programa de Detección y Prevención de la Violencia de Género y su puesta en práctica, concretamente sobre las siguientes dimensiones: primero, las limitaciones, la información y las estadísticas acerca de la visibilización y registro de la violencia de género; segundo, las contradicciones al interior de la norma NOM190-SSA1999 con la práctica institucional del personal de salud, la formación del personal en salud y la formación específica en violencia de género; y tercero y último, las posibilidades de abordar la temática con el personal de salud adscrito a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Este análisis requiere para su lectura tener muy en cuenta el contexto normativo presentado en el capítulo cuarto en esta comunicación de tesis, que da cuenta del origen de la normatividad y sus principales características.

1. Limitaciones para la aplicación de la NOM190-SSA1999

Es imposible humanizar a un hospital sin repensar nuestra propia posición institucional, sin recrear nuestra región de experiencia, sin volver a hacer pie en nuestra práctica para transformarla en praxis reflexiva
(Onocko, 2004)

Es necesario recordar que la Norma Oficial Mexicana NOM190-SSA1999 fundamenta las acciones de prevención y detección de la violencia de género aplicada a todo el sistema de salud del país con participación multisectorial y con la incorporación de diferentes agencias gubernamentales, académicas, federales y estatales. La NOM es obligatoria, establece criterios de atención médica y orientación a usuarias y usuarios, promueve un modelo anticipatorio de daño y privilegia la prevención y la detección temprana, define criterios homogéneos de orientación con base en el respeto a la intimidad y la dignidad de quien consulta (Vásquez, 2003)

Desde los capítulos anteriores, se ha mostrado cómo la escasez de recursos e insumos del hospital, así como la sobrecarga de trabajo impide al personal médico enfrentar un dolor que no sea físico, es decir, orientación, información, asesoría o compañía, aunque pasan por la cabeza del personal, no pueden ser brindados como apoyo al paciente en momentos de alto riesgo²⁵, aunque se sabe que estos elementos son clave para su atención; paradójicamente ahora que existe la NOM190-SSA1999, el personal no cuenta con las herramientas necesarias para enfrentar el sufrimiento que requiere de manejo legal, psicológico, y de apoyo social en general.

E. En lo que llevas aquí en el hospital, en la relación médico paciente, ¿Cómo se atiende a la población usuaria? I. Se limita mucho por la cantidad de población que es[...]pero insisto, muchas veces por la carga de trabajo y porque ya se te junta la gente afuera y ya. que muchas veces dejamos la parte relación médico- paciente [P 8: R1 GO mujer].

E. Doctor, y la relación médico paciente ¿Cómo la ve, cómo la describiría? I. Pues es una relación médico paciente yo creo que se destaca de otorgar la atención de acuerdo a los recursos con que contamos, y se destaca de dar la mejor atención posible, pues no se puede hacer más con lo que tenemos [P13: médico GO].

Identificar los casos de violencia de género dentro de las prácticas institucionales del personal de salud pasa necesariamente por dos factores: contar con los elementos, los insumos, recursos espacios y la capacitación necesaria, y por otra parte con la capacidad de percibir el hecho que tiene ante sí como violento, la habilidad de abordarlo oportunamente y reconocer elementos inter e intragenéricos que lo afectan y componen. La percepción es en primera instancia un paso importante, el registro y la notificación el segundo, y por último, la necesidad de intervenir y la capacidad para hacerlo en un momento decisivo es sin duda importante, pero, ¿el apoyo y las medidas requeridas? Esa es precisamente la pregunta que se hace el personal de la Secretaría de Salud que se está capacitando en la materia de violencia de género dentro del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género que

²⁵ Se considera aquí 'alto riesgo' a una situación que puede advertir la necesidad de intervención oportuna y a tiempo que evite consecuencias no deseables dentro de una situación a tratar, en este caso de violencia de género, toda vez que se advierte que las manifestaciones de esta problemática van desde la simple molestia e incomodidad hasta los daños permanentes que comprometen la salud física y mental de las personas y que incluso las pueden llevar a la muerte.

dispone para este fin la Dirección General de Planeación a través de la Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal:

Este hospital está capacitado para curar lesiones y golpes, si son muy evidentes, pero ya para hacer todo eso que es el apoyo psicológico, de la intervención, no sólo está el asunto de lo jurídico y todos los trámites de documentación, toda esa guamiza y todo este asunto, pues no, no hay condiciones para ello, si para la atención estrictamente de salud física, para recuperar la salud de esta persona, pero para todo lo que sería el enfoque integral de la violencia de género pues no [P16: psicólogo].

Una muestra evidente de la necesidad de revisar estos componentes de la atención la constituyen las preguntas dirigidas a las mujeres maltratadas que parten del supuesto de su “gusto por el maltrato o la justificación por el castigo” donde se refleja la reproducción de valores sociales y culturales tradicionales alrededor de situaciones ideales que el personal médico conserva, donde se encontró esta valoración. No falta el personal que afirme que los reclamos e inconformidades de las mujeres son la base de la violencia intrafamiliar, de forma que ellas son responsables del maltrato; estos elementos tienen el problema de revictimizar a las personas cuando no se les desatiende porque son víctimas de su misma condición social y parte de tal característica es recibir maltrato. La frase identificada en algunas consultas observadas de *pórtese bien para que no le peguen* [observación de campo Enfermera de base] ilustra claramente esta concepción tanto en personal de enfermería, como en personal médico y de trabajo social, el siguiente testimonio da cuenta de un médico que sabe que ese es precisamente parte del problema:

Sí es un problema muy serio de salud [violencia] no es algo muy sencillo, es algo muy complejo que a veces no le prestamos atención y le restamos importancia como médicos. Como que lo tenemos a un lado y decimos “ah, bueno, alguien que se le golpea y le golpean y se deja, es porque le gusta” porque así es nuestra educación, así es nuestra cultura [P4: médico U].

La división entre lo privado y lo público y la insistencia del médico en adjudicar a la violencia un carácter más privado e íntimo muestra su temor a transgredir los límites de lo permitido socialmente y de lo definido por su propia formación profesional, ello puede explicar la actitud indiferente hacia la atención a mujeres maltratadas que llegan a ser atendidas en su servicio; el personal médico prefiere asumir *que es un*

asunto completamente personal y que es la persona la que tiene la responsabilidad de hablar de sus problemas:

Es que así pasa con los médicos, que para qué si va a volver, para qué se le hace al cuento [registrar el hecho violento, notificarlo] si va a regresar con el señor y ya no va a requerir del documento que yo le haga, no sé piensan así, no más por el certificado que le dan, en cambio donde sí se ven obligados a hacerlo es con las agresiones a terceras personas, con las lesiones en la vía pública. [P7: TS2 mujer].

... generalmente la mujer maltratada no te lo va a decir, creo yo, se ve en su aspecto, si tuviera 25 años parece de 40. El maltrato a veces no es visible y no es abierto, no te lo dicen, y no es hasta que la misma enfermera en el diálogo con su paciente la que lo descubre, y sí te impacta todo eso. [P9: enfermera administrativa GO].

Viene mucho paciente pero se va inmediatamente, viene a la consulta y nada más, porque no pasan de los golpes a segundo grado, son raspones nada más o hematomas. entonces nada más le unta su pomada o antibiótico y se van, o sea, muy pocos se quedan hospitalizados, entonces a veces no nos avisan [del hecho violento que la genera], no reportan, nadie dice nada y no nos damos cuenta, se van [P7: TS2 mujer].

Pues por falta de conocimientos de algunos médicos, derivan el caso, o sea, como que yo no quiero broncas, como que yo no hago más que lo que me corresponde, y pues a ver, ahí te lo paso [P 25: TS mujer, fin de semana].

En este aspecto el personal médico observado insiste en la necesidad de formación y entrenamiento específico para el manejo de los casos, infraestructura y disponibilidad de tiempo para una atención integral y la llamada de atención por el manejo y la atención de la violencia de género presente en sus propias instituciones de trabajo:

Ya está programado, nos va a llevar tiempo, existe mucha resistencia, porque es uno de los primeros problemas que nos vamos a encontrar, que hay mucha resistencia, hay gente que dice "pues eso no va conmigo", "eso a mí no me interesa, yo estoy en un área muy diferente", una vez que nosotros vamos a la capacitación, todo mundo se va a dar cuenta que estamos en lo mismo, nada más que ellos no lo quieren visualizar [P4: médico U].

Lo cierto es que las condiciones de privacidad, confidencialidad y reserva que requieren estos casos y en general la consulta médica, no están dadas en los hospitales observados, se atienden dos y hasta tres personas a la vez en consulta y las exploraciones se hacen en presencia de estudiantes pasantes de enfermería y medicina, el tiempo de consulta es mínimo y la formulación de preguntas o inquietudes se derivan a la enfermera de apoyo; el contacto del médico con su paciente es mínimo y no se permite la compañía de la pareja en consulta, así esta

haya asistido [Observación de campo: hospitalización, consulta externa y tococirugía]:

E. ¿Cuáles son los principales problemas de salud que llegan al hospital? I. Hablando de ginecología, pacientes embarazadas con nulo control prenatal, pacientes que desean embarazos pero en condiciones de salud, pues no las que serían deseables, están anémicas, con poco estudio, por lo que repercute obviamente en las pacientes que no comprenden la importancia de un control prenatal adecuado por ejemplo, entonces pues no lo saben, no lo llevan, eso es la pobreza y un poco la ignorancia [P15: médica administrativa].

E. ¿Cuáles son los principales problemas de salud que llegan al hospital? I. Aquí y en todo el país es la falta de cultura, la falta de cultura y de educación y de ahí se derivan muchas patologías, hay madres muy jóvenes con muchos hijos, con muchas carencias, con falta de higiene, con muchas enfermedades y mucha pobreza [P 23: trabajadora no médica].

En sala de partos el consentimiento informado para procedimientos médicos lo puede firmar la paciente, aun cuando ella pida la consulta del esposo, el personal médico le insiste en que el cuerpo es de ella y ella es en últimas quien decide [por norma, la orientación y consejería considera contraproducente que la decisión sea tomada en coyunturas como ésta –el momento de parto-] pero para el personal observado mujeres multigestas, pobres y con cesárea son candidatas idóneas para la oclusión y es el único método del que dan información en la sala [Observación de campo: hospitalización y tococirugía]. El problema del consentimiento informado es que en algunas áreas como tococirugía y hospitalización en ginecobstetricia, el consentimiento sigue siendo visto como un salvoconducto que exime de responsabilidad al personal tratante frente a un procedimiento, no como documento que ampara los derechos del paciente, sino como herramienta para amparar jurídicamente al médico o a la médica responsable, más que para garantizar el servicio, la orientación y la información adecuada y oportuna al paciente o a la paciente.

La observación de campo muestra que muchos de los comportamientos contravienen las normas, convenciones y programas, estas faltas están justificadas por el personal por la saturación de servicios, por exceso de demanda y por limitaciones de la misma estructura física del hospital para la atención, como se ha insistido reiteradamente, pero se advierte que aún con poca consulta las tensiones en la comunicación no

disminuyen y las valoraciones sobre las usuarias y usuarios siguen siendo iguales, por lo cual la situación no mejora. Consultas a dos y tres personas a la vez en el mismo consultorio, preguntas cortadas y comunicación mínima son frecuentes en la desatención:

Hay un médico de medicina interna de la planilla que le tenemos pánico, imagínate los familiares, todos hemos presenciado que el familiar le llega a preguntar algo y no, no, no, le va al pobre familiar como en feria [P7: TS2 mujer].

Yo creo que [la atención médica] es mala, no justifico al personal, por la cantidad de trabajo que tiene, como lo dije, está sobrepasada la cantidad de trabajo, que a veces llega un momento en el que el personal, no hay la calidez digamos que debiera haber para tratar a un paciente, [...] siento que llega un momento en que desde que llega el médico o la enfermera o la trabajadora social, ya están todos sobrepasados de trabajo y llega un momento en que no hay ya la calidez para atender a esta gente [P15: médica administrativa].

Lo que se desarrolla en los hechos es una tendencia a reducir cada vez más el tiempo de la relación médico paciente y especialmente el tiempo dado a la palabra del paciente. Hay indiferencia, cuestionamiento, burla y aliento de la culpa en el personal cuando atienden a usuarias agredidas; frente al desconocimiento del protocolo y de los materiales los casos son desviados a autoridades judiciales y a la policía para evadir la notificación obligatoria de la lesión. Esto sucede cuando el personal no ha recibido capacitación alguna en materia de violencia de género y esta ha tardado en llegar a la totalidad del personal y se ha dificultado por la alta rotación de personas en servicios, estancias y pasantías [Observación de campo: jefatura de enseñanza, coordinación de internos y revista médica].

En zonas de conflicto, donde se suelen ubicar geográficamente los hospitales de la red pública de atención, la negativa aumenta debido al temor del personal a las represalias que los familiares de la persona agredida puedan tomar con las personas que atendieron el caso. En varios hospitales de la red, entre ellos el observado en este caso, se ha hecho necesaria la presencia del Ministerio Público en las unidades de atención hospitalaria; de hecho, hasta hace poco tiempo había una oficina del Ministerio Público en cada hospital, pero fueron retiradas como lo documentó una directiva. Hay poca seguridad para el personal médico en zonas de alto conflicto social y se han presentado casos de agresión y ataques al personal de salud de

parte de familiares de las personas que esperan ser atendidas, por esa razón se han colocado barreras físicas, rejas, vigilancia y porterías para restringir el paso hacia las instalaciones del hospital y mantener la distancia con los familiares:

Con las pacientes pues sí me ha tocado ver más de dos pacientes que incluso tienen miedo de salir del hospital, por lo que se ha dado, que inclusive han sido golpeadas por sus parejas y tienen miedo de salir, pero pues por lo mismo es por el tipo de población que atendemos aquí, por el lugar donde estamos ubicados [P8: R1 GO mujer].

La observación realizada de las prácticas institucionales del personal de salud ratifica un fuerte contenido de clase en la percepción de la violencia, según la cual la pobreza engendra violencia y tal condición es propia de esta población, por su falta de educación e ignorancia; estas asociaciones no sólo corroboran los mismos valores de las sociedades tradicionales que dimensionan la familia, el matrimonio y la unión, sino que naturalizan las tensiones presentes en ella como parte de la estructura social, inherentes a contextos de carencia y de necesidad como el de la población atendida. El encontrar esta situación a ocho años de emitida la NOM190-SSA1999 muestra el camino que falta por recorrer en materia de capacitación y sensibilización del personal frente a la problemática de la violencia de género. En contraste es interesante abordar estos conceptos al momento de la reflexión de la propia situación personal de salud donde el mismo se percibe víctima de la violencia de género en la institución y conservadora de los valores sociales tradicionales relacionados con la familia y la crianza de los hijos.

La gente no entiende que tiene que esperar y la gente se enoja, y también tocan señoras que viene de afuera violentadas y vienen a atacar aquí adentro, y se han metido a agredir al personal, y estamos inconformes con eso [P24: enfermera de base 1].

Algunas de estas valoraciones sociales, que devenían en sanciones, se observaron en la consulta externa al prolongar el tiempo y haciendo esperar a pacientes que eran juzgados por su ropa, su orientación sexual, su aspecto o su condición de llegada al hospital para ser atendidos; pesan mucho el factor social, la edad y el sexo como elementos de discriminación y exclusión en el sistema. Al final se les atiende, pero... al final. De allí que la atención hospitalaria a víctimas de la violencia se convierte en una nueva agresión.

Al respecto vale la pena mencionar el reconocimiento de los factores culturales que asignan determinados roles y estigmatizan a las mujeres de manera tal que se vuelven un obstáculo para que acceda a servicios de salud en condiciones equitativas y asuman prácticas de autocuidado adecuadas. La observación realizada a los hospitales de la red mostró al respecto la confusión de términos y conceptos como género y mujer, y la equiparación de violencia de género con violencia de pareja y violencia intrafamiliar. Las dos confusiones fueron reiterativas y permanentes y en algunas ocasiones mostraron como inciden en el manejo, abordaje y atención de los casos que se presentan en el hospital.

En el trabajo de campo se observaron también modelos de masculinidad presentes en el personal de salud que hacen que los varones no accedan fácilmente a los servicios; de hecho, los varones acompañantes son apartados de la consulta de planificación familiar, y en algunos espacios de medicina familiar se asume que los hombres no cuidan su salud, son desobligantes con el autocuidado y quitan tiempo en la consulta; cuando llegan como pacientes se les atiende más rápido y las explicaciones no son detalladas, pues se parte de la idea de que no va a seguir las indicaciones por descuido, lo cual evidencia los estereotipos presentes en el personal médico que atiende [observación de campo: Atención Primaria, planificación Familiar, Consulta externa].

Lo paradójico de la situación es que muchas veces ni el personal de salud entiende cuando una situación es o no violenta, reproduciendo lo que acontece con la población usuaria, para algunos especialmente para los y las estudiantes por ejemplo, estas son cuestión de disciplina y formación, algunas de las maneras más tradicionales de maltrato en la institución por ejemplo, son los castigos, las guardias y los informes [Conversaciones con internos y pasantes]. La costumbre es otro elemento que termina por naturalizar la violencia como parte de la problemática cotidiana que atiende la institución, a más de la persistencia de situaciones inusuales que bien podrían ser consideradas violentas y que por su misma continuidad son asumidas como el deber ser y el hacer de la institución, como por ejemplo las esperas, la falta de confidencialidad y de intimidad para la consulta, los exámenes

ginecológicos en público, la desnudez en la sala por falta de sábanas y material de hotelería para cubrir a las y a los pacientes, la atención en el piso, entre otras. Esta secuencia ha sido observada en el trabajo de campo en el área de hospitalización y de consulta externa, pacientes sin sábanas que cubran su cuerpo, tactos vaginales en cuartos múltiples ocupados por otras pacientes y con presencia simultánea de estudiantes, pasantes, enfermeras, médicos y personal de intendencia. Consulta externa con dos pacientes a la vez y tres estudiantes enfermera y médico tratante o atención de partos con enfermera, médico, anestesiólogo, pediatra, personal de intendencia y hasta cinco estudiantes de medicina y dos pasantes de enfermería en la misma sala.

Se reitera entonces que, persisten carencias en diferentes sentidos como, por ejemplo, la actualización, formación y adiestramiento en contenidos específicos relacionados con la violencia de género, su identificación, definición y manejo; materiales, recursos y estructura para la atención adecuada de los casos; sin contar con la dificultad de identificar las propias situaciones de violencia de género que comprometen al personal mismo:

Tendríamos que trabajar más con nuestros jefes y coordinadores, y que una vez que estemos conscientes de lo que es el concepto de género y que realmente empecemos por uno mismo, yo creo que ahí podemos trabajar con nuestras actitudes, con nuestras indicaciones que se manden, que se giren con amabilidad, sin cuestión de ser agresivo, así podemos lograr mucho [P11: enfermero administrativo].

Con el programa [prevención y detección de la violencia de género] me doy cuenta de que sí puede afectar porque pues somos personas que provocamos violencia por algún problema que tenemos, puede ser una depresión... ¿cómo le diré?... cansancio, fastidio, llegamos del trabajo, con las presiones del trabajo llegamos al hogar y lo que provoca en un momento dado es que se acerca la familia y el hombre ya está aburrido y contesta mal y así empieza [P12: TS4 Varón].

El rezago pendiente por cubrir es importante y explica en parte la dificultad de la NOM190-SSA1999 de operar plenamente, muchos asuntos pendientes que deben atenderse en cascada para introducir los cambios necesarios, como por ejemplo el registro, observación, notificación y seguimiento de los casos como se aborda en el siguiente apartado.

1.1. Información y estadísticas

Se intenta llamar la atención sobre la persistencia, hasta cierto punto asombrosa, de ciertas características culturales que, por nuestra ceguera cultural creíamos muertas o desaparecidas. (Zola, 1999).

Dentro de los hospitales observados y del seleccionado en particular, se evidenciaron problemas en el manejo de las estadísticas hospitalarias tanto de los programas específicos, como el de violencia de género y el de salud reproductiva, en parte porque, si los equipos interdisciplinarios de los programas no están constituidos, la información no está integrada y, en parte, porque no hay una cultura estadística de la información en salud apegada a las especificaciones de la información de calidad, oportuna y consistente. Problemas en los datos mismos, irregularidad en los informes, expedientes incompletos e inconsistencias en la información contenida son algunos ejemplos que ilustran la situación del sistema actual en los hospitales públicos.

La situación observada en la red es que justamente hay un rezago importante en la creación del sistema, en la capacitación y sensibilización de todo el personal además de las resistencias a la notificación, a más de los problemas de la misma que tiene aún inconsistencias internas y no ha podido recolectarse como se debe para la integración de un verdadero sistema de información confiable y continuo:

Capacitar a todo el personal, porque es un personal hecho y derecho que tiene sus paradigmas, sus complejos machistas, las enfermeras a veces son amas de casa sumisas y obedientes, no se diga las que tienen más baja educación; intendencia, entonces el peor paciente es el de adentro, tenemos que educarlos para educar y eso cuesta mucho, mucho trabajo [P6: médico administrativo U].

El registro hace evidente el problema, sirve para la toma de decisiones, analiza sus principales características y contribuye a mejorar la atención y a allegar más recursos. Sin embargo, hasta ahora la información está dispersa y no contempla procedimientos homogéneos para su manejo, recolección o validación entre instituciones, de hecho, no se cuenta con una instancia adecuada que integre la información.

Estos elementos han favorecido entre otras que no se requirieran los documentos para recepción de pacientes, tanto de la hoja de urgencias, como de la hoja de lesiones y el formato de estado físico, en parte por la falta de personal e incluso por la negativa de los pacientes y las pacientes; las deficiencias en el sistema de registro son tan evidentes que las estadísticas hospitalarias en estos temas no se consideran aún confiables:

Me da tristeza, porque digo es un servicio [estadística e información] que debiera estar super bien, siempre ha estado mal, y siempre me refiero desde que era residente, y que yo recuerde es la misma persona que lleva el servicio, con la misma gente de apoyo la misma cantidad de gente y nunca nos hemos podido poner al día en la información, son fatales, de plano estamos muy, muy mal. [P15: médica administrativa].

A más de los problemas de registro, visibilización y detección de los casos de violencia de género, es necesario entrar a las contradicciones del trabajo hospitalario que pueden contribuir a la confusión de las mismas condiciones de atención.

1.2. Contradicciones

la construcción de la relación entre oferta de servicios de salud no se coloca como una tarea trivial, es resultado de embates, conflictos y contradicciones que permean la cotidianidad de los técnicos, profesionales y usuarios en el día a día de las instituciones (Pinheiro, 2001).

Aunque las normas, los programas y protocolos estén vigentes, en algunos casos los profesionales y los servicios de salud siguen sin respetar los derechos humanos, y las normas éticas y profesionales, sin tener en cuenta las diferencias de género cuando prestan servicios por ejemplo a las mujeres cuando se llevan a cabo procedimientos sin pedir su consentimiento responsable, voluntario y con conocimiento de causa, o cuando se les trata de manera inadecuada:

Pero los médicos son unos patanes, no saludan, saludas y no te contestan, son muy groseros. como compañeros son muy groseros [P7:TS2 mujer].

Creo que si les falta mucho sobretodo a los médicos, si no te van a ayudar con la paciente para que acuda a una institución por lo menos que no te la desanimen, sobretodo los hombres, sobretodo los hombres desde admisión, donde estaba yo hace ocho días y el muchacho que estaba atendiendo se empezó a reír, dijo ja, ja, ja ¿Cuántas veces he escuchado yo eso! Y dijo la señora: no, es que ahora si es la definitiva, es la primera y última vez que me pega, me aproximo y le pregunto ¿Qué le pasó señora? Y el

muchacho interrumpe, es que le pegó el esposo dice, pero cuántas veces hemos escuchado que si lo van a demandar. que si lo van a denunciar; yo le dije, pues ojalá señora, ojalá siga usted diciendo que es la primera y la última [P25:TS mujer, fin de semana].

Frente a los casos de violencia de género que se presentan en la institución de salud, se ha evidenciado en la observación de campo en diferentes instancias que los saberes médicos y clínicos resultan insuficientes, cuando no completamente inútiles, para intervenir en la situación de violencia:

Sí, se han sentido maltratadas en la situación de su preparación académica pero aquí más que nada cuentan las dos cosas: el conocimiento científico y la habilidad y destreza para el manejo de las cuestiones técnicas [P 11: enfermero administrativo].

Yo creo que no hay supervisión, debe haber supervisión del trabajo, si efectivamente se está llevando a cabo, pero sobre el formato que se está manejando de violencia de género no sé nada, nada. ¿Por qué? Porque hay que ver que está pasando con la supervisión por parte de la persona encargada [P7: TS2 mujer].

A nosotros se nos preparó para las técnicas específicas, en hacerlo bien y a la primera. Más, sin embargo, el médico se molesta, porque uno le quiera enseñar una técnica, porque todavía no aceptamos que cada quien tiene una función, ni somos el dedo chiquito del médico, ni estamos arriba del médico, sino simplemente estamos a la par. Si cada quien cumple sus actividades como se debe, podríamos hacerlo [P 11: enfermero administrativo].

Los servidores públicos, hombres y mujeres, cuentan con poca información y formación en materia de derechos humanos de los pacientes, en particular de las mujeres; y los alcances de las campañas masivas de información y sensibilización no llegan a la población rural, para el caso de la población que llega para ser atendida en la institución hospitalaria del Estado de México o, incluso, la que vive en áreas marginadas de las ciudad:

En ocasiones tenemos la capacitación y tenemos la capacidad profesional pero desgraciadamente a veces influye mucho la situación emocional, personal, y a veces nos olvidamos de lo demás y anteponeamos nuestra propia problemática y afectamos la atención que prestamos [P20: médico administrativo].

El personal médico requiere ser no solamente un profesional con capacidad técnica, sino, además, con comportamientos y actitudes que se correspondan con modelos ideales de este, esto se relaciona con atributos personales que en realidad se han ido conformando en la práctica profesional médica al paso de los pasantes por la institución hospitalaria:

Las dos cosas se han presentado, tanto con el personal atendido como entre nosotros, comentaba hace un momento que hubo un tiempo que uno de los médicos jefes, si tenía mucha prepotencia con el personal en general, de hecho hubo un momento que a mí como jefe me dijo mi personal: "¿Sabes qué?, te lo dejamos, tú trátalo porque nosotras no lo queremos, no lo entendemos, de todo se enoja, por todo grita, todo le parece mal" [P9: enfermera administrativa GO].

Las fallas identificadas en la consulta y la relación médico-paciente remite a la formación desde el pregrado del personal de salud, desde el aula de clase, las universidades y los hospitales donde como estudiantes el personal realiza su práctica, es conveniente entonces revisar en particular este proceso, lo cual se hará en el siguiente apartado.

1.3. Formación del personal en salud en el hospital

Los estudiantes construyen en su paso por el hospital, la representación de una práctica médica técnica y calificada pero deshumanizada. Las relaciones médico-paciente parten de una posición asimétrica, donde es el médico quien define y establece el marco de acción a seguir, lo cual preocupa en términos de la formación básica de valores y de sentido del hacer médico para este personal (Jarillo y Chapela, 2002: 35).

La perspectiva de la enseñanza a menudo se centra de manera muy estrecha en los aspectos médicos, tecnológicos y de procedimiento del manejo de la enfermedad, dejando de lado o restando significación a importantes aspectos socio-psicológicos y biológicos del manejo de la trayectoria de las enfermedades. En el primer capítulo se ilustró de manera ampliada como opera esta lógica, en lo que se llama el Modelo Médico Hegemónico en la formación del personal de salud y cómo en este proceso de va conformando el llamado *ethos* médico:

Así me gusta a mi el servicio, lleno y con casos bien difíciles, bien graves, porque eso si es medicina interna, tengo a la mayoría geriátricos, alcohólicos, cirróticos, cardiovasculares, algunos con compromiso cerebrovascular, a mí no me gusta mi servicio vacío ni con gente que tenga puras gripitas o dolorcitos, me gustan graves porque para eso sirve la medicina [Observación de campo: Médico docente adscrito].

El campo del recurso humano en salud está conformado por las relaciones siempre conflictivas entre los requerimientos de personal – en tipo, cantidad y calidad- que tienen los servicios de salud y la oferta de las instituciones formadoras que definen

en forma autónoma las características de sus egresados. Esta interrelación se complejiza con los mercados laborales en salud, las agremiaciones médicas y con los sindicatos y organizaciones obreras de las instancias públicas, principales contratantes del personal egresado de las escuelas y facultades de medicina y ciencias de la salud:

Hay situaciones en las que el sindicato defiende mucho al trabajador, ha habido compañeros que entran ebrios al servicio, duermen, faltan al respeto y el sindicato los protege, hay gente que no es honesta, viene checa y se va, pero así como hay administrativos también lo hacen los médicos, que no se rigen por el respeto, entonces sí hay situaciones de lo más injustas que puedas ver [P10: trabajadora administrativa].

Es como en cualquier profesión, hay gente así en todas partes, hay gente muy agresiva, muy exigente en cuanto a la atención que se le debe dar, pero uno debe guardar la cordura, debe serenarse, debe calmarse, porque no se puede poner al tú por tú con el paciente, así estemos lo más cansados que se esté, hay que actuar de una forma en la que el paciente no se sienta mal [P 14: médico interno].

Las formas de apropiación del conocimiento y de las prácticas médicas se dan en el día a día del proceso de práctica de formación profesional, primero en el proceso de introducción y adaptación de manera progresiva, que sin mayor cuestionamiento, introduce al estudiantado en estructuras fuertemente jerarquizadas, controles estrictos, normas y restricciones con las que se encuentra desde el primer día con un importante factor: este personal, futuro profesional es ya parte del engranaje de la estructura de poder de la institución, con saberes técnicos y habilidades y destrezas “científicas” que avalan su punto de partida para acercarse a la población usuaria del servicio:

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 senti discriminado, ni maltratado en mi formación [Observación de campo: Médico Directivo Adscrito].

La conducta a seguir la define la institución, dando lugar a la priorización de las relaciones institucionales por encima de las razones y circunstancias de los pacientes y de sus enfermedades, Por ello ser médico obedece más a los dictados del entorno profesional, e incluso al entorno institucional, más que al espacio específico de su práctica, incluida en ésta el paciente.:

Nosotros como seres humanos siempre queremos tener al mando a alguien, desgraciadamente, entre ellos [los médicos] hay mucha gente que si no tiene al mando a alguien, si no se siente superior a alguien, pues no está feliz, y eso muchas veces nos hace mal, yo creo que nos afecta al paciente, porque el paciente es el afectado, uno está presente en las relaciones personales y es obvio [P21: enfermera de base 2].

Se identifican desde la formación de pregrado diferencias en la percepción de la práctica del personal en el contexto público o privado; la valoración diferencial sugiere que el ámbito privado es privilegiado por las condiciones de quienes acuden a este espacio en tanto el ámbito público puede carecer de la calidad, el tiempo y la dedicación en la atención a los pacientes, en detrimento, además, de los tiempos de atención y el trato a las personas. Estos elementos fueron identificados en la observación de la consulta externa de los hospitales públicos, al interior de los servicios clínicos, pareciera que aun siendo el mismo médico la disposición del trabajo y la calidad del mismo está determinada por el turno asignado y la consulta pública o privada; hay aquí una escisión del ejercicio médico que en últimas afecta a la población usuaria, sujeta a una atención diferencial por su capacidad de pago, muestra del deterioro de la condición de la salud como derecho, dimensión no incorporada plenamente en la práctica médica actual:

¿Por qué aquí doctora?, por qué no se fue al IMSSS que atiende al 60% de la población y muy bien, allá si tienen de todo organizado, no es como aquí, en el seguro uno llama que necesita que le reciban un paciente y se lo reciben no es como aquí, ya vió usted cuanto nos demoramos [Observación de campo: Médico Adscrito en Tococirugia].

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 [Observación de campo: Consulta externa].

En el IMSSS es mejor la atención, incluso en el ISSTE allá si hay recursos si hay calidad y uno no está penando por nada en cambio aquí todo es un problema, yo trabajo en ambas partes y es bien diferente [Observación de campo: Hospitalización].

Se mantiene la desvinculación entre la formación y la prestación de servicios de salud. Pese a los avances en las relaciones de integración docente asistencial, los perfiles profesionales difieren de los perfiles ocupacionales requeridos para la atención de salud de la población; en el trabajo de campo se pudo identificar que para las y los estudiantes de medicina el paso por la rotación de práctica médica por

los centros de salud, orientados al primer nivel de atención, y conocido como comunidad, es llamado por ellas y ellos como *comodidad* haciendo alusión a la baja presión que tienen allí para estudiar, trabajar e intervenir a diferencia de las áreas quirúrgicas y de especialidad que constituyen el verdadero reto formador, anhelo máximo, para cualquier pasante de medicina.

Las y los estudiantes construyen en su paso por el hospital la representación de una práctica médica técnica y calificada, pero deshumanizada; las relaciones médico-paciente parten de una posición asimétrica, donde es el médico es quien define y establece el marco de acción a seguir, lo cual preocupa en términos de la formación básica de valores y de sentido del hacer médico para este personal. Hay en el paso por el hospital escuela un proceso de distanciamiento social que ratifica las asimetrías y el poder médico que se afirma y legitima con el uso del conocimiento técnico y científico profesional que forma a las y a los estudiantes en la consideración de la enfermedad como un proceso biológico, desligado de los contextos sociales y culturales de la dolencia, enfatizando su visión biologicista del proceso y resaltando la eficacia terapéutica en el diagnóstico y el tratamiento como fin en sí mismo de la práctica médica auspiciado por el modelo:

Algo difícil de cambiar es la actitud de la gente que está trabajando, del personal ... cuando yo fui residente recibí un curso de calidad y calidez de la atención, no nada más para médicos, era para todas las áreas. creo que a la gente le falta mucho, porque jamás vi a nadie que fuera a tomar cursos de esos, en esa ocasión vi únicamente al subdirector médico, y otros dos médicos de base y yo como residente y sí pensé, por algo se tiene que empezar. porque no hay sensibilización de la gente [P15: médica administrativa].

Es que los que estudian salud pública es porque se van a dedicar a la polaca. Imagínate cambiar la ciencia por la polaca, les debe gustar mucho el dinero y por eso andan ahí. Además es que no sabe de la realidad, aplican su teoría a lo Julio Frenk, eso de la administración y de la gerencia hospitalaria, pero la realidad no funciona así, ellos no saben como funciona un hospital, pero creen que lo saben, son pura teoría, nada que ver con la realidad [Observación de campo: Médico Adscrito, directivo].

Siempre hay el peligro de que un interno parezca humano; los valores, las emociones, los deseos, las creencias, los hábitos, las tradiciones y los prejuicios. Ésta es la parte más difícil de cambiar. Se puede creer a los médicos que, por ejemplo, aseguran haber realizado actos conducentes a informar a sus pacientes – por ejemplo mujeres- sobre las técnicas anticonceptivas que piensan aplicarles. con

anterioridad a su realización. Sin embargo, el hecho claramente establecido de que esta información no ha sido comprendida ni registrada por las receptoras de estos servicios obliga a replantear e interrogar qué es lo que ocurre en estos diálogos fallidos:

Mujer de 23 años tercera cesárea, no quiere ligarse por razones culturales dice el médico adscrito quien va a hablar con la pareja de la paciente para darle informes y decirle que se haga la vasectomía él porque "otro parto más y esta señora va a quedar con la vejiga toda fea", dice el médico adscrito [Observación de campo: Tococirugia].

Ante el desconocimiento de las implicaciones legales de los Programas como el de Prevención de la Violencia de Género y el de Salud Reproductiva los médicos no están actualizados en formas de atención a población nueva que exige información a tiempo como las y los jóvenes ni tampoco de la consideración particular de esta población como usuaria de los Programas de Salud Sexual y Salud Reproductiva o en Prevención de la Violencia. Al parecer los programas que siguen en su formación tampoco llenan este vacío ni muestran estos contenidos que por cierto son desestimados por el mismo personal docente en las prácticas hospitalarias.

El éxito de las intervenciones depende de la disponibilidad, la calidad y la coordinación de los servicios y, sobre todo, del conocimiento, la sensibilización, la formación y el compromiso del personal. Aunque sigue faltando una respuesta institucional favorable a la atención de la violencia de género, la respuesta del sector salud no es suficiente si no está ligada con otros sectores. Pensar en la lectura no sólo punitiva y judicial a la violencia haría que la institución hospitalaria optara por un manejo más preventivo y efectivo en la contención y prevención de la violencia en su interior.

1.4. Formación específica en violencia de género

En lo que concierne al área de la salud, si bien es cierto que cada vez se reconoce a la violencia doméstica como un problema de salud pública, esto no ha sucedido de manera homogénea o generalizada, ya que aún prevalece un desconocimiento sobre el tema tanto en los especialistas en investigación en salud como entre los prestadores de servicios de los diferentes niveles de atención (Valdés, 2004: 428).

La poca información que tiene el personal sobre violencia, violencia doméstica o violencia intrafamiliar, sin mencionar la violencia de género, no es especializada, es insuficiente y de poca profundidad y calidad. Sin capacitación para el mínimo manejo del tema, no va a asociar el problema de la violencia con su práctica clínica y con la posibilidad de detectar casos de personas violentadas. Los talleres de capacitación no han cubierto a todo el personal, entre tanto, este se resiste a darle la importancia que tiene el problema desde la perspectiva médica y termina reduciendo la violencia a la esfera psicosocial, lo cual significa sacarlo del ámbito de su competencia; como ya se ha recalado en apartados anteriores, sus acciones terminan dirigiéndose a intervenir daños y lesiones físicas mediante habilidades diagnósticas, intervención quirúrgica y prescripción de medicamentos y de paso evadir la notificación del caso ante el Ministerio Público:

¿Y al personal de salud quién lo protege? Las familias se mudan de escuela o de casa uno es el que se queda en el hospital, a uno lo conoce la gente sabe quién es, pero ellos por costos y por tiempo no asumen los tratamientos y simplemente se van, ellos nos agraden por hacer el aviso porque todo el mundo se entera, y no pasa nada, entonces uno mejor se evita problemas, para qué detectamos si no pasa nada, ¿de qué sirve la detección y ¿de quién es el problema? De uno [Observación de campo: Médico Adscrito en el taller de detección y prevención de la violencia de género nivel central].

El apoyo psicológico es fundamental para los proveedores de servicio que atienden casos de violencia de género. La NOM190-SSA1999 establece que el personal de salud debe contar con una guía de apoyo y un directorio de instancias públicas y privadas especializadas en la atención de casos de violencia en caso de que las personas quieran acudir a ellas, y todo el personal debe tener la capacidad de realizar un diagnóstico de riesgos sobre los daños sufridos por las personas afectadas por la violencia.

Si nosotros como médicos recibimos agresiones de nuestros pacientes qué decir de los pobres agredidos, ese tema es bueno saberlo a nivel teórico, pero poco es lo que se va a hacer [Observación de campo: Médico Adscrito en el taller de detección y prevención de la violencia de género nivel central].

Es que también es ilógico que un médico pueda ver a tantísimo paciente, como un médico internista o dos vean a cuarenta pacientes en una mañana y luego aparte llegan los de la consulta, eso no es nada bueno para la salud mental de nadie, porque no estás bien, y se queda uno con que no le dio la atención debida al paciente[...] hay un psicólogo para el turno matutino y vespertino, que es lo que yo se que hay, para un hospital de ciento cuarenta y cuatro camas, ¿qué hace? Pues qué va a hacer con tanto paciente, tiene un consultorio y son inter consultas, porque todos los pacientes que están en el hospital, necesitan atención psicológica, entonces? [P24: enfermera de base 1].

La necesidad de cambio en las formas de relacionamiento y en el entrenamiento para la consulta y el ritual médico de la entrevista médico-paciente es inminente si se tiene en cuenta que los médicos entrevistados atienden bajo una misma forma y con las mismas rutinas a cientos o miles de mujeres cada año, y las formas y rutinas de acción son las bases de aprendizaje para la práctica futura de los médicos en formación, quienes regresarán a sus estados de origen y serán multiplicadores de la filosofía y las prácticas específicas aprendidas en el hospital.

2. Posibilidades

La importancia de asegurar que el personal tenga las capacidades y habilidades para identificar cuándo un caso que llega es debido o no a la violencia radica en la habilidad de recabar información con precisión y sensibilidad frente a la identificación específica del tipo de violencia inflingida, ello incluye manejo y habilidad para preguntar por los hechos y capacidad de diferenciarlos de lesiones comunes, ¿ocurre esto en efecto?

Parte de las dificultades de identificación tienen que ver con la confrontación con las propias formas de violencia que el personal de salud experimenta en su vida personal. Por tal razón la respuesta del sector ha sido fundamentalmente reactiva más que terapéutica:

"Esto es muy importante pero a ustedes se les olvida el apoyo dentro de nuestras mismas instituciones, porque nosotros como personal de salud sabemos de problemas de violencia de nuestros mismos compañeros y no hacemos nada al respecto, este es un problema muy difícil" [Observación de campo: Enfermera Asistente a un taller de detección y prevención de la Violencia de Género, nivel central].

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 [Observación de campo: Médico Adscrito].

La situación se complejiza más cuando la violencia obedece a razones intergenéricas, pues la dimensión de género, su perspectiva, apenas está siendo asimilada en los servicios de salud. La perspectiva de género podría aplicarse en este caso, y también en el tema de la salud de los varones, pues permite abordar el problema de la masculinidad como un factor de riesgo para la salud de los hombres y de las mujeres. Al parecer la práctica institucional del personal de salud frecuentemente reproduce la inequidad genérica al menos en tres planos: mediante el saber médico, en la práctica médica en sí misma y en la relación médico paciente:

Mi idea es que si ya se tiene la norma, ya se tiene todo eso, pues las personas que estamos dentro encargados de lo que es violencia, empezar a prepararnos más y preparar a la gente, con capacitaciones con más práctica. que no sea tanta teoría, porque a veces lo que nos aburre mucho es la teoría, es que la violencia es eso, y esto y esto, por eso cuando hay un curso como que da flojera ir [P12: TS4 Varón].

Siendo así el reto es doble: incluir la visión de género en el sistema para incidir propiamente en las prácticas institucionales del personal, e incluirla en los modelos de atención y programas dirigidos a la población usuaria de los servicios, situación que representa una tarea mayor para el personal, para la estructura propiamente dicha del sistema de salud, para la población usuaria y para las escuelas formadoras de las profesionales y los profesionales del área.

3. A manera de conclusión

Este es el tercer capítulo de resultados, concentrado en la parte de la implementación de la NOM190-SSA1999 y del programa diseñado por la Secretaría de Salud federal acogido por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. En un contexto de deficientes condiciones preexistentes en la institución hospitalaria, la desactualización del personal médico y el desconocimiento de los nuevos elementos considerados en el programa en mención, es insuficientemente difundido y muy lentamente implementado.

De entre las mayores dificultades encontradas para su implementación, se señalan la dificultad de identificar un hecho como violento, reconocer los elementos que lo constituyen y proceder a la intervención indicada; en parte porque el personal sigue pensando –especialmente el masculino- que las mujeres gustan del maltrato y que aprenden a vivir con él, hecho que no solo denota prejuicios y valoraciones morales que afectan la sensibilidad del personal médico sino que revictimiza a la población usuaria en la institución. La insistencia de seguir considerando la violencia como un asunto privado puede explicar en parte esta indiferencia.

Aunque el personal se muestre receptivo a la formación, capacitación y actualización en temas como violencia de género, sabe perfectamente que no cuenta con las condiciones estructurales, logísticas y operativas para trabajar en él; el simple hecho de la confidencialidad, la privacidad y la reserva en consulta es imposible, el recorte de los tiempos de consulta y la presencia de más de dos pacientes en algunas consultas impiden que se desarrolle la atención adecuada. Los tiempos de atención se reducen y los casos de violencia de género son desviados a otras instituciones sin llevar el registro correspondiente para evitar la notificación al Ministerio Público; las precarias condiciones de seguridad para el personal y la zona donde se ubica la institución hospitalaria favorece esta actitud.

La violencia doméstica y de género es percibida por el personal médico como parte de la realidad de la población usuaria de los servicios del hospital, desde allí es naturalizada aunque sí se auto perciba como víctima de violencia en la institución. Las valoraciones sociales y los prejuicios morales del personal inciden en la calidad de la atención a la población; la exclusión mediante los tiempos de espera y la descalificación redundan en la discriminación en el trato y en el ejercicio de violencias continuas y permanentes en los servicios.

Existen dificultades del personal médico en asimilar el concepto de género en su práctica, se termina equiparando lo familiar, con lo doméstico, lo femenino y lo genérico en el mismo punto. La exclusión de los varones de los espacios de consulta es frecuente, el prejuicio frente a su descuido e irresponsabilidad con su propia

salud, hace que el personal médico recargue las tareas de cuidado y atención en las mujeres y excluya del espacio de consulta a los hombres.

La ausencia de la cultura estadística de la información en salud es evidente en el sistema de registro de los casos de violencia de género y de todos los programas en general que tiene el hospital. La irregularidad de los registros, la deficiencia en el diligenciamiento de los formatos, la omisión de información y los expedientes incompletos han generado importantes rezagos en la información hospitalaria, desactualización de las bases de datos y graves inconsistencias internas de las mismas. No se contemplan procedimientos homogéneos para su manejo, recolección y validación, de hecho hay documentos que no se requisitan para la recepción de pacientes que son parte del sistema de detección de casos de violencia como la hoja de lesiones y la hoja de urgencias. Bajo las actuales circunstancias de atención en la institución hospitalaria, se vulneran los derechos de las personas tanto la población trabajadora como la población usuaria de los servicios de salud, no existen garantías de los derechos humanos, de los derechos de las y los pacientes ni de los derechos del personal.

El saber médico resulta insuficiente para la atención de la violencia, la desinformación, falta de entrenamiento, destrezas y habilidades para abordar la problemática es palpable ya que no es suficiente la habilidad técnica, se requieren atributos personales que no se han cultivado desde la formación del personal en su disciplina. Se ha enfatizado en los aspectos clínicos, pero las mismas estructuras de enseñanza fuertemente jerarquizadas, normatizadas, verticales y estrictas refuerzan las estructuras de poder que al interior de la institución de salud termina generando violencia. Las relaciones institucionales terminan pesando más que las razones personales y las condiciones de salud de la población atendida. El ámbito público paradójicamente carece de calidad, tiempo y dedicación en la atención de las personas formándose una seria escisión en el criterio médico del personal en formación. El resultado es una práctica deshumanizada de distanciamiento social que afianza el poder médico a partir de las asimetrías que al interior de la institución

hospitalaria este poder construye, a base de la búsqueda del eficientismo diagnóstico y del énfasis en los aspectos clínicos sobre los humanos.

Por esta razón, los diálogos son fallidos en el espacio de la consulta, el personal médico está además desactualizado en los nuevos requerimientos y necesidades de las personas que atiende. La información institucional hasta ahora es insuficiente, parcial y poco profunda, en materia de violencia de género al menos es aun deficiente y ha terminado por centrarse en la notificación ante el Ministerio Público, pero no en la intervención y el manejo oportuno del caso, por ello el personal evade el punto del registro y la información, lo entiende como un problema para sí y no como una oportunidad de detección a tiempo de una situación mórbida que puede terminar siendo letal.

En este capítulo se han podido establecer las discrepancias existentes entre los programas, las normas y la práctica de las mismas en el caso estudiado. La reflexión sobre lo encontrado en el trabajo empírico a la luz de la teoría presentada en el primer capítulo de esta tesis, ha permitido formular algunas proposiciones relativas al derecho a la salud, la integralidad, la violencia en general y la violencia de género en particular. En el siguiente capítulo se presentan dichas proposiciones.

CAPÍTULO VIII

LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DEL PERSONAL DE SALUD Y COMO PROGRAMA DE ATENCIÓN EN EL CASO EN ESTUDIO

En este capítulo se presentan, sustentan y argumentan los hallazgos y aprendizajes logrados con esta investigación. Estos hallazgos y aprendizajes se refieren a:

- La integralidad y el derecho a la salud desde las prácticas institucionales del personal de salud en el caso estudiado, esto es, desde su hacer diario en el ámbito hospitalario;
- la violencia desde el discurso institucional y su vinculación con las condiciones de trabajo, con la organización hospitalaria, con los valores, objetos de trabajo, y organización del personal; la visibilización de la violencia, su presencia en el proceso educativo y de formación del personal médico;
- la violencia de género en el discurso institucional, en tanto formas reconocidas en los programas, la naturalización de este tipo de violencia, los discursos, normas y programas diseñados para la red hospitalaria y su funcionamiento y las contradicciones en el caso estudiado.

La sustentación y argumentación se hace en dos ejes: las disposiciones oficiales que el país ha adoptado para dar seguimiento y cumplimiento a sus compromisos internacionales en los que se incluyen los programas y evaluaciones internas en la materia, y la discusión sobre el análisis de la información empírica lograda en esta investigación. Estos dos ejes han sido abordados a lo largo de los capítulos anteriores en este trabajo constituyéndose en la base de las sustentaciones y argumentaciones presentadas en este capítulo.

Se contrastarán o complementarán los hallazgos de la revisión de informes, programas y políticas en materia de prácticas institucionales del personal de salud, con los hallazgos empíricos, ambos mirados desde la perspectiva de la salud como derecho y de la violencia de género y la salud reproductiva, vistas desde la perspectiva de género. El espíritu de este capítulo es eminentemente reflexivo y

problematizador, pues aquí se condensan esfuerzos ordenadores, de sistematización de conceptos, discursos, trabajos y programas; y de cuestionamiento del ser y el hacer de las prácticas institucionales del personal de salud que hoy en día se realizan en el caso en estudio.

Se avanza así en la búsqueda de respuestas a las preguntas iniciales acerca de las formas, características, significados y diferencias que la violencia de género tiene dentro de las prácticas institucionales del personal de salud, de la manera cómo las relaciones de poder y subordinación que dichas prácticas conllevan acentúan la importancia de acercarse a analizarlas desde la perspectiva de género y, por último, de las bases desde las cuales son interpretadas por el mismo personal de salud sus propias prácticas.

1. El derecho a la salud y la integralidad de los servicios

Este estudio revela dos grandes áreas en las que el derecho a la salud y la integralidad de los servicios se ven limitados: los usos de la tecnología y el saber tecnológico por un lado y por el otro, los problemas en los contenidos mismos y en la aplicación de la normatividad y los programas.

La intervención tecnológica cuyo sentido es la producción de cuidado en salud para responder a las necesidades en salud de las personas y los colectivos atendidos por las instituciones públicas hospitalarias, no está exenta de incidencia política.

Coincidiendo con Merhy (2003) en este estudio se encontró que el saber tecnológico es potencialmente favorable a la defensa del derecho a la salud de las personas, sin embargo, es frecuentemente un obstáculo para el ejercicio de ese derecho cuando es utilizado a favor de prácticas policivas, autoritarias o hegemónicas que se llevan a cabo desde la misma prestación de servicios de atención y de cuidado de las instituciones sanitarias. Dichas prácticas van desde la saturación de servicios, la falta de mantenimiento de los equipos, el aumento del volumen del trabajo y la afectación de los tiempos disponibles de atención.

Las instituciones y las organizaciones sociales tienen leyes, funciones específicas, normas y servicios; la disociación entre las leyes, las instituciones y las prácticas institucionales, junto con la desinformación generalizada sobre los derechos y las obligaciones de la gente para los cuales están dirigidas, así como la carencia también generalizada de una educación específica en la materia, permite un amplio espacio para la violación de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud y el mejor estar de las personas.

Estas situaciones han generado en el caso en estudio problemas en la atención de salud que ya identificó de manera más general el Informe de Derechos Humanos en Salud en México, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2003): deficiencias estructurales en salud, violación de los derechos humanos, con mala o nula prestación de los servicios en salud, deficiencia en la organización de los mismos, fraccionamiento de la atención, resistencia de grupos operativos, sindicales y transnacionales, saturación de áreas, aumento de programas para ser operados por el mismo personal, reducción de la investigación y de la formación de personal especializado.

Se abordan en los siguientes apartados las formas cómo los contenidos, los programas, el trabajo mismo en salud y el funcionamiento de las instituciones hospitalarias trabajan en pos o en contra de la materialización del derecho a la salud.

1.1. Integralidad en la prestación de servicios de salud

En este apartado se analizan algunos de los requisitos y condiciones para lograr la integralidad de los servicios relacionándolos con las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud, a la luz de los hallazgos de esta investigación.

1.1.1. Trabajo vivo y trabajo muerto

El manejo de las capacidades de trabajo en salud colectiva (trabajo vivo) es fundamental en el equilibrio de una atención en salud integral, que gire en torno a las personas y en torno a una visión de la salud desde la vida; de acuerdo con Merhy y

Franco (2003) el peso de las tecnologías de trabajo centradas en las personas y no centradas en los instrumentos, la técnica y procedimientos (trabajo muerto) son las tecnologías que tienden al ideal del derecho a la salud y a la vida desde el bienestar de las personas atendidas y con ello de la integralidad en salud. En el caso en estudio se encontró la alta dependencia a las tecnologías de diagnóstico, a la burocracia institucional establecida entre diferentes niveles de atención y de especialidad; todo lo anterior favorecido por la excesiva demanda de atención y la reducida capacidad de respuesta de la institución observada.

La dificultad en la administración de personal por cada turno inicia en el alto ausentismo registrado en el hospital, lo cual contrasta con altas cantidades de población que demandan atención; si se agrega la limitación de insumos materiales, espacios y recursos para trabajar se tiene entonces como resultado una práctica deficiente, alejada de las posibilidades de la integralidad en la atención y de la garantía del derecho básico en salud.

El complejo entramado de limitaciones institucionales para la realización del trabajo hospitalario de forma adecuada, combinada e integral, es característico del caso estudiado. La ecuación trabajo vivo vs. trabajo muerto propuesta por Merhy y Franco (2003) como vía a la integralidad y al derecho falla en el caso en estudio por ambos lados: las limitaciones estructurales de una institución que no es abastecida de manera suficiente, sin los espacios y el personal completo ni los implementos e instrumentos en pleno funcionamiento; y el personal de salud ausente por exceso de beneficios sindicales y negligencia administrativa de control de personal, con una flexible normatividad y sin sanciones que prevengan un hospital sin personal suficiente trabajando pero en plenitud de contratación según planillas formales de la institución. Lo anterior genera escenarios en los cuales se muestran nitidamente las deficiencias y problemas, como se verá a continuación.

1.1.2. Pacientes y médicos: la consulta

A la "libertad" del enfermo le corresponde la "independencia" del médico y su libertad para prescribir; la noción de contrato aquí, implicaría también la posibilidad para

ambas partes de entablar una discusión sobre lo que conviene hacer, pero dada la superioridad de la posición del médico en el sistema hospitalario institucional, esto es prácticamente imposible. Otorgar confianza es una opción, no es tener un sentimiento. Si hubiera que distinguir confianza de credulidad, se diría que es el médico quien da prueba de credulidad cuando cree que su enfermo tiene confianza, cosa que afirma de buen grado, y con insistencia sospechosa. El enfermo, más que tener confianza, la otorga, porque no puede hacer otra cosa y de acuerdo con Clavreul (1983), la confianza que se le concede al médico se debe, con frecuencia, a que puede dar la interpretación del discurso médico más agradable a los oídos de una buena familia. En el caso observado la consulta es masiva, saturada con tiempos por paciente limitados y con estrechos márgenes de comunicación médico-paciente, la celeridad inhibe cercanías y confianzas, la infantilización de las y los pacientes y la prescripción más que la explicación establece comunicaciones cuya predominancia es instructiva y normativa, no comprensiva ni pedagógica.

Como la gratuidad ha saturado los servicios aumentando la demanda sin mejorar la oferta se han generado los problemas de las cargas desiguales de trabajo, con el consabido deterioro de la comunicación institucional y con problemas en el manejo de las relaciones entre autoridades y sindicato, lo cual ha contribuido a la decepción del personal y a su incredulidad frente a cambios posibles a mediano plazo, así como su apatía frente a nuevos programas.

La zona de influencia del hospital observado incluye sectores populares con importante presencia de población indígena y con población de bajos niveles de escolaridad. Se supondría que en materia de comunicación en salud y de interacción médico - paciente sería importante extender el tiempo de consulta para garantizar la comprensión y el entendimiento por parte de la población atendida de su dolencia y sobretodo de su tratamiento; pero esto no se lleva a cabo porque en la práctica la consulta se centra más en el desempeño de rol médico en lo técnico, lo instrumental –trabajo muerto- que en la comunicación interpersonal y la interacción entre médico y paciente –trabajo vivo-; en otras palabras, el escenario de la consulta médica es identificado como el lugar en donde el médico es más médico y el paciente es más

paciente, es también lugar por excelencia en donde las valoraciones socioculturales tienen expresiones e implicaciones prácticas.

En el especial encuentro intersubjetivo que tiene lugar en cada consulta médica se entremezclan y condensan numerosas circunstancias de la vida de sus protagonistas, y se juegan para ambos múltiples expectativas y significados que no se ajustan entre sí con facilidad. Coincidiendo con varios autores (Balint y Balint, 1996; Main citado por Leal y Martínez, 2002), se encuentra en el análisis de la información recabada en las observaciones empíricas que por más defensas emocionales que se empeñe en erigir, el médico no es nunca inmune al constante y cotidiano embate de la intensa emocionalidad que se juega en cada uno de estos encuentros. Las expectativas -y prejuicios- que cada uno tiene sobre el otro, sobre lo que ocurrirá durante la interacción, lo que desean; las expectativas del paciente pueden ir desde el alivio a la ansiedad que genera cualquier alteración de la salud, hasta la búsqueda de soluciones a intrincadas situaciones afectivas no exentas de conflictos y ambivalencias.

A la situación estructural de deficiencias acumuladas en estructura, servicios, insumos, espacios y recursos, se suman entonces las limitaciones humanas e interpersonales de personal de salud para establecer la comunicación y la interrelación personal, pedagógica, terapéutica e instructiva con sus pacientes; dado que este es precisamente el punto clave que activa el trabajo vivo propuesto por Mehry y Franco, el mismo que propende por la integralidad, la materialización de derecho a la salud desde la calidad y calidez de la atención, se podría considerar a éste como otro punto de quiebre para la realización de dicha aspiración.

El análisis de los datos presentados en los capítulos anteriores indica que la subjetividad presente en la relación médico – paciente, misma que se construye con los otros y en relación a los otros, está determinada por la ubicación social y cultural de quienes en ella participan, contiene diferencias individuales y contempla la homogeneidad grupal y social en un contexto de saturación en demanda y escaso en tiempos y espacios, lo que impide que los procesos necesarios para la construcción

de subjetividad se desarrollen de manera en la que el derecho a la salud y la integralidad del servicio se logren. Dadas las características del servicio, los procesos necesarios para la construcción de la intersubjetividad médico-paciente no son posibles de manera tal que se cumpla con la integralidad del servicio.

En el caso en estudio se observan tres aspectos de la atención médica que pueden ser evaluados por separado: la competencia técnica médica, la competencia técnica del proveedor del servicio y la infraestructura para proporcionar dicho servicio (relacionadas con la disponibilidad del equipo técnico, y las relaciones interpersonales entre médicos y pacientes).

1.1.3. Competencia técnica médica

Coincidiendo con Winnicott (citado por Leal y Martínez, 2002) se encontró que las posibilidades del médico de satisfacer las expectativas del paciente se encuentran limitadas a los recursos materiales de los que dispone. El desajuste puede llegar a ser mayúsculo cuando el clínico debe realizar su trabajo en condiciones extremadamente precarias, en condiciones que lo entorpecen o que lo convierte en una actividad rutinaria, sin espacio para el desempeño de un ejercicio creativo, estimulante y satisfactorio; la base de la relación médico - paciente ha quedado minada por la mutua confianza, contra la identidad profesional del médico, y contra la esencia misma del acto terapéutico.

El orden hospitalario se rige por la mirada, la escucha, la espera, con ello se originan diversas significaciones que dan identidad al quehacer médico. En ocasiones el personal médico no tiene contacto con los ojos de sus pacientes, se ve pero no se mira, se oye y no se escucha. El sentir no está permitido, tanto a las y los médicos como a las y los estudiantes de medicina, no les está permitido expresar ni sentir angustia o preocupación, en la observación empírica se pudo establecer precisamente que se les disciplina para ello. El saber médico debe anteponerse a cualquier tipo de sentimiento. Montes (2004) sugiere que si no es así, no es posible la cura.

Las formas y rutinas de acción son las bases de aprendizaje de los médicos en formación en el centro hospitalario estudiado. La necesidad de cambio en las formas de relacionamiento y en el entrenamiento para la consulta y el ritual médico de la entrevista médico-paciente es inminente si se tiene en cuenta que, como propone Silverberg (2000), el personal atiende bajo una misma forma y con las mismas rutinas a cientos o miles de personas cada año y que, como demuestran los datos presentados en el capítulo anterior, esas rutinas se modifican lenta y sostenidamente por inercias y no por voluntad o planeación del cambio.

Este elemento tiene importancia al constatar en la observación empírica la brecha generacional entre el personal médico docente adscrito a la planta de la institución hospitalaria responsable de la formación de nuevas generaciones del área, y las y los estudiantes, en la práctica y la docencia diaria donde se reproducen en el proceso pedagógico rezagos, desactualizaciones y formas de hacer ya revaluadas por los nuevos protocolos y compromisos institucionales del sector, lo cual lentifica las posibilidades de cambio y replanteamiento del hacer profesional en salud.

Pareciera que las instituciones hospitalarias tienen una historia y un desarrollo que riñe, por un lado, con el discurso político de los programas y los compromisos que las autoridades sanitarias locales y federales firman y asumen; y por el otro, con la práctica institucional del personal de salud, tanto el de larga trayectoria como el que está en formación dentro de sus instalaciones. Aquí hay un desencuentro en materia de derechos cuyo resultado se evidencia en la imposibilidad de armonizar los intereses de los diferentes niveles del sistema de salud, el arrastre de debilidades estructurales y su funcionamiento de origen aleja a la población del acceso a una atención integral y a la materialización del derecho a la salud. Para desentrañar más esta relación es necesario detenerse un poco en el análisis de la institución de salud como proveedora de servicios.

1.1.4. Competencia técnica del proveedor

La competencia técnica del proveedor aduce a la preparación, capacidad, habilidad y destreza del personal de salud que se asume como proveedor de servicios de salud

y que se ha formado para ello, el análisis del caso en estudio muestra que la formación no necesariamente va a la par de la práctica; las y los pacientes son observados bajo la mirada del saber médico y estereotipados. La falta de actualización en contenidos, técnicas y métodos es visible por la brecha generacional del personal de base frente al personal en formación; las limitaciones mismas del mobiliario y del instrumental disponible hace desistir al personal de capacitarse o invertir en mejorar sus conocimientos y sus habilidades si en el lugar de trabajo no existirán las condiciones para ejercer y aplicar lo aprendido; las competencias técnicas se deben ejercitar todos los días, ¿para qué adquirirlas si no va a haber espacio para desarrollarlas? A menos que esto se lleve a cabo en la consulta privada.

Como la institución hospitalaria donde se presta el servicio es pública el personal médico insiste en ver a la población como un ente estático cuyas condiciones sociales precarias son causa y efecto de sus cuadros mórbidos y por tanto su responsabilidad; esta visión individualiza procesos sociales de desigualdad conocidos en las áreas de influencia de estos hospitales –en particular el observado cuyos índices de pobres son los más altos de la ciudad- y hace ver procesos de cambio como irresponsabilidad y negligencia de la población atendida y no como un proceso complejo más amplio con implicaciones sociales, históricas y culturales que están contenidas en el Proceso Salud Enfermedad Atención señalado en el primer capítulo.

El médico aparece en el discurso no sólo como aquel que ejerce un control desde un saber científico, sino, como sostiene Montes (2004), como alguien que ostenta un poder, el cual se apropia del lugar en donde las y los pacientes lo colocan, en un orden jerárquico que corresponde a una escala y a un orden en el ámbito social. En el día a día de la consulta médica observada se encontró que para poder acceder a una consulta es necesario cumplir con los rituales: asumirse como paciente, paciencia, ante todo paciencia para soportar una larga espera, una espera que enviste y que otorga poder al médico de aquí que se pueda afirmar que la espera es un elemento constitutivo de la jerarquía médica.

La conducta a seguir la define la institución, dando lugar a la priorización de las relaciones institucionales por encima de las razones y circunstancias de las y los pacientes y de sus enfermedades, por ello se puede concluir que ser médico obedece más a los dictados del entorno profesional que al espacio específico de su práctica, incluida en ésta a las y los pacientes. Existe la percepción de diferencias sociales y personales, jerarquías y principios de autoridad a partir de distinguir entre el que sabe y el que ignora; el que demanda la atención y el que la ofrece. Estos elementos enfatizan sobre quien sabe, conoce, domina decide y actúa y quien ignora, acata, acepta y se somete. Coincidiendo con Jarillo y Chapela (2002), los médicos se ubican en una posición superior en el orden institucional, incluyendo a sus compañeros de trabajo de otras áreas y disciplinas. El estudio de Goffman (2003) sobre los internados permitió corroborar que al permitir que las enfermeras e incluso las mucamas –auxiliares- participen en las conferencias habitualmente sacrosantas del personal médico estos miembros del personal no médico pueden sentir que se acorta la distancia entre ellos y los médicos, y mostrarse más dispuestas a adoptar el punto de vista de estos últimos hacia los pacientes. De allí que este estudio pueda concluir que, sacrificando el exclusivismo de aquellos que están en lo más alto, se fortalecerá la moral de quienes se hallan en el nivel más bajo.

En este sentido el peso que se le da a la competencia del proveedor, al personal médico en especial, se orienta a las exigencias institucionales ligadas a metas externas y a políticas y programas definidos desde nivel central pero no desde la cotidianidad de la práctica y de la relación médico-paciente. Es aquí entonces donde se puede concluir también que se quiebra el principio de integralidad, en el espacio mismo de la consulta en las condiciones observadas del trabajo hospitalario, pues en última instancia, y sólo en última, se encuentra al paciente. La noción de derecho ligada a la integralidad como principio rector no se concreta, pues la posibilidad de su materialización se aplaza por las prioridades de los programas y las coberturas, sobre la relación y la calidad y calidez de la prestación del servicio. Asimismo el ejercicio del derecho a la salud incluye la orientación de los servicios a las necesidades de las y los pacientes en donde la respuesta a las exigencias



institucionales tendría que contemplar antes que nada que la primera exigencia institucional es precisamente el generar las condiciones para que las y los pacientes ejerzan su derecho a la salud.

1.1.5. Infraestructura para proporcionar el servicio

Las deficiencias de la infraestructura hospitalaria —el deterioro y la falta de mantenimiento de las propias instalaciones hospitalarias- justificadas por el personal por la falta de recursos para ello, además de la falta de equipo y de medicamentos, tensiona las condiciones de trabajo, las relaciones cotidianas entre el personal y las de éste con la población usuaria de los servicios, sin mencionar la afectación de la formación misma de los equipos de trabajo médicos.

Los servicios y la atención desde la lógica del derecho deberían, en principio, centrarse en las personas; sin embargo, las observaciones empíricas del centro hospitalario estudiado muestran que la atención se centra en las metas programáticas y en la mirada técnica de los programas de salud que conforman la oferta de servicios de salud. Es entonces la no confluencia de intereses relativos a las personas y los relativos a los procesos técnicos, donde precisamente se presenta uno de los escollos más importantes para la articulación de esfuerzos alrededor de una verdadera integralidad de la atención prestada y de la materialización del derecho a la salud de las personas.

1.1.6. Síntesis del trabajo médico hospitalario

De base hay en los espacios hospitalarios una relación de poder dentro de las mismas relaciones de trabajo que confluyen en ellos, sobre dichas relaciones es que la institución se constituye. Por ello no está exenta de tensiones y desequilibrios a su interior, el trabajo y la práctica institucional en salud traduce esas verticalidades y desequilibrios al espacio de la consulta médica y de la atención en salud. A esta situación contribuyen las limitaciones técnicas y logísticas con las cuales se presta el servicio ahora saturado por la política de gratuidad que se desarrolla sin haber hecho importantes avances en el rezago material de base.

Si hay rezagos importantes en la infraestructura hospitalaria y si no se ha logrado incidir desde la política y la dirección central del sistema hospitalario en la práctica cotidiana del acto esencial de la consulta y dentro de él de la relación médico-paciente, la meta de la integralidad, y de la realización del derecho a la salud con ella, es todavía un planteamiento utópico, lejos de concretarse y de ser materializado y evidenciado en sus principales beneficiarios: la población atendida. Se termina entonces por insistir que frente a la escasez y la carencia lo que se ofrece –aunque magro- es bastante y hay que agradecer por él.

1.2. Programas, normatividad y realidad empírica

Para avanzar en el análisis es importante revisar cómo la institución hospitalaria asume y operacionaliza los mandatos de nivel central, y cómo lleva a cabo los programas, especialmente los nuevos como el de salud reproductiva y el de detección y prevención de la violencia de género, centro de la atención de este trabajo. Si tenemos como base un funcionamiento mínimo y precario habrá que revisar entonces las adecuaciones y contradicciones encontradas en este nuevo contexto operativo de trabajo en el hospital.

1.2.1. Adecuación de programas federales a la red hospitalaria del Distrito Federal

La traducción de las metas programáticas del nivel central en el trabajo hospitalario adolece de la consideración esencial de las condiciones materiales, logísticas y de capacitación que estas precisan, desde allí se detectan rezagos importantes en los niveles de operación del sistema de salud como todo integrado. En la observación empírica esta situación reviste particular importancia si se tiene en cuenta el peso que tiene el componente técnico y tecnológico en el trabajo médico hospitalario, el énfasis en lo técnico instrumental sobre lo social y lo humano es una constante dentro de la impronta directiva hospitalaria.

Los capítulos anteriores mostraron con abundantes detalles las aspiraciones de los programas y las normativas como compendio de derechos y realizaciones para las

instituciones, para el personal y sobre todo para las personas; sin embargo ellas son confrontadas con las frustraciones del personal observado en su trabajo, en su espacio de práctica concreto donde las limitaciones y los problemas resaltan sobre las posibilidades, alcances y realizaciones. Es un hecho que las metas técnicas no se lograrán sin la consideración de las condiciones concretas de las personas para llevarlas a cabo y sin la contemplación de las necesidades y las prioridades de la población para las cuales dichas metas y aspiraciones, se supone son diseñadas y establecidas. En los siguientes apartados se presentan estos desencuentros e inconsistencias.

1.2.2 Contradicciones al interior de los programas

En general los programas de salud y el conjunto de medidas y políticas dirigidas al área, aspiran a impactar positivamente las relaciones de trabajo de su personal, considerando las dobles y triples jornadas que el personal tiene que adoptar para resolver sus condiciones de existencia, las condiciones de contratación, trabajo, ingreso, capacitación, ascenso y permanencia, y, muy especialmente, la incorporación de acciones afirmativas en beneficio de las mujeres, y procedimientos no discriminatorios de reclutamiento. Importante detalle si se tiene en cuenta que la composición genérica del sector salud es mayoritariamente femenina.

El Estado presupone que sus trabajadores, en el papel de subordinados, acatan sus lineamientos y el establecimiento de prioridades lejos de su intervención; de hecho, no da por supuesta la autonomía de sus trabajadores operativos que en la cotidianidad de la atención ejercen, ni tampoco parece reconocer el juego de las relaciones de poder que se llevan a cabo cotidianamente. Las relaciones verticales bajo un esquema claramente jerarquizado entre las y los trabajadores de la salud no se ven como objeto de evaluación de los niveles centrales del sistema de salud, por tanto arrastran sus problemas y contradicciones y con ello se dificulta el logro mismo de las metas.

La observación empírica permitió constatar el rezago de las normas actualizadas y básicas sobre protocolos de atención en programas específicos -salud reproductiva

es un ejemplo, en los cuales se detectaron sensibles carencias en materia de seguridad y normas básicas de prevención de infecciones –donde dicho sea de paso el personal médico no salió bien librado de los procedimientos en regla que debía seguir-, el desconocimiento de la normatividad vigente y la percepción del personal de que las nuevas disposiciones son asuntos políticos y por tanto privativo de las directivas de la institución. Si el mismo personal que debe ejecutar las políticas y los programas los rechaza, crítica o incluso los desconoce, cómo llegar a la ilusión de su materialización, y con ella a las de sus aspiraciones.

Se puede concluir en este apartado que el camino reglamentado para el alcance de la tan anhelada integralidad de la atención y de la prestación de los servicios de salud como derecho están enunciados y contemplados en el discurso oficial de las instancias federales encargadas de materializar los compromisos nacionales e internacionales en la materia; sin embargo, éstos no han podido y no podrán llevarse a cabo por lo menos a mediano plazo dado las brechas generacionales del personal, el rezago y la desactualización del personal administrativo y directivo de la institución, del desánimo, la desconfianza y el descontento del personal de base, entre otras cosas ya enunciadas en este trabajo.

1.2.3 Contradicciones y vacíos en documentos y normatividad frente al derecho a la salud.

A partir de las políticas actuales de salud, el personal médico se constituye en un administrador de la salud, lo que ha transformado las significaciones sociales del ser médico. Ahora el contacto del paciente con el personal médico es sólo aquel que elabora su base de datos, llena expedientes, da recetas; las y los pacientes se vinculan con una especie de complicidad silenciosa permitiendo que la institución de salud pública transforme poco a poco las formas de atención y el ejercicio de la profesión médica, ya que la saturación de los servicios redundará en dicha actitud. Las estructuras de poder siguen manteniendo las significaciones sociales imaginarias primarias que le dan sentido a la profesión médica, hablan entre ellos con un lenguaje técnico y especializado, y, como ya lo advertía Montes (2004), es el

alumnado quien se encarga de dar las explicaciones pertinentes a las y a los pacientes sobre su enfermedad. En este sentido la acción médica gira más en torno a intereses institucionales de metas establecidas en los programas, de coberturas estadísticas y acciones desarrolladas, que en torno a, en estricto sentido, la atención a sus pacientes.

Lo que se desarrolla en los hechos, si se parte de las observaciones empíricas, es una tendencia a reducir cada vez más el tiempo de la relación médico - paciente y especialmente el tiempo que quien consulta da a la palabra. Se potencian la tendencia histórica de la biomedicina a establecer una relación asimétrica y las dinámicas institucionales actuales que tienden a reforzar dicha orientación de la biomedicina más allá de los discursos y reflexiones de los científicos sociales y de las propias autoridades sanitarias. La duración cada vez menor del tiempo de la consulta conduce a reducir cada vez más la palabra de la y del paciente, pero también por reducir cada vez más la palabra del propio médico. Esto pasa también en las historias clínicas donde se consigna ahora muy escasa información de tipo diagnóstica y de evolución del padecimiento, etcétera. Coincidiendo con Menéndez (2004), la anamnesis médica casi ha desaparecido pese al reconocimiento técnico de su utilidad; pese a que los especialistas consideran decisiva la profundización de la indagación clínica especialmente para pacientes crónicos.

Se identifican también diferenciales en la percepción de la práctica en el contexto público o privado; la valoración diferencial sugiere que el ámbito privado es privilegiado por las condiciones de quienes acuden a este espacio en tanto el ámbito público puede carecer de la calidad, el tiempo y la dedicación en la atención a los pacientes, en detrimento, además, de los tiempos de atención y el trato a las personas. Estos elementos fueron identificados en la observación de la consulta médica, pareciera que aún siendo el mismo médico, la disposición del trabajo y la calidad del mismo está determinada por el turno asignado y la consulta privada. Hay aquí una escisión del ejercicio médico que en últimas afecta a la población usuaria, sujeta a una atención diferencial por su capacidad de pago. Estos elementos muestran el deterioro de la condición de la salud como derecho. dimensión no

incorporada plenamente en la práctica médica actual y distorsionada por el personal al fragmentar a la población beneficiaria del derecho –que en principio es universal- en función de dicha capacidad económica (que orienta la percepción de la salud como bien de mercado y la aleja de la noción de derecho como bien público y por tanto universal). Lo preocupante de esta situación es sin duda que se forma al personal médico que pasa por estos hospitales- escuela bajo este mismo precepto.

1.2.4 Integralidad y derecho a la salud

En relación con la integralidad y el derecho a la salud, los hallazgos y las argumentaciones presentados a lo largo de este texto permiten afirmar que:

- I. La integralidad de la prestación de servicios de atención a la salud es requisito para el ejercicio del derecho a la salud y el derecho a la salud no se ejerce en la institución hospitalaria ya que las prácticas institucionales de salud no se han abordado desde la integralidad del proceso salud -enfermedad - atención.

La integralidad como principio de trabajo y vía de realización de derecho se sostiene como aspiración de una visión de la salud sociosanitaria. En el caso estudiado dicha aspiración se obstaculiza por innumerables problemas de orden estructural del mismo sistema de salud.

Si no hay acercamiento a la problemática de la población atendida desde una concepción amplia del proceso salud- enfermedad- atención, más que desde las limitaciones y los problemas internos para atenderla, incluyendo las limitaciones personales en la formación médica misma, no se va a trascender a marcos más integrales y humanos de la atención institucional. Infantilizar a la población, crear barreras evidentes de comunicación con ella y reducir momentos claves de comunicación a la prescripción, como naturales, no son asunto que amerite la atención y la reflexión del personal. La población termina asumiendo una posición cómplice a cambio del servicio debido a la débil autopercepción que tiene sobre su condición de sujeto de derecho, este desconocimiento proviene de la misma institución hospitalaria que presenta un importante rezago en este sentido.

- II. El ejercicio de los derechos del personal de salud y de las y los usuarios de los servicios están directamente relacionados con los recursos asignados, la organización de la institución hospitalaria, la tecnología, y las condiciones de trabajo.
- III. La naturalización de las condiciones deficientes de trabajo resultantes de recursos asignados limitados, organización y usos de la tecnología intensivos conduce a una pérdida de conciencia del derecho a la salud tanto de la institución como de las y los trabajadores y de las y los usuarios.

Como se dijo antes, las mismas condiciones del servicio parecieran atentar contra cualquier proceso para la construcción de verdaderas intersubjetividades entre personal médico y población usuaria, requisito indispensable para contar con elementos de reflexión sobre el necesario desmonte del carácter 'natural' de lo que no lo es –la carencia y la limitación- y para pensar la integralidad de la atención en salud. Nuevamente se releva en este aspecto la dificultad de conjuntar intereses, pues se parte del reconocimiento de condiciones precarias en uno y otro lado del servicio (población-personal), con el agravante de asumir estas dificultades como aspectos inamovibles, normales y hasta naturales para prestar el servicio, cuando la propuesta de la integralidad plantea justamente lo contrario: la renovación, el cambio, los acercamientos, los diálogos, etcétera; solo con estos cambios necesarios por cierto podría plantearse la materialización del derecho a la salud y la integralidad en la atención.

Para las y los pacientes, su "camino terapéutico" queda marcado por los ritmos del hospital. El proceso de construcción de la subordinación del paciente implica no sólo la relación con las y los médicos y el personal auxiliar, sino que involucra también el ámbito institucional que la produce y reproduce cotidianamente. La falta de elementos es más angustiante para el médico residente, pero es aceptada como "normal" en el contexto de la sala, aunque sea fuertemente cuestionada en el ámbito de la guardia. La situación "normal" de falta de insumos por ciertos periodos encierra la consideración de que a pesar de esto "el servicio no es malo," es un servicio "no de primera" para gente "pobre": sin embargo, en

una institución privada estas condiciones serían inaceptables. Esto evidencia la fragmentación existente entre el personal médico de la noción de derecho como posibilidad para todas las personas, independientemente de su condición social que es una noción esencial del derecho a la salud.

- IV. Una razón más para el no ejercicio del derecho a la salud en la institución hospitalaria es que las metas de los programas institucionales de salud representan más a las instituciones que a la población a la que sirven.

Sin la consideración básica de las necesidades de la población es complicado que las metas técnicas se logren pues se supone que para su beneficio es que fueron diseñadas y establecidas. Seguramente aquí tiene que ver la misma sensación de abandono e indiferencia que sobre sí tiene el personal de salud que se siente desatendido por sus mismas directivas, no escuchado e incluso ignorado. Evidentemente hay aquí un desencuentro de intereses complicado por las debilidades estructurales del sistema y la poca posibilidad de su cambio y transformación.

Coincidiendo con Pagnamento (2000), las críticas de los médicos al funcionamiento del servicio apuntan sobre todo a sus efectos sobre sus "actividades como médicos" más que al tiempo asistencial que es considerado el tiempo burocrático del papelerío ajeno a su estatus y condición. Es curioso que no se reflexione en términos de la afectación de su comunicación o su relación con el personal que atiende, en términos de la calidad y la calidez que le puede prestar al paciente. También es cierto que antes las posibilidades de mejora el personal médico más que calidad y calidez de la atención preferirá avances tecnológicos y diagnósticos, actualización de equipos y adquisición de nuevas tecnologías dada su inclinación -desde su formación- al dominio de la técnica diagnóstica y la instrumentalización de su saber sobre la calidad de comunicación con la población que atiende. La integralidad está lejos de conseguirse con este panorama que pone en primer lugar las metas de cobertura y la escasez de recursos y en segundo el manejo técnico e instrumental de la salud, al dejar de

lado la posibilidad de acciones de salud concebidas desde, con y para la noción de derecho a la salud, en la garantía de la prestación de un servicio digno, de calidad y calidez.

- V. La formación y el entrenamiento médico ritualiza la brecha entre personal de salud; asume y absorbe las diferencias y las connotaciones de la sociedad y de la cultura, incluida la cultura de prestación de servicios, suscribiéndola en su práctica diaria.

Las y los estudiantes construyen en su paso por el hospital la representación de una práctica médica técnica y calificada, pero deshumanizada. Las relaciones médico-paciente parten de una posición asimétrica, donde es el médico quien define y establece el marco de acción a seguir, lo cual preocupa en términos de la formación básica de valores y de sentido del hacer médico para este personal. Hay en el paso por el hospital - escuela un proceso de distanciamiento social que ratifica las asimetrías y el poder médico, que se afirma y legitima con el uso del conocimiento técnico y científico profesional que forma a las y a los estudiantes en la consideración de la enfermedad como un proceso biológico; desligado de los contextos sociales y culturales de la dolencia, enfatizando su visión biologicista del proceso y resaltando la eficacia terapéutica en el diagnóstico y el tratamiento como fin en sí mismo de la práctica médica auspiciado por el modelo médico hegemónico. De modo que, como afirma Clavreul (1983), la enfermedad es un objeto para el médico en la medida en que es desconocida o mal conocida; cuando su realidad hace su aparición en el orden médico, deja de constituir el objeto de su interés, de su deseo.

La institución médica tiene mucho que ver en el proceso, coincidiendo con Jarillo y Chapela (2002), es determinante en la transmisión de valores implícitos e incorporados en el aprendizaje del conocimiento y de los valores de la profesión presentes en el currículum oculto. La pérdida de la noción esencial de derecho se presenta en el orden concedido a los saberes registrados en el proceso de formación y al peso que tienen los mismos. Siempre hay el peligro de que un

interno parezca humano; el personal está obligado a encuadrar dentro de ciertas normas humanitarias el trato con las y los internos; puede llegar a concebirlos como criaturas razonables y responsables, susceptibles de ser objeto de interés emocional. Han comprometido mucho tiempo y gastado mucho dinero en adquirir su rol de médicos, y confían en sostener con su trabajo de cada día ese rol, que por su formación profesional les corresponde; por todo ello, como dice Goffman (2001) se sienten comprensiblemente compelidos a mantener un enfoque médico y la versión médica del modelo de servicio, alejados desde luego de visiones más amplias centradas en el derecho de las personas y en las posibilidades de concreción del mismo desde el espacio de la consulta. Coincidiendo con Testa (1995), resulta claro que en la medida en que se cumple la modificación en el proceso del trabajo médico, necesariamente su producto cambia y el médico se transforma, al igual que el obrero, en un productor de valor. Hay el deseo consciente e inconsciente de las y los médicos de no identificarse con trabajadores explotados, hacerlo implicaría una noción de clase que poco agrada a la profesión que hasta hace pocos años percibía honorarios, no salario.

2. La violencia presente en la institución hospitalaria

De acuerdo con Goffman (2001) la vida institucional hospitalaria ha sido estudiada como espacio cerrado, como microsistema social de control social, en el caso de la salud, a partir del control de la patología y de la enfermedad; ello hace que, aunque autónomas, las instituciones autorreguladas sean frecuentemente asociadas a estructuras autoritarias y verticales donde prima la arbitrariedad sobre las mismas normas que dieron origen a las instituciones. En la institución donde se desarrolló el estudio se encontró que el saber médico y la habilidad prescriptiva han sido sobrevalorados y han conducido al reconocimiento en forma generalizada del privilegio del gremio médico de ejercer violencia o abuso de autoridad, bajo la excusa de su habilidad, destreza y pericia clínica; aunque se haya demostrado que los más agresivos y violentos no son necesariamente los más hábiles.

Goffman (2001) ha estudiado desde la sociología el contexto institucional de los internados y los centros de reclusión, a los que ha identificado como 'instituciones totales' en las cuales:

- a) Hay una tendencia absorbente del individuo que no le permite la interacción social. En la observación empírica se pudo constatar que los márgenes de acción del personal en las instituciones de salud es estrecho, su organización, jerarquía y estructura no tiene la movilidad ni la flexibilidad que permita considerarla amplia como para dar lugar a interacciones.
- b) El ordenamiento social básico es roto dentro de la institución donde todo se encuentra ordenado, reglamentado y programado y medido, y dada la ampliación de la demanda del servicio de salud derivado de la política de gratuidad con la estrechez de la oferta que no creció en la misma proporción este ordenamiento se torna más rígido e inflexible, los protocolos abundan en la letra no en la práctica, los programas se traducen en compendios de acciones agregadas pero no articuladas, para ser sumadas estadísticamente como programa pero sin funcionar como tal, esto se encontró en el programa de salud reproductiva del hospital.
- c) Lo que en la institución pasa deriva en un sometimiento de las necesidades humanas a un manejo burocrático. Precisamente la programación y la agrupación de actividades obedecen a criterios externos no internos, no son definidos por las necesidades de la gente que es atendida en el hospital sino definidos por programas derivados del nivel central, desde las jerarquías de la Secretaría y los compromisos internacionales y nacionales, pero no son pensados con la gente, desde la gente y para la gente en los hospitales de la red pública de atención. La institución del caso en estudio no fue la excepción.

La división entre lo privado y lo público en el caso estudiado y la insistencia del médico en adjudicar a la violencia un carácter más privado e íntimo muestra su temor a transgredir los límites de lo permitido socialmente y de lo definido por su propia formación profesional. Prefiere asumir que es un asunto completamente personal y que es la persona la que tiene la responsabilidad de hablar de sus problemas. En

este caso autoras como Saucedo (2003), Torres (2004a, 2004b) y Valdés (2004a, 2004b) insisten en que el respeto a la intimidad en caso de la violencia puede y debe ser cuestionado pues otras áreas mucho más íntimas como la sexualidad autorizan automáticamente al médico a intervenir y no así cuando se trata de un caso de violencia. En las observaciones empíricas del caso estudiado se observa que el adjudicar a la violencia un carácter íntimo, complejo, sobre el cual es difícil preguntar, y en el que es mejor no meterse, es una constante dentro del personal médico especialmente el masculino, todavía el personal femenino se inquieta e interroga sobre su capacidad de intervención sobre el caso. Pareciera que las parejas y agresores tuvieran el permiso social de agredir; aunque la ley lo tipifique como delito, las mentalidades están arraigadas con valores de permisividad y tolerancia de la violencia en contra de las mujeres. Los trabajos de Torres (2002, 2004a, 2004b) y Vásquez (2003) son también ilustrativos de esta situación. La observación del caso permite concluir que el personal de salud asume que si las mujeres cuentan con pareja, tienen familia y siguen con la pareja que la maltrata, es porque en el fondo les gusta, porque no quieren salir de esta situación, el personal médico hasta asume que el marido controla, manda y ordena lo que en su vida familiar pasa y las mujeres acceden, consienten y secundan las decisiones de sus maridos, *como debe ser*.

En la revisión de las condiciones de trabajo se encontró por ejemplo que la precariedad de la estructura hospitalaria favorece situaciones completamente irregulares que pueden devenir en violencia o daño tanto al personal como a la población usuaria, como por ejemplo, el abandono de las más mínimas medidas de seguridad, de confidencialidad y de preservación de la intimidad de la población atendida. La prioridad de la institución se coloca por encima de la individualidad, la intimidad y el pudor de las personas atendidas; las salas de parto son la evidencia de la pérdida de la noción de sujeto de derecho en la consulta o en el procedimiento clínico, ahí se anula a la persona y se la reduce a un cuerpo doliente, intervenido como un elemento más de la atención, el dolor como cuota inherente del alumbramiento pareciera ser la consigna. Todo ello ocurre sin olvidar las valoraciones morales y estigmatizantes hacia la población atendida.

Hace falta ver en detalle cuál es el camino que redundó en el hecho de la violencia campeando en la institución hospitalaria y la forma como ésta se contradice, evade y asume su trabajo frente a este tema; lo cual se desarrolla a continuación.

2.1. Obstáculos para la atención de la violencia

De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, la OPS en su resumen de 2002 reconoce el difuso carácter de la violencia y su complejidad como concepto; al parecer, la valoración de lo violento está influenciada directamente con las formas sociales establecidas, con las normas culturales y sociales que están, además, en permanente cambio. Parte de las dificultades de identificación de la violencia tienen que ver con la confrontación con las propias formas de violencia que el personal de salud experimenta en su vida personal; por tal razón la respuesta del sector ha sido fundamentalmente reactiva, evasiva y terapéutica. Una situación reiterada en la observación empírica es la victimización del personal de salud, quien dice no entender por qué tiene que intervenir en la violencia de los demás si nadie atiende la suya, que es un personal acosado, maltratado y agredido permanentemente por las directivas y por la población usuaria sin que nadie atienda esta problemática, por lo tanto no se entiende por qué ahora justamente deban encima tener que atender la violencia que llega de afuera a su institución.

Existen otros factores que obstaculizan la atención integral al problema de la atención a la violencia en la institución hospitalaria donde se hizo el estudio, entre los más importantes destacan: a) Desconocimiento de parte del personal de salud de la violencia familiar como un grave problema de salud pública; b) Desconocimiento de la importancia que tiene el sector salud en la detección, control y prevención de la violencia familiar; c) Sobrecarga en la demanda de servicios de salud, que resulta en una escasez de tiempo para escuchar y orientar a las personas; d) Temor de los prestadores y prestadoras de servicios de salud a ser confrontados por los agresores; e) Temor a declarar ante instancias judiciales.

Existen estudios que han explorado las propias dificultades subjetivas que tiene el personal de salud en la atención de las personas receptoras de violencia, (Sugg e

Inui, citados por Valdés, 2004a: 115). En un estudio con médicos del primer nivel de atención se encontró como barrera su incomodidad para tratar el tema abiertamente con sus pacientes, por el temor a ofenderlos, la carencia de “herramientas” para ayudarlos de manera adecuada, la sensación de “pérdida del control” por parte del personal y su incapacidad de regular la conducta de la persona y la incapacidad de ella de tomar decisiones sobre su propia vida. Estos aspectos en conjunto generan gran frustración en el personal para atender casos de violencia cuando éstos llegan a la institución de salud. Esas sensaciones van en contra de lo que se espera haga un médico desde su formación profesional, y el significado atribuido a la formación médica que pone a su alcance los medicamentos y las maniobras quirúrgicas que se requieran y que están supeditadas absolutamente a su voluntad; sin embargo, frente a los casos de violencia estos saberes resultan insuficientes cuando no completamente inútiles para intervenir en ellos. Esta situación se manifestó permanentemente en el caso estudiado cuando el personal médico se confesaba impotente frente al manejo de casos de violencia que llegaban a su consulta.

La situación observada en la institución es que hay un rezago importante en la creación del sistema, en la capacitación y sensibilización de todo el personal además de las resistencias a la notificación, a más de los problemas de la misma que tiene aún inconsistencias internas y no ha podido recolectarse como se debe para la integración de un verdadero sistema de información confiable y continuo. Esta falta de registro hace que, evocando a Denys (2004) no se evidencie el problema de la violencia, no se puedan tomar decisiones efectivas, no se pueda aprender más de este problema, y se limite la posibilidad de mejorar atención y allegar más recursos. Un problema adicional es que la percepción de la violencia no es para nada homogénea, esta varía por género como se verá en el siguiente apartado.

2.2. Violencia vinculada al objeto de trabajo y a los valores institucionales

Respecto a las condiciones de las prácticas institucionales del personal de salud, hay que resaltar, de entrada, que se reconoce la problemática del sector en términos de las condiciones de trabajo, los niveles salariales, el desgaste laboral por las jornadas y servicios, pero más que esto, desde la Secretaría de Salud se ha planteado la

necesidad de homologar las condiciones y contratos de trabajo del personal de salud de las instituciones públicas en todo el país, a situaciones que remuneren justa y suficientemente los servicios prestados, que reconozcan las diferencias de costo de vida y las cargas y dificultades del trabajo, y que reduzcan los privilegios en los contratos colectivos que afectan los niveles de atención a la población (como los días efectivos de trabajo) y que significan altos costos no justificados para el erario público.

Al interior de la institución hospitalaria, la observación empírica mostró que lo preocupante es que los grados de violencia suben y sin embargo, esta es asumida como normal y cotidiana por parte del personal, en particular de las y los estudiantes, para quienes esta no es otra cosa más que la disciplina. La introyección de la violencia como parte de la formación y del disciplinamiento médico aleja más al personal de percibir e identificar eventuales situaciones de violencia en la consulta, que ameriten atención e intervención de su parte. Aun cuando las médicas, los médicos y el personal de salud en general pueden prestar gran ayuda a las víctimas, éstos no están preparados para hacer un diagnóstico certero de la mujer maltratada, varias de las conversaciones en la institución estudiada lo ratificaron.

Esta situación es preocupante si se tiene en cuenta que a partir de 1993 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió a la violencia como un grave problema de salud pública y planteó cuatro pasos fundamentales para tratarla: a) definir el problema e identificar el caso; b) identificar las causas y factores de riesgo asociados con el hecho violento; c) desarrollar intervenciones conjuntas multidisciplinarias, y d) analizar y evaluar la efectividad de acciones preventivas (Chelala, 1996). Para que esto sea factible es preciso que se recabe la información con precisión y sensibilidad frente a la identificación específica del tipo de violencia inflingida, ello incluye manejo y habilidad para preguntar por los hechos y capacidad de diferenciarlos de lesiones comunes. De allí la importancia de asegurar que el personal tenga las capacidades y habilidades para identificar cuándo un caso que llega es debido o no a la violencia, pero más que eso, se plantea el problema cuando

debe empezar por reconocer -si es del caso- la propia vivencia de la violencia en su vida personal y familiar.

La institución pública hospitalaria estudiada, como un espacio público, manifiesta en su interior tensiones y agresiones debidas, entre otras razones, al ausentismo ya mencionado y a las limitaciones de recursos y de personal que tiene en diferentes áreas; por ello insiste en capacitar y formar a la comunidad para tratar algunos problemas a nivel sociosanitario, con implicaciones en algunos casos, legales desde otros niveles de atención articulados a redes de servicios públicos de orden social y jurídico fuera del ámbito institucional propiamente hospitalario. Al interior del hospital se cree que la violencia es propia de los escaños más bajos del trabajo hospitalario desarrollado por las personas de menor nivel educativo, evidenciando la connotación de clase que refuerza la idea del personal médico de la asociación pobreza-violencia-ignorancia. La falta de escolaridad, los abusos de confianza y las situaciones de vulnerabilidad son aprovechados entre el personal para ejercer violencia, la situación ha llegado al punto de generar problemas de salud en el trabajo sin que hayan sido atendidos.

Pese al esfuerzo internacional y nacional por avanzar en este campo, la institución hospitalaria como base de trabajo poco se ha preocupado hasta ahora por analizar las diversas expresiones de dominación y agresión presentes en su interior, en las formas cotidianas de las relaciones interpersonales que se generan dentro de ella, en las jerarquías institucionales, en el manejo autoritario del poder que pueden, eventualmente, constituirse en violaciones de los derechos humanos, e impedir el desarrollo, el bienestar, la convivencia para la paz y la equidad entre el personal.

2.3. La violencia en general

En relación con la violencia presente en la institución hospitalaria –la que se recibe como la que se genera en su interior- los hallazgos y las argumentaciones presentadas a lo largo de este texto permiten afirmar que:

- I. Las formas particulares de violencia relacionadas con el cuerpo y el sufrimiento como objeto de poder están siendo favorecidas por las formas de organización de la institución hospitalaria.

Toda la institución hospitalaria formalmente gira en torno al cuerpo doliente, maltratado, sufrido y para atenderlo cuenta con una estructura organizativa fuertemente jerarquizada, con tensiones en su interior manifiestas en el deterioro de la comunicación al interior de sus áreas y dependencias y a la sobrevaloración del componente médico clínico tecnológico de la atención. En general, la violencia sí es reconocida como un problema de salud por parte del personal hospitalario, por sus costos e implicaciones, aunque se plantea la dificultad de su identificación dentro de las diferentes manifestaciones como hecho violento, especialmente por las características de la población atendida a quien por su condición social y económica se responsabiliza de la violencia que recibe.

- II. La socialización y las condiciones de trabajo de estudiantes en formación conducen a formas de reproducción de la violencia llegando ésta a pasar desapercibida y asimilada por las y los estudiantes como forma de disciplinamiento y socialización en la profesión, perdiendo con ello la posibilidad de adquirir habilidades y capacidades para su adecuado abordaje y tratamiento, y lo que es peor, corriendo el riesgo de ser receptores y receptoras de violencia o personas que ejercen violencia en su trabajo o en su vida personal.

A la alta jerarquización de las autoridades médicas se suma el entrenamiento y la formación de personal en medio de la carencia y la limitación. La saturación de áreas, las precarias condiciones para la atención y el recorte de espacios y tiempos para desarrollar un trabajo integral introduce a las y los futuros profesionales de la salud en un contexto agresivo, competitivo y violento, lo cual termina por habituarlos a altos niveles de agresión que afectan su capacidad de reconocer situaciones violentas que ameritan su atención e intervención. Se socializa desde la formación que la prioridad institucional está por encima de la individualidad y el cuidado de la

intimidad y confidencialidad de la población atendida, las áreas de tocociugía y de ginecobstetricia son una clara muestra de ello.

III. La naturalización de la violencia dentro del hospital conduce a la habituación del personal a su presencia, a la reproducción y generación de formas de violencia en su interior y a la pérdida de sensibilidad y de habilidad para detectar tanto la que se genera adentro de él como la que llega de fuera.

La formación y el entrenamiento médico ritualiza la brecha entre el personal de salud y población usuaria; ambos asumen y absorben las diferencias y las connotaciones de la sociedad y de la cultura sobre la violencia. A esta situación se suma la rápida habituación al dolor, al sufrimiento, al cuerpo desnudo, abierto y vulnerable, desprovisto de toda intimidad y de toda consideración, tal situación se presenta en medio de los roces, las tensiones y los quiebres de las normas más esenciales de confidencialidad, de intimidad y de seguridad hospitalaria en el trabajo cotidiano que finalmente se asume como normal.

La sensibilidad ante la violencia por parte del personal está diferenciada por género, mientras el personal masculino puede llegar a asumir natural la presencia de violencia en la población que atiende y considerar suficiente la intervención clínica, el personal femenino aspira a un abordaje integral, más especializado que acompañe y oriente el caso hacia formas de resolución que rebasan la competencia clínica. Las relaciones de poder-subordinación que sirven de sostén a la institución hospitalaria están construidas con evidentes cargas intra e intergeneracionales que terminan redundando en desigualdades de cargas de trabajo, abusos, maltratos y formas de violencia que no se cuestionan, que han llegado al punto de considerarse "tolerables" por parte del mismo personal.

El problema está planteado –la violencia y la violencia de género como problema de salud y prioridad de atención– pero parte de la dificultad de su abordaje es su complejidad y presencia simultánea tanto en la institución de salud como en la población usuaria que acude a ser atendida por esta causa; vale la pena analizar

con mayor detenimiento el entramado institucional que favorece la violencia de género, materia de trabajo del siguiente apartado.

3. La violencia de género

Para avanzar en la materia específica del estudio, se abordan primero las jerarquías institucionales hospitalarias como instancias de naturalización e invisibilización de la violencia de género, la violencia vinculada al quehacer educativo, las formas de violencia de género presentes en la institución, la revisión del programa de detección y prevención de la violencia de género, se comenta aparte la NOM190-SSA1999 que le da sustento al programa y al final se condensan los hallazgos del estudio con base en las argumentaciones desarrolladas a continuación.

3.1. Violencia de género vinculada con las jerarquías, naturalización e invisibilización

En el escenario de lo público, como es el caso de las instituciones hospitalarias, se pone en evidencia el transcurrir de relaciones sustentadas en la existencia de tensiones violentas presentes en el relacionamiento interno de las personas que componen e integran dicho espacio. En las relaciones de poder develadas en el escenario público, en su estructura y organización, se plantean posibles interacciones que van desde la dominación y la agresión para llegar finalmente al ejercicio físico y concreto de diversas formas de poder. Al respecto, Franco (2000) apunta que el sector salud es el que recibe directa e indirectamente el impacto del fenómeno creciente de la violencia; las instituciones formadoras del personal de salud y las encargadas de diseñar políticas y financiar programas ven cuestionadas sus orientaciones y sus prácticas por las diferentes modalidades de violencia, además, recientemente se empieza a reflexionar en su propio concurso en la problemática. Al respecto en la observación empírica el personal capacitado en violencia dice que lo más difícil es hacer que sus colegas entiendan la importancia de reconocer la violencia que ellas y ellos mismos ejercen o han sufrido en algún momento de su vida, en este punto se coincide plenamente con Riquer (1996) cuando afirma que gran parte de las y los profesionales de la salud comparten los

mismos patrones culturales de las personas que sufren algún hecho de violencia y tienden a naturalizarla, minimizando o prestando escasa atención a los hechos violentos que se les presentan.

La Secretaría de Salud Federal en 2002 ya había identificado que las percepciones de las prestadoras y los prestadores de servicios en centros de salud e instancias de justicia muestran que gran parte de ellos tiende a considerar "natural" la violencia que sufren las mujeres al minimizar o prestar escasa atención a los hechos violentos que ellas padecen. En la observación empírica se observó que el personal médico se habituaba rápidamente al dolor y al sufrimiento, al cuerpo desnudo y doliente observado, tratado, rutinizado, e ignorado. Las irregularidades favorecen los roces y tensiones, la ruptura de normas básicas de trabajo, de medidas elementales incluso de seguridad hospitalaria en el trabajo cotidiano. De allí que se pueda afirmar que no sólo se recibe y atiende la violencia que viene de fuera sino que se genera también violencia dentro de la institución hospitalaria.

En concreto, frente a la violencia de género se invita a la población usuaria a desistir de colocar las quejas correspondientes, cuando el caso es interno se le ignora, no se le da crédito, de esta manera no queda registro alguno de la situación y no trasciende más allá del rumor. Se reconoce de antemano la alta conflictividad de trabajar con médicos y médicas a la vez que se le otorga este gremio un peso mayor del que en realidad tiene; esta situación es asimilada rápidamente por la población estudiantil que transita por los corredores hospitalarios asimilando en ellos las formas como los poderes y saberes se legitiman y consolidan en los servicios, aun mediante el abuso o la agresión, formando en su conjunto las bases de su formación y entrenamiento.

Este contexto interno lleva al máximo grado de dificultad para identificar las diferentes manifestaciones de la violencia de género que es la invisibilización de las mismas bajo formas de subordinación y de discriminación entre los géneros (tanto identidades como estructuras intergenéricas, homo, hetero, bi, transexuales, por ejemplo) y entre las personas hombres, mujeres en diferentes edades, niñas, niños.

jóvenes, adultas y adultos presentes en toda cultura. La base de la asignación genérica ha operado bajo el principio de la naturalización de las diferencias y, por tanto, de las desigualdades entre los géneros; el mayor reto que enfrenta el concepto de violencia de género es el de incorporar además de los aspectos relacionales e inclusivos la identificación de las formas y manifestaciones de la violencia que generan riesgo, daño, morbilidad y reducción de la calidad y la condición de vida de las personas. Hablar de la violencia de género implica reconocer de base una relación de poder – subordinación sobre la cual la acción violenta, lesiva o agresiva se inscribe.

En la práctica médica y clínica así como en las investigaciones biomédicas y epidemiológicas, es muy reciente el descubrimiento y el reconocimiento de las diferencias de género. El Programa de Mujer y Salud de la Secretaría de Salud (2003a), lo identificó en la percepción de que las necesidades en salud distintas por parte de hombres y mujeres influyen directamente en la forma como las y los prestadores de los servicios responden a las demandas de atención y a la manera como la población usuaria asume o no el papel de paciente o cuidador-cuidadora. En el centro hospitalario estudiado, parte de esas percepciones se ven reflejadas en los horarios de atención, que constatan la idea de que las mujeres, como amas de casa y responsables del cuidado de salud de la familia, deben asistir y llevar a las y a los enfermos en la mañana a la institución de salud a sus controles. La observación del caso permitió confirmar esta situación al identificar que en la rutina hospitalaria el turno más pesado, donde se llenan los servicios y se saturan las salas es sin duda el de la mañana, de lunes a viernes, y desde muy tempranas horas la gente asiste para tener el turno que le garantice su atención, misma que dependiendo el turno asignado puede extenderse hasta el medio día y entrada la tarde. Un día de consulta es un día en el que hay que dejar de trabajar, pero si la institución es pública y la población atendida es abierta qué más da, deben esperar el tiempo que sea y después de ser atendida agradecer el servicio.

Que se pretenda la visibilización de la violencia de género es entender que se asume una lectura desnaturalizada de las interrelaciones sociales, ya que son producto de

una construcción histórica, cultural, diferenciada socialmente lo que es en última quien la determina. Este hecho reconoce de entrada un importante grado de dificultad en el abordaje de la violencia de género cuando se advierte su inminente naturalización, e invisibilización (Documento Ocasional OPS, No 5., 2000). En el ámbito hospitalario, no es menor reiterar las veces que sea necesario este rasgo de la violencia de género ya que parece inherente al modelo médico hegemónico que lo sustenta y que se articula con otros preceptos que afectan el trabajo en salud que la institución debe prestar tanto en la prevención, la educación y promoción, como en el tratamiento, cuidado y atención; la observación realizada en el caso en estudio ratifica por ejemplo, un fuerte contenido de clase en la percepción de la violencia, según la cual la pobreza engendra violencia y tal condición es propia de esta población, por su falta de educación e ignorancia; estas asociaciones no sólo corroboran los mismos valores de las sociedades tradicionales que dimensionan la familia, el matrimonio y la unión, sino que naturalizan las tensiones presentes en ella como parte de la estructura social, inherentes a contextos de carencia y de necesidad como el de la población atendida. Interesante es contrastar estos conceptos al momento de la reflexión de la propia situación personal donde los y las trabajadoras del área de salud se perciben víctimas de la violencia de género en la institución y a la vez, conservadora de los valores sociales tradicionales relacionados con la familia y la crianza de los hijos. Aunque esté en marcha el programa de detección y prevención de la violencia de género en la secretaría de salud del DF., se verá en próximos apartados el rezago importante que hay entre el conocimiento del programa por parte del personal y la instrumentalización y operacionalización del mismo.

3.2. Percepción de la violencia diferenciada por género en el hospital

Que primen elementos normativos culturales en la configuración del caso estudiado no es de extrañarse, así como normas y tradiciones materializadas en su cotidianidad puesto que siendo pensadas como instancias de control y cohesión social, los componentes que alientan su trabajo pueden fácilmente caer en medidas restrictivas hacia las personas que atiende, coercitivas incluso, y si se quiere

violentas. No se habla únicamente de la institución hacia fuera, se habla entonces de la institución hacia adentro, hacia su orden y estructura, hacia sus propias jerarquías y esquemas de trabajo basadas en relaciones de poder-subordinación donde además, la perspectiva genérica encuentra un terreno propicio para materializarse en relaciones subordinadas y desiguales entre hombres y mujeres que trabajan en las instituciones de salud.

Por ejemplo, en el estudio se encontró que para el personal masculino, la violencia se presenta más entre mujeres, y sí es un problema de salud pública por sus efectos y alcances; sin embargo, el abuso de un sexo sobre otro es relativizado en aras de las costumbres y tradiciones tanto de la población atendida como del personal de salud que no se sustrae de las mismas valoraciones. Se insiste en niveles "tolerables" de violencia en la institución, del prejuicio frente a la violencia, que para el personal médico es parte del funcionamiento de las parejas atendidas por ser zonas pobres, tradicionales, machistas; de allí que haya dificultad en identificar los casos de violencia de género que tiene a su alcance en la consulta que atiende. Se percibe que las relaciones de poder se favorecen por la estructura y la organización de la institución, especialmente cuando las diferencias intergeneracionales tienen que ver con el poder. Para los varones que trabajan en el hospital la violencia que llega para ser atendida debe ser tratada como urgencia médica y canalizarse fuera de él hacia instancias especializadas y formadas en violencia, para separar los ámbitos de la problemática y reducir su vulnerabilidad como médicos tratantes de intervenir en los casos.

Entre tanto, para el personal femenino las condiciones de crianza y las tradiciones que lo han formado refuerza la condición de abuso y de maltrato en el trabajo, al favorecer el maltrato por parte de las autoridades hospitalarias, en su mayoría masculinas; se teme a la violencia ejercida por las mismas mujeres al asumir que ejercen más violencia que los varones. El personal femenino se percibe en condición de desventaja frente a los turnos y a la asignación de tareas y cargas de trabajo. es más sensible ante las diferentes formas de violencia que llegan al hospital a buscar atención y perciben más la falta de comunicación y buen trato en la consulta para la

población usuaria, aboga además por una atención más integral y cálida en consulta e insiste con más vehemencia frente al registro de los casos de violencia que se presentan en la institución.

El problema de la percepción desigual que tiene la población usuaria en relación con la violencia como parte del hacer cotidiano y normal en el hospital, se puede presentar en el momento en que la diferencia llega a imprimir naturalidad a las asimetrías, encubriendo su negatividad y justificando su iniquidad, por ello, según Meza (2003), las diferencias aparecen como justificantes de dominio y las consecuencias comunes para quienes son dominados es asumir para sí la condición de discriminación, estigmatización y segregación. La situación no tardará en dar lugar a manifestaciones agresivas, autoritarias o abusivas consideradas violentas en la prestación del servicio. No en pocos casos esta situación se constató en los servicios de salud observados, particularmente en las áreas de urgencias y tococirugía.

3.3. Violencia vinculada con el quehacer 'educativo'

Afirma Valdés (2004a) que el personal de salud no ha recibido ningún tipo de instrucción o capacitación sobre violencia doméstica o similares ni a nivel pregrado ni a nivel posgrado, tampoco forma parte de los contenidos temáticos de educación continua. La poca información que tiene no es especializada, es insuficiente y de poca profundidad y calidad. Sin capacitación para el mínimo manejo del tema, no va a asociar el problema de la violencia con su práctica clínica y con la posibilidad de detectar casos de personas violentadas; se le da tan poca importancia al problema desde la perspectiva médica que se reduce la violencia a la esfera psicosocial, lo cual significa sacarlo del ámbito de su competencia. En la observación empírica se pudo apreciar la forma en que las acciones del personal se dirigen primordialmente a intervenir daños y lesiones físicas mediante habilidades diagnósticas, intervención quirúrgica y prescripción de medicamentos, el peso del llamado trabajo muerto que se trabajó en apartados anteriores.

El hospital sigue siendo el espacio al que acuden “pacientes de segunda clase”. Uno de los rasgos sobresalientes de la residencia médica es que se “aprende” y refuerza cotidianamente la asignación de un lugar de subordinación al paciente, su completa disposición para que se desplieguen los “cuidados médicos”. Según las y los médicos, en una residencia no sólo se aprende de las y los médicos de planta o de las y los instructores, también se aprende de las y los enfermeros, de las y los técnicos, etcétera. No se aprenden solamente ciertos “conocimientos técnicos,” sino que el trabajo diario involucra lo que se podría llamar “saberes operativos,” es decir, saberes y prácticas que se hacen en el funcionamiento diario del servicio; por ejemplo, evaluar y decidir a quién se pregunta y a quién no, con quién se conversa y con quién no, para “apurar” el resultado de un estudio, cómo se “debe tratar” a ciertas personas, a quién se encarga o no la realización de algún estudio u otra actividad, etcétera. Estos “saberes operativos” constituyen estrategias que garantizan el funcionamiento del servicio y a su vez involucra cierta “normalización” de la situación. Como lo afirma Pagnamento (2000), al aprender “que hacer” cotidianamente se va construyendo la idea de que es normal ejercer la práctica médica en el conjunto de condiciones antes descrito (referidas al maltrato, los castigos, las guardias y a las diferencias de género, presentes en las jerarquías médicas y el manejo de poder), práctica médica asistencial (atención de pacientes), que es valorada ante todo como espacio de experimentación, subordinando otros aspectos.

El personal médico requiere ser no solamente un profesional con capacidad técnica, sino, además, con comportamientos y actitudes que se correspondan con modelos ideales de este profesional; esto se relaciona con atributos personales que en realidad se han ido conformando en la práctica profesional médica al paso de las y los pasantes por la institución hospitalaria; en la observación empírica se constató la alta valoración del estudiantado a las prácticas en áreas clínicas consideradas por ellas y ellos como la verdadera escuela, al punto de desdeñar el paso por comunidad a quien de forma hilarante califican de comodidad porque allí no se aprende lo que se aprende en clínica, en medicina interna que es la verdadera medicina [Observación de campo, estudiantes de internado].

Como lo afirman Jarillo y Chapela (2002), ser inaccesible a las y los pacientes es, por ejemplo, algo que el estudiantado va asimilando poco a poco como atributo profesional. Los desequilibrios en los modelos de formación del personal y las necesidades de los servicios, la distribución inadecuada de las y los profesionales de la salud en relación con las necesidades de la población y las debilidades gerenciales para hacer frente a la baja motivación del personal constituyen para la OPS (2002), problemas persistentes que se agudizaron en el contexto de los procesos de reforma y cuya complejidad aumentó debido a las nuevas demandas de resultados que se originaron a partir de ellas. En México el proceso de reforma ha empezado muy lentamente, pero ya se advierte el giro de la formación médica hacia la parte técnica y administrativa, el personal observado lo niega rotundamente aunque critique –paradójicamente- el recorte de tiempos de atención directa a la población usuaria y el aumento de capacitaciones más técnicas y administrativas que médicas y clínicas (pasos iniciales y contundentes del proceso de reforma).

En la observación empírica es evidente que el saber médico es insuficiente para la atención de la violencia, la desinformación, falta de entrenamiento, destrezas y habilidades para abordar la problemática es palpable ya que no es suficiente la habilidad técnica, se requieren atributos personales que no se han cultivado desde la formación del personal en su disciplina, como se ha reiterado en apartados anteriores. El ámbito público paradójicamente carece de calidad, tiempo y dedicación en la atención de las personas formándose una seria escisión en el criterio médico del personal en formación, estas habilidades y cualidades ausentes en lo público deberán estar presentes en el ámbito privado, punto neurálgico en la vulneración del derecho humano de la atención y la integralidad de la atención en salud. El resultado: una práctica deshumanizada de distanciamiento social que afianza el poder médico a partir de las asimetrías que al interior de la institución hospitalaria este poder construye, a base de la búsqueda del eficientismo diagnóstico y del énfasis en los aspectos clínicos sobre los humanos.

Una desventaja de la práctica de "personal de salud como maestro" es la tendencia a centrarse en la enseñanza formal. La perspectiva de la enseñanza a menudo se

centra de manera muy estrecha en los aspectos médicos, tecnológicos y de procedimiento del manejo de la enfermedad, énfasis en el trabajo muerto ya referido antes, dejando de lado o restando significación a importantes aspectos socio-psicológicos y biológicos del manejo de la trayectoria de las enfermedades. La orientación de la enseñanza tiende a emplear el lenguaje de *evaluación, valoración, y metas*, todos ellos referencia Strauss y otros autores (1999), son términos que probablemente refuerzan el eje enseñanza-aprendizaje *per se*. Se requiere de herramientas de sensibilización que desarrollen la percepción y la habilidad para el manejo de los casos de violencia que lleguen a consulta, la confrontación con la propia experiencia de vida y el mismo sistema de valores morales, tradicionales y familiares que pueden en sí mismos ser detonadores de violencia en el personal médico. Una mirada sensibilizada en la dimensión de género podría ampliar el panorama de trabajo humano de la institución al menos en tres dimensiones: en el saber médico, en el hacer médico, y en la relación médico-paciente propiamente. Hacerlo colocaría el acento en la integralidad de la atención y en la garantía del derecho humano a la salud que se encuentra en la base de estos programas y del mismo sistema de salud en su conjunto, al menos en la letra.

3.4. Formas de violencia de género presentes en la institución

Las formas y modalidades de la violencia de género van desde los gestos obscenos hasta la violencia sexual, y sus efectos van desde la sensación incómoda producto del acto o la agresión gestual o verbal hasta daños irreversibles a la salud cuya cronicidad puede llevar a la enfermedad e incluso a la muerte. La violencia de género es explicada como un fenómeno colectivo, que se registra en el contexto de una sociedad que hace posible la existencia de ese fenómeno y tolera, incluso justifica, a los perpetradores, suele ser una violencia socialmente reconocida inserta en las prácticas cotidianas. No es, de ninguna manera, un acto aislado, al margen del contexto social. Solo para tener presente, en la literatura feminista, el concepto de violencia de género aparece acuñado como sinónimo de violencia contra la mujer, violencia sexista, violencia basada en el género, violencia sexual, como registro de las discusiones y, para mayor claridad, vale la pena hacer una rápida revisión a la

serie de documentos de la OPS (Documentos Ocasionales No 3, 4, 5 y 6, Serie Género y Salud. OPS, 2002) que dan cuenta del recorrido conceptual y de la insuficiencia teórica en el desarrollo del término.

En la observación empírica efectivamente se encontraron situaciones que a punto de ser frecuentes terminaron asimilándose como normales, tales como el abuso de autoridad, la burla, el maltrato, el prejuicio y la discriminación entre instancias, entre personal, en diferentes áreas y por supuesto con la población atendida reflejada en tratos diferenciales y estigmatizantes por su condición. La información y la comunicación en este contexto es eminentemente técnica e instructiva no exenta de cargas morales en sus contenidos.

La violencia de género tiene su origen en una gran variedad de aspectos culturales relacionados con la construcción de la identidad femenina y masculina, la asignación de roles diferenciados y excluyentes para hombres y mujeres, así como la valoración discriminada de la femineidad y la masculinidad; esto ha llevado de acuerdo con Valdés (2004a) al desarrollo de formas coercitivas de control y segregación, las cuales se manifiestan en una amplia gama de acciones, entre las que se encuentran las expresiones violentas. En la institución abordada el maltrato continuo, el hostigamiento en el trabajo, el acoso sexual es frecuente y no asumido como problema pues este es "tolerable" y hasta lógico entre el personal médico y el personal asistencial favorecidos por connotaciones de clase y de género ligadas a las desigualdades y diferenciales técnicas, salariales y laborales existentes el interior de la institución, Para el gremio médico este no llega a tanto dado que es un galanteo consentido y hasta lógico entre el personal de la institución, sin embargo, esta percepción no es compartida por el personal femenino. De allí que cuando se presenta una queja o inconformidad se pone esta en entredicho, se duda de la palabra de quien acusa y el proceso no prospera ni supera los rumores de corredor, téngase en cuenta que buena parte del personal directivo es masculino e incisivo en no considerar los abordajes interpersonales como problema.

Una clara evidencia de la inequidad genérica de la institución hospitalaria la constituye la división del trabajo en los servicios médicos, las mujeres siguen funcionando como mano de obra subordinada; este rasgo del empleo femenino en la medicina es ilustrado con fuerza por el caso de las enfermeras y las parteras. Turner (1999), teórica feminista plantea, pues, que la división del trabajo, característica en los hogares tradicionales, se ve reproducida ahora en el sitio de trabajo, en donde nuevamente las mujeres reducen los costos de mano de obra en el entorno hospitalario y clínico. En la institución hospitalaria observada se evidenciaron las cargas desiguales de trabajo, la asignación de cargos directivos fundamentalmente a varones, situación que triplica el poder ejercido por ellos, recuérdese la frase de uno de los médicos entrevistados *"usted a mí me obedece porque yo soy el hombre, yo soy el médico y yo soy el jefe"* [Observación de campo: médico administrativo].

En el abordaje de la violencia en general se ha reconocido que la violencia hacia los hombres tiende a ser aguda, relacionada con accidentes y lesiones, mientras en las mujeres suele ser crónica y prolongada, más asociada a su condición genérica, ya que suele tener como objetivo el control sobre el cuerpo y la vida de las mujeres y en parte por ello no se detecta fácilmente. Se supone que el médico familiar está formado y sensibilizado para detectar estos tipos de violencia, sin embargo, en consulta mediante observación directa se encontró que desarrolla los mismos procesos y tareas que el médico general; también se encontró que muchos de los casos de violencia intrafamiliar y de pareja fueron ignorados del motivo de consulta por creerlos propios de la dinámica familiar de las mujeres agredidas, parte de sus costumbres y su cultura, lo que permite de paso, evadir la notificación del caso.

Han habido casos de violencia física debido a la tensión existente en el trabajo cotidiano en las diferentes áreas, la anormalidad institucional la exagera, de allí que el trabajo baje en su calidad y calidez. Los castigos, estímulos diferenciados, la competencia, y la exigencia de mostrar habilidades y destrezas son frecuentes; existe el sexismo en la educación médica y la valoración moral de base que hace que la institución en general asuma actitudes de exclusión, discriminación frente a población infectada del Virus de Inmunodeficiencia Humana, a población pobre en

condición de calle, a mujeres que interrumpen su embarazo, a trabajadoras sexuales y población homosexual.

La homofobia está presente no solo en el espacio de la consulta, también en los descansos y sitios de reunión del personal; la burla y el rechazo son las manifestaciones más claras de esta, llevando a la descalificación de las personas objeto de la burla, a los prejuicios personales materializados en actitudes hostiles y de rechazo y el fomento sin justificación alguna de ideas erróneas frente a la homosexualidad al seguirla considerando una enfermedad o una desviación que es necesario corregir, pese a que la X Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE la retiró del listado de las patologías desde los ochenta. Esta situación va en detrimento de la población atendida y del personal homosexual que labora en el hospital.

Para la sociedad hoy el análisis de la violencia en cualquiera de sus definiciones es un imperativo, dada la complejidad que la caracteriza, su peso en la estructura y comportamiento del proceso de salud, enfermedad, muerte atención partiendo, desde luego, de que la violencia como producto de las complejas relaciones sociales y humanas es aprendida y, por tanto, puede ser deconstruida, ya que es enteramente evitable, y para una postura género sensible de la violencia de género en las instituciones particularmente de salud permite indagar los terrenos propios de la salud, en el espacio cotidiano de la atención donde, vale la pena señalarlo, la mayor parte del personal que atiende es femenino.

3.5. Programa de Detección y Prevención de la Violencia de Género en la Red Hospitalaria

Según el documento oficial sobre Violencia de Género de la OPS, de 2003, el 95% de las trabajadoras mexicanas informaron haber sido víctimas de acoso sexual. Frente a la problemática se propone proporcionar a las víctimas el acceso a unos medios de reparación justos y eficaces y a una asistencia especializada, incluida la asistencia médica; teniendo en cuenta, entre otras cosas, datos desglosados por sexo sobre las causas y efectos de la violencia contra la mujer, para el personal

judicial, jurídico, médico, social, educativo, policial, correccional, militar, de mantenimiento de la paz, de socorro humanitario e inmigración con el fin de evitar los abusos de poder que conducen a la violencia de género y de sensibilizar a dicho personal acerca del carácter de los actos sexistas y las amenazas de violencia con miras a conseguir un trato justo de la población víctima. Este protocolo debe ser no sólo aplicado a la población usuaria del servicio, sino que incluye al mismo personal de salud afectado por este problema, situación que se ha manifestado en el proceso mismo de capacitación sobre la violencia de género en la Secretaría de Salud del DF donde el personal lo manifiesta abiertamente como pudo establecerse en la observación empírica.

Velzeboer *et. al.*, (2003) advierten que la actitud negativa del personal de salud impide que las mujeres y las víctimas de violencia en general exterioricen la situación que están viviendo; esta actitud frustró el intento de verbalización de pacientes que temieron ser nuevamente víctimas de agresión y retaliación por parte del agresor. Una explicación factible es que buena parte del personal de salud asume que se apega a pautas tradicionales de crianza, las que consideran que la violencia de género es un asunto privado, justificada y, en algunos casos, animada por las mujeres; para algunos, incluso, se llegó a asumir el gusto de las mujeres por ser tratadas con violencia; enfermeras maltratadas que, lejos de alentar la notificación del caso, advierten a las mujeres que se porten bien para que sus maridos no las vuelvan a agredir son parte de los ejemplos encontrados en la observación empírica que ilustran esta situación. Al escepticismo del personal hay que sumarle la falta de dispositivos de seguimiento a los casos de violencia de género detectados; los cursos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal impartidos para todo el personal sobre la detección y la prevención de la violencia de género mostraron el sistema de detección y la ruta crítica de los casos notificados sigue teniendo importantes rezagos y problemas, y por si esto fuera poco, el personal se mostró reticente e incrédulo frente a los canales de comunicación entre las instancias y a los alcances de su labor desde el hospital con la notificación inicial del caso.

3.6. Frente a la NOM190-SSA1999

Hay en el hospital pocos recursos para enfrentar un dolor que no sea físico: orientación, información, asesoría o compañía no pasa por la cabeza de nadie, momentos de alto riesgo, clave para la atención terminan perdiéndose para haber brindado el apoyo necesario. Incluso ahora que existe la NOM190-SSA1999, el personal no cuenta con las herramientas necesarias para enfrentar casos de este tipo que van más allá de la demanda de la atención en salud y requieren de manejo legal, psicológico, y de apoyo social en general. Identificar los casos es sin duda importante, pero, ¿el apoyo y las medidas requeridas? Esa es la pregunta que se plantea el personal de la Secretaría de Salud que se está capacitando en la materia. Valdés (2004a) encontró que durante su práctica médica, al menos una vez el personal médico tuvo que atender algún caso de violencia, la identificación de los casos no obedeció a una intención explícita dirigida a identificar la violencia, sino por la insistencia de la persona afectada por hablar de la situación.

En la observación empírica entre las mayores dificultades encontradas por el personal se señala la dificultad de identificar un hecho como violento, reconocer los elementos que lo constituyen y proceder a la intervención indicada; en parte porque el personal sigue pensando –especialmente el masculino- que las mujeres gustan del maltrato y que aprenden a vivir con el, hecho que no solo denota prejuicios y valoraciones morales que afectan la sensibilidad del personal sino que efectivamente revictimiza a la población usuaria en la institución. Y en parte por la insistencia de seguir considerando la violencia como un asunto privado lo cual puede explicar también esta indiferencia. También se observó que paradójicamente muchas veces ni el personal de salud entiende cuando una situación es o no violenta, reproduciendo lo que acontece con la población usuaria, para algunos especialmente para los y las estudiantes se trata de una cuestión de disciplina y formación algunas de las maneras más tradicionales de maltrato en la institución como son los castigos, las guardias y los informes. La costumbre es otro elemento que termina por naturalizar la violencia como parte de la problemática cotidiana que atiende la institución, a más de la persistencia de situaciones inusuales que bien podrían ser

consideradas violentas y que por su misma continuidad son asumidas como el deber ser y el hacer de la institución, como las esperas, la falta de confidencialidad y de intimidad para la consulta, los exámenes ginecológicos en público, la desnudez en la sala por falta de sábanas y material de hotelería para cubrir a las y a los pacientes, la atención en el piso, entre otras.

Las preguntas hacia las mujeres maltratadas parten del supuesto de su “gusto por el maltrato o la justificación por el castigo”. La reproducción de valores alrededor de situaciones ideales pesa sobre el personal médico, más de corte tradicional, tanto en estudiantes como en docentes se encontró esta valoración. No falta el personal que afirme que los reclamos e inconformidades de las mujeres son la base de la violencia intrafamiliar, de forma que ellas son responsables del maltrato. La frase identificada en algunas consultas observadas de *pórtese bien para que no le peguen* ilustra claramente esta concepción tanto en personal de enfermería, como en personal médico y de trabajo social.

La actitud indiferente con la que son atendidas las mujeres maltratadas en los servicios de salud es uno de los obstáculos para identificar los casos de violencia. Aunque el personal se muestre receptivo a la formación, capacitación y actualización en temas como violencia de género, sabe perfectamente que no cuenta con las condiciones estructurales, logísticas y operativas para trabajar en él; el simple hecho de la confidencialidad, la privacidad y la reserva en consulta es imposible, el recorte de los tiempos de consulta y la presencia de más de dos pacientes en algunas consultas impiden que se desarrolle la atención adecuada.

En los comentarios a la NOM190-SSA1999 se estipula que se debe incluir la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores. Hacerlo así requiere que se realice una entrevista dirigida a la usuaria o el usuario afectado por violencia familiar en un clima de confianza sin juicios de valor ni

prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. Para las unidades médicas de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Salud, los probables casos nuevos de violencia familiar son de notificación obligatoria en el formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2000. A través de este registro se conocerá la frecuencia de probables casos por grupos de edad, institución notificante y entidad federativa. La existencia de barreras, tanto de parte de los prestadores y prestadoras de servicios como de las propias mujeres obstruyen, con frecuencia, la posibilidad de intervenir; sin embargo, la oportunidad de que el personal de salud haga una revisión de estas barreras, a la vez que reflexiona sobre la importancia de su intervención, representan un paso importante en el proceso de ir allanando el terreno para una acción propositiva por parte del sector salud como la misma NOM190-SSA1999 lo reconoce. A las problemáticas condiciones de trabajo con las cuales el personal de salud asume la aplicación de la NOM190-SSA1999 hay que agregar su consecuencia más evidente: el problema del registro y con él la visibilización de los casos de violencia de género que llega a los hospitales.

En el caso estudiado, se constató que las condiciones que prevalecen en los sistemas de salud no favorecen una adecuada aplicación de la NOM190-SSA1999. No todo el personal la conoce, porque no ha sido capacitado ni actualizado al respecto, se aplica el registro de casos sin la adecuada coordinación intersectorial para su tratamiento, lo cual muestra la enorme dificultad de hacer efectiva la política escrita en la realidad local que estipula el registro y la notificación de cada caso para la verificación, visibilización tratamiento y seguimiento; estos elementos coinciden con el trabajo de Valdés realizado en 2004.

Es de fundamental importancia que los y las profesionales de la salud puedan identificar los casos actuales o potenciales de violencia familiar y lleven a cabo el registro correspondiente, el cual forma parte de esta NOM190-SSA1999, por esta razón la norma supone que

“Los prestadores de servicios de salud son todas las personas que trabajan en el Sistema Nacional de Salud, en la atención directa a las y los usuarios. Estos incluyen al personal médico y de psicología, de enfermería y de trabajo social” (SSGDF, 2000:21).

Por lo tanto la responsabilidad de formación y capacitación en materia de violencia de género, perspectiva de género y normatividad vigente debe estar dirigida a personal médico y administrativo. En investigaciones como la de Chaires (2003) se encontró que en algunos hospitales nadie gusta de atender a las y los pacientes, menos a víctimas de violencias, porque exigen atención médica, porque exigen justicia, no falta además quien considere esta actividad como una sobrecarga de trabajo. En la observación empírica además de las consideraciones anteriores, se encuentra un importante rezago en la capacitación del personal médico asistencial y el personal de áreas como psicología, trabajo social y administrativas.

Aunque el programa esté planteado hay aun mucho trabajo por hacer para que realmente opere, hasta ahora ha sido discrecional su implementación y desarrollo haciendo imposible que se pueda abordar la información de los casos atendidos y detectados y las acciones desarrolladas por cada equipo de trabajo de los hospitales de la red. La información no es confiable, no es regular ni permanente y el programa aun adolece de espacios, recursos y personal permanente para su operacionalización.

Finalmente, la NOM190-SSA1999 analizada por Valdés (2004a) termina reconociendo que existen barreras para llevar a cabo tales indicaciones como por ejemplo: Lenguaje complicado y tecnicismos, desinterés en un diálogo, falta de convicción sobre la capacidad para cambiar una situación, sensación de superioridad respecto a la usuaria, actitud autoritaria e impositiva, falta de atención, interés o respeto, presencia de prejuicios, poca privacidad, indiscreciones. Estos elementos fueron corroborados en la observación empírica.

3.7. Sobre la violencia de género

En relación con la violencia de género que existe, que se genera y que se recibe en la institución hospitalaria estudiada, los hallazgos y argumentaciones presentados a lo largo de este texto permiten afirmar que:

- I. La violencia de género es inherente a las prácticas institucionales del personal de salud, forma parte de ella, desde las mismas condiciones de trabajo, las maneras de trabajar, las tecnologías utilizadas y los recursos.

Las resistencias identificadas inicialmente a estos nuevos programas radican en la voluntad política de la institución que no apoya decididamente los protocolos y procedimientos que le dan materialidad a dichos programas, el gremio médico está desactualizado en estas materias y no se muestra particularmente interesado en cargarse más de trabajo asumiendo labores que van a aumentar su ya considerable carga laboral, inequitativa y desigual. Frente a la violencia presente en el hospital, el personal prefiere el anonimato y la intervención de instancias externas a la Secretaría especializadas en el tema para su manejo y abordaje. Se fundamenta esta posición por la desconfianza interna y el deterioro de la comunicación, la poca credibilidad de las directivas y de los canales de autoridad de la institución hospitalaria donde laboran. A pesar de haber transcurrido cinco años desde la implementación del Programa de Detección y Prevención de la Violencia de Género y de la vigencia de la NOM190-SSA1999 el personal no cuenta con la capacitación y el entrenamiento suficiente para desarrollarlos a cabalidad, parte del personal incluso se ha sentido excluido de las actualizaciones en esa y en otras materias, de allí que se inclinen en la remisión a instituciones especializadas en esa atención para cumplir ellas y ellos con la atención de la urgencia médica.

- II. La jerarquía institucional se sostiene en parte por la violencia de género, la disciplina y la jerarquía la asimila como parte de la formación básica; la violencia institucional campea entre personal y población usuaria.

Existen dificultades del personal médico en asimilar el concepto de género en su práctica, se termina equiparando lo familiar, con lo doméstico, lo femenino y lo genérico en el mismo punto. La exclusión de los varones de los espacios de consulta es frecuente, el prejuicio frente a su descuido e irresponsabilidad con su propia salud hace que el personal médico recargue las tareas de cuidado y

atención en las mujeres y excluya del espacio de consulta a los hombres. La violencia doméstica y de género es percibida por el personal médico como parte de la realidad de la población usuaria de los servicios del hospital, desde allí es naturalizada aun cuando si se auto perciba como víctima de violencia en la institución. Las valoraciones sociales, los prejuicios morales del personal inciden en la calidad de la atención a la población, la exclusión mediante los tiempos de espera, la descalificación por su condición o sus características redundan en la discriminación en el trato y en el ejercicio de violencias continuas y permanentes en los servicios.

- III. La violencia de género se agudiza en la institución hospitalaria no sólo porque se genera dentro de ella, sino también porque se obstaculiza su abordaje y atención.

Las implicaciones legales del abordaje y tratamiento de la violencia de género es un obstáculo importante para la identificación y el reconocimiento de la misma en el hospital, el gremio médico es reactivo frente a la notificación y registro de los casos porque teme represalias con las familias atendidas y complicaciones con el Ministerio Público por la responsabilidad penal de la notificación del hecho, por eso evita al máximo el registro; ello explica el deficiente estado de las estadísticas hospitalarias en la materia. Los tiempos de atención se reducen y los casos de violencia de género son desviados a otras instituciones sin llevar el registro correspondiente para evitar la notificación a ministerio público; las precarias condiciones de seguridad para el personal y la zona donde se ubica la institución hospitalaria favorece esta actitud.

Las fallas del trabajo de por si se asumen como fallas estructurales de exceso de demanda y saturación de servicios, ante estas condiciones ni siquiera el consentimiento informado ampara los derechos de las personas atendidas sino que ha terminado por constituirse en el instrumento que exime de toda responsabilidad al médico tratante de las consecuencias del procedimiento que está llevando a cabo

- IV. Los programas de detección y prevención de la violencia de género no van a funcionar mientras dentro de la institución hospitalaria se generen formas que la ocultan y agudizan.

La percepción, el reconocimiento y la identificación de la violencia es un proceso que requiere formación, sensibilización y capacitación adecuada, dado que las formas de relacionamiento sociocultural tanto de personal de salud como de población usuaria han mostrado la incorporación de desigualdades intergenéricas, las desigualdades y asimetrías en las relaciones de poder-subordinación aun familiares, aun administrativas en las mismas instituciones de salud, desde la misma escuela de medicina, son asumidas como normales, habituales y como parte del hacer cotidiano en salud, no necesariamente violentas o lesivas para las personas. La violencia de género existe en la institución hospitalaria, se genera dentro de ella y se recibe y atiende cuando llega de fuera, pero la complejidad hospitalaria no propicia el mejor escenario de trabajo para abordarla. El acoso y el hostigamiento dentro del trabajo se presenta en todas las áreas y jerarquías de la institución, de allí el maltrato en diferentes formas y manifestaciones.

Los primeros compromisos firmados internacionalmente sobre la identificación prevención y tratamiento de la violencia se remontan desde hace quince y veinte años y hasta ahora se están viendo las primeras medidas para la identificación y el registro como la NOM190-SSA1999 mexicana expedida por la Secretaría de Salud, sin tener aun resultados satisfactorios. Persiste el desconocimiento de la Norma y del programa, se aduce desinformación, falta de capacitación, y dificultad para la detección por carecer de las habilidades y destrezas para identificar la violencia presente en los casos atendidos, aunque se manifieste interés por recibir la capacitación y el entrenamiento en la materia, el gremio médico insiste que debe ser asumido por especialistas, con materiales, espacios e insumos para ellos.

La ausencia de la cultura estadística de la información en salud es evidente en el sistema de registro de los casos de violencia de género y de todos los programas en general que tiene el hospital. La irregularidad de los registros, la deficiencia en el diligenciamiento de los formatos, la omisión de información y los expedientes incompletos han generado importantes rezagos en la información hospitalaria, desactualización de las bases de datos y graves inconsistencias internas de las mismas. No se contemplan procedimientos homogéneos para su manejo, recolección y validación, de hecho hay documentos que no se requisitan para la recepción de pacientes que son parte del sistema de detección de casos de violencia como la hoja de lesiones y la hoja de urgencias.

Mientras el personal de salud no se involucre y tome parte en ese proceso de deconstrucción desmonte y reconocimiento de la violencia no habrá manera de atenderla, mucho menos de evitarla y prevenirla; incluso la que el mismo personal padece, porque puede ser que no la perciba como tal. Seguir entendiendo la violencia como lesión, como efecto o resultado y no como proceso dificulta y obstaculiza su abordaje. Bajo las actuales circunstancias de atención en la institución hospitalaria, se vulneran los derechos de las personas tanto la población trabajadora como la población usuaria de los servicios de salud, no existen garantías de los derechos humanos, de los derechos de las y los pacientes ni de los derechos del personal.

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES: LLEGADA A UN NUEVO PUNTO DE PARTIDA

Luego de este recorrido por la violencia de género en las prácticas institucionales del personal de salud de la red pública de atención del Distrito Federal, habrá que sintetizar los aprendizajes y avances que este trabajo aporta al conocimiento de la salud colectiva y dejar marcados los caminos que esta indagación abre; se parte de la base de que no hay respuestas sino preguntas que amplían la comprensión de lo que ya se ha avanzado; que en el proceso se aprendió más que en el punto de llegada y que, la posibilidad de continuar pensando en estos temas dará oportunidad a mejorar los acercamientos, las reflexiones y las propuestas tanto de abordaje como de intervención de la violencia de género.

1. Respuesta a las preguntas de investigación

Un breve recorrido por cada uno de los interrogantes claves que orientaron este trabajo y que llegan ahora a un punto de cierre para dar lugar a reflexiones y nuevos interrogantes sobre el tema se llevará a cabo a continuación.

1.1. Las prácticas institucionales del personal de salud

El recorrido realizado hasta aquí ha mostrado ampliamente la forma como se llevan a cabo las prácticas institucionales del personal de salud; éstas se realizan en medio de la escasez, la insuficiencia de recursos acompañada de ausentismo y condiciones de trabajo que se han deteriorado afectando la calidad y calidez del trabajo del personal. La desigualdad de las cargas del trabajo, las asimetrías entre cargos y las irregularidades presentes entre las instancias y la falta de credibilidad en las directivas y en las correcciones que puedan desarrollarse sobre el funcionamiento diario de las instituciones de salud forman el contexto en el cual se desarrolla la atención en salud. Este escenario se ha complicado con una política de gratuidad y universalidad de atención para una Red Pública de Atención que no está preparada para absorber la demanda de los servicios de salud, situación que aumenta las

tensiones presentes en los espacios de trabajo y el desempeño laboral del personal de salud.

1.2. Relación que existe entre los significados de la institución y los significados del personal de salud en torno a la violencia de género

Si bien la violencia sí se asume como un problema de salud pública importante tanto para la institución como para el personal, se puede observar la forma como los casos de violencia atendidos en la institución son asumidos como responsabilidad individual y como consecuencia de la pobreza y la ignorancia de las personas, tal visión hace prevalecer una visión estática y lineal de la violencia que responsabiliza a las personas de su dolencia y otorga fatalidad a situaciones que no se podrían resolver, al menos en el hospital, al decir de varias de las personas que en él trabajan. La violencia como un proceso dinámico, histórico y social que puede ser modificado no ha llegado ni a la institución ni al personal de salud donde se sigue estimando a la violencia como consecuencia de condiciones inmodificables cuyo cambio depende de la responsabilidad individual.

En esta percepción llama la atención la carga genérica en la percepción de la violencia en las situaciones en las cuales se desestima la queja por parte de las mujeres y se relativiza la fuerza y el daño ejercido por quien ejerce la misma; en tanto los varones cumplen una labor educadora, formadora de las mujeres y de control, también se valora en el personal que puede ejercer violencia como forma de control y de enseñanza; incluso en la institución los abusos y excesos del gremio médico son consentidos y validados por las jerarquías institucionales; así pues se tiene como resultado que aunque la violencia en muy diversas formas suba de intensidad, formas y manifestación en la institución de salud como la que viene de fuera, mucha de ésta sea asumida como normal y cotidiana por parte del personal y lo que es más preocupante, normal para el personal en formación que empieza a habituarse a ella sin cuestionarla. Un elemento que aumenta esta situación es la habituación al dolor, al sufrimiento, al cuerpo desnudo y doliente, observado, rutinizado e ignorado; poco a poco incorporado a la rutina diaria de los hospitales públicos.

1.3. Prácticas que se constituyen en violencia de género

La prepotencia del gremio médico alimentada por las jerarquías hospitalarias complica el manejo de la violencia y su abordaje, se ha llegado a abandonar las mínimas medidas de seguridad, de confidencialidad y de preservación de la intimidad de la población atendida, la exclusión de los varones de los espacios de consulta, el maltrato en salas y las estigmatizaciones morales de la población atendida en el caso de la homofobia, la discriminación y la exclusión de personas de la atención con calidad y oportuna por su condición social, aspecto físico y, orientación sexual.

Existe en la institución hospitalaria acoso sexual, hostigamiento laboral y maltrato en diferentes formas y manifestaciones. El abuso de autoridad entre el personal, la burla, del doble sentido alimentan cotidianamente la discriminación y el prejuicio, lo cual hace que se revictimice a las personas que acuden al hospital para ser atendidas en varias ocasiones por situaciones de violencia. Aunque se rumore los abusos sexuales en pasillos, estos no han trascendido a quejas formales pues es sabido entre el personal que este tipo de quejas no va a progresar ni va a atenderse. El irrespeto en el área médica en áreas críticas se vuelve regular y cotidiano, con el agravante que para parte del personal médico masculino los galanteos consentidos son frecuentes, normales y hasta buscados; sin embargo el personal femenino no comparte esta percepción.

La formación de personal en este contexto se ha desarrollado en medio de la socialización de castigos, recompensas, abusos de poder por las jerarquías médicas y de la enseñanza clínica; la competencia, la resistencia y la exigencia permanente a mostrar habilidades y destrezas, se combinan con sexismo y valoración moral en la educación médica. Esta situación se profundiza cuando se hace evidente el rezago intergeneracional de actualizaciones esenciales entre el personal médico de temas relacionados con los derechos de las personas, con los programas concebidos en el marco del reconocimiento de estos derechos y de la materialización –mediante una atención integral con calidad- de los mismos. Hay un desencuentro en edad pero también en conocimientos de las nuevas normatividades del hacer médico hoy más comprometido desde las políticas públicas en salud con haceres y saberes más

humanos e integrales que clínicos y tecnológicos en los cuales hay clara inclinación en las preferencias de la formación y cualificación del personal.

1.4. Violencia de género generada al interior de las prácticas institucionales del personal de salud

El espacio institucional hospitalario se constituye entonces en un momento crítico de la atención de la violencia puesto que a su interior genera violencia en todo el proceso de atención, en la consulta, en los procesos, jerarquías y organización del trabajo; y hacia afuera reproduce la violencia al revictimizar a la población que acude a ser atendida cuando retrasa la atención, cuando se burla de la población que atiende, cuando regaña y culpabiliza a la población atendida y a su familia, cuando desiste de atender con calidad y calidez, cuando no guarda las mínimas normas de seguridad ni garantiza la confidencialidad y la intimidad del personal que atiende, cuando consiente la violencia recibida como forma de socialización y educación de mujeres y menores de edad.

Al reproducir sistemas de valoración social y cultural evidentemente machistas y patriarcales, el modelo médico hegemónico instaurado en el funcionamiento de la institución hospitalaria se convierte en reproductor de valoraciones diferenciales en las cuales se encuentra la violencia como lo son: la verticalidad, la jerarquización y las asimetrías de poder, las desiguales cargas de trabajo de turnos y de horarios para su funcionamiento basados en esas diferenciaciones claramente desventajosas para unas y ventajosas para otros. La desatención a la propia violencia generada en su interior explica en parte la incapacidad de la institución hospitalaria de abordar la violencia que acude a ella. A continuación se dará cuenta en detalle de estas diferenciaciones.

1.5. Diferencias en los significados de sus prácticas por sexo, edad, jerarquía, tipo de vinculación y formación

Existen valoraciones diferenciadas de la violencia de género entre el personal según sexo, edad y jerarquía; para los varones la violencia se presenta más en las mujeres y es un asunto más íntimo por tratarse de situaciones generadas en el hogar, este

personal relativiza las formas de violencia atendidas por asignarlas a un asunto cultural y tradicional y por tanto privado, matiza la percepción de la violencia como tal especialmente cuando se trata de abusos y acosos sexuales por adjudicarlos al juego del galanteo normal entre varones y mujeres e insiste en el galanteo consentido y ya tradicional entre personal médico y asistencial que generalmente está compuesto por mujeres. Para los varones la asociación pobreza, ignorancia y violencia forman una ecuación ineludible, por lo tanto es inherente a la población esperada en el hospital ante lo cual no hay mucho que hacer; sí, en cambio, se asume limitado para atender la problemática y concentra su atención en la dolencia y la afección clínica, por considerar que otro tipo de atención le concierne a personal especializado y preferiblemente externo a la institución hospitalaria. Se resiste al registro del hecho violento por las implicaciones jurídicas con Ministerio Público y teme las represalias de las familias implicadas en el caso.

El personal femenino se percibe parte del maltrato desde su crianza y formación familiar, teme a la violencia ejercida por mujeres por considerarla más lesiva y es personal más sensible frente a las condiciones de trabajo, de desventaja para ellas, con turnos recargados, y con asignación de tareas y trabajos desiguales evidentes entre instancias, áreas y jerarquías. Es un personal que se preocupa de manera más evidente frente al trato y la comunicación con la población atendida, aboga por una atención más integral e insiste con más vehemencia en la importancia del registro de los casos de violencia que llegan a hospital y en la necesidad de mayor capacitación y sensibilización del personal en general para el abordaje y tratamiento de la violencia de dentro y de fuera de la institución. Insiste particularmente en la reeducación del gremio médico masculino y en la reconfiguración de las autoridades hospitalarias.

Personal femenino y masculino teme por su propia seguridad e integridad en la zona donde trabajan pues el acceso a la institución hospitalaria se ha visto corta en la garantía de sus condiciones de trabajo dentro y fuera. La institución ha sido más normativa que efectiva en el abordaje de la violencia, se sabe jerárquica, se percibe normativa pero sobredimensiona el trabajo clínico frente a las demás áreas y en esta

vía desatiende los problemas internos de comunicación de condiciones laborales, de manejo de la autoridad y de controles internos a los desmanes de algunas instancias. Las directivas no son reconocidas o respetadas como autoridades pues se les considera parte del aparato jerárquico que ejerce violencia sobre su personal y desatiende las quejas y llamadas de atención de la población y del personal, el caso del abuso y el acoso sexual es reconocido por la indiferencia de las autoridades para atenderlo, para oír las quejas y para creer a las partes implicadas, conduciendo así a la revictimización de las personas afectadas.

2. Respecto a los objetivos.

Como puede verse se han hecho evidentes las formas y manifestaciones de violencia de género presentes en la institución hospitalaria estudiada, desde adentro, desde afuera; las formas van desde leves como la burla y el rezago en la atención hasta las más contundentes como la discriminación, el acoso sexual, la homofobia, el castigo, el hostigamiento.

A los desequilibrios entre jerarquías y áreas de trabajo, las precarias condiciones de trabajo por el abasto, los recursos, espacios, materiales y demás, hay que añadirle el mal funcionamiento sindical, la poca credibilidad en las autoridades hospitalarias, el poco respeto a instancias de gobierno y regulación institucional, que favorecen las tensiones, los roces y la presencia de la violencia de género.

En los discursos tanto el personal como la institución se victimizan permanentemente desde la escasez de recursos, de la precariedad de las instituciones, la falta de capacitación y actualización, la ingobernabilidad, el exceso de cargas de trabajo, de tareas en los turnos asignados; institución y personal se perciben abandonados por el nivel central ante sus necesidades, desatendidos ante sus demandas y sobre exigidos en sus obligaciones y tareas. El programa de detección y prevención de violencia de género aumenta su inconformidad y descontento pues satura sus servicios, congestiona sus áreas y complica su cotidianidad ya precarizada por las condiciones pre existentes.

La valoración del trabajo femenino y masculino en la institución hospitalaria reproduce esquemas culturales y tradicionales que generan violencia tanto dentro de la institución como con la población que llega a ser atendida a la institución. Las jerarquías hospitalarias no tramitan las desigualdades, las conservan en su funcionamiento y las reproducen en su cotidianidad. Un reflejo de esta situación son los problemas de funcionamiento de programas como el de salud reproductiva y el de detección y prevención de la violencia de género en donde se evidencia que prevalecen estas desigualdades al focalizar su atención a las mujeres, al excluir a los varones de todos los espacios de consulta, formación y atención. Al revictimizar en muchos casos por incapacidad y desconocimiento del personal a la población atendida y al evadir responsabilidades programáticas como el registro adecuado de los casos, la remisión y la provisión de servicios calificados, se está desviando el sentido de los programas y de los compromisos adquiridos en la garantía de la provisión del servicio de calidad con integralidad y respeto y reconocimiento de sus derechos a las personas atendidas.

Los esquemas de funcionamiento hospitalario hoy son en si mismos un obstáculo adicional para los programas y para la atención de la población, debido a la saturación de sus áreas de atención, a la demanda del servicio que desborda la capacidad y la calidad de la oferta instalada que como se ha visto adolece de las condiciones mínimas de atención. Al analizar la violencia de género presente en las prácticas institucionales del personal de salud y sus significados al interior de una institución de la red pública hospitalaria del Distrito Federal, se identificaron las múltiples aristas que tiene este problema, como son dinámicas, aparecen continuamente sutiles cambios en ellas, se logró en este trabajo explorar a profundidad solamente algunas, como por ejemplo: la complejidad de las formas de violencia de género atendidas y las generadas dentro de ellas, las imbricaciones de estas formas de violencia de género con las estructuras institucionales y las formas de organización del trabajo en los servicios; así como el sistema pedagógico y de formación del personal que gira en torno a la atención de la salud permeado por asimetrías de género, etarias y jerárquicas y conducido por estas en el proceso de formación profesional de las y los estudiantes que rotan en la institución hospitalaria.

Es necesario continuar con la caracterización y la comprensión de los procesos identificados en la institución hospitalaria de salud relacionados con las formas de violencia de género presentes en ella, donde este primer acercamiento permitió establecer la certeza de su gestación al interior de la institución, cuestionar la forma de abordaje y atención de los casos recibidos y la alta probabilidad de revictimización de los mismos por la incapacidad de la visibilización de la violencias, la falta de capacitación en la materia y las dificultades institucionales para su resolución. Este es sólo el comienzo de la indagación y el inicio de un recorrido que no se agota.

3. Aportes al conocimiento de la salud colectiva

El aporte principal de este trabajo lo constituye la observación minuciosa de las prácticas hospitalarias, logrado en la observación simultánea de distintos agentes involucrados en la práctica cotidiana institucional frente a la violencia en general y a la violencia de género en particular: hombres y mujeres estudiantes, administrativos, técnicos, personal médico asistencial, personal médico. Se abordaron los programas *in situ*, los espacios físicos y sociales, las tecnologías de trabajo, etcétera; no solo con entrevistas, sino con observaciones minuciosas de los espacios, las relaciones, del intercambio en consulta, de la comunicación entre la gente, las intersubjetividades en acto que constituyen el espacio completo del personal de salud. Para lograrlo, se tuvieron que hacer algunas observaciones a la población usuaria y su relación con el personal, aunque el enfoque de estas observaciones fue éste último; así que queda pendiente para otro momento, para otro estudio, la observación de la población usuaria, el lado de la demanda de los servicios de salud y las relaciones que establece esta población con el personal de salud.

En relación con la integralidad y el derecho a la salud se encontró que:

- I. La integralidad de la prestación de servicios de atención a la salud es requisito para el ejercicio del derecho a la salud y el derecho a la salud no se ejerce en la institución hospitalaria ya que las prácticas institucionales de salud no se han abordado desde la integralidad del proceso salud -enfermedad - atención.

- II. El ejercicio de los derechos del personal de salud y de las y los usuarios de los servicios están directamente relacionados con los recursos asignados, la organización de la institución hospitalaria, la tecnología, y las condiciones de trabajo. La naturalización de las condiciones deficientes de trabajo resultantes de recursos asignados limitados, organización y usos de la tecnología intensivos, conduce a una pérdida de conciencia del derecho a la salud tanto de la institución como de las y los trabajadores y de las y los usuarios.
- III. Una razón más para el no ejercicio del derecho a la salud en la institución hospitalaria es que las metas de los programas institucionales de salud representan más a las instituciones que a la población a la que sirven.
- IV. La formación y el entrenamiento médico ritualiza la brecha entre personal de salud; asume y absorbe las diferencias y las connotaciones de la sociedad y de la cultura, incluida la cultura de prestación de servicios, suscribiéndola en su práctica diaria.

En relación con la violencia presente en la institución hospitalaria –la que se recibe como la que se genera en su interior- los hallazgos y las argumentaciones presentadas a lo largo del texto permiten afirmar que:

- I. Las formas particulares de violencia relacionadas con el cuerpo y el sufrimiento como objeto de poder están siendo favorecidas por las formas de organización de la institución hospitalaria.
- II. La socialización y las condiciones de trabajo de estudiantes en formación conducen a formas de reproducción de la violencia llegando ésta a pasar desapercibida y asimilada por las y los estudiantes como forma de disciplinamiento y socialización en la profesión, perdiendo con ello la posibilidad de adquirir habilidades y capacidades para su adecuado abordaje y tratamiento, y lo que es peor, corriendo el riesgo de ser receptores y receptoras de violencia o personas que ejercen violencia en su trabajo o en su vida personal.
- III. La naturalización de la violencia dentro del hospital conduce a la habituación del personal a su presencia, a la reproducción y generación de formas de violencia

en su interior y a la pérdida de sensibilidad y de habilidad para detectar tanto la que se genera adentro de él como la que llega de fuera.

En relación con la violencia de género que existe, que se genera y que se recibe en la institución hospitalaria estudiada, los hallazgos y argumentaciones presentados a lo largo de este texto permiten afirmar que:

- I. La violencia de género es inherente a las prácticas institucionales del personal de salud, forma parte de ella, desde las mismas condiciones de trabajo, las maneras de trabajar, las tecnologías utilizadas y los recursos.
- II. La jerarquía institucional se sostiene en parte por la violencia de género. La disciplina y la jerarquía la asimila como parte de la formación básica; la violencia institucional campea entre personal y población usuaria.
- III. La violencia de género se agudiza en la institución hospitalaria no sólo porque se genera dentro de ella, sino también porque se obstaculiza su abordaje y atención.
- IV. Los programas de detección y prevención de la violencia de género no van a funcionar mientras dentro de la institución hospitalaria se generen formas que la ocultan y agudizan.

Estos aprendizajes avanzan la comprensión de las categorías integralidad de la atención en salud, derecho a la salud, tecnologías de trabajo, violencia de género de la Salud Colectiva.

4. Aportes del estudio a la metodología

La estrategia de triangulación metodológica se tornó cada vez más en una alternativa indispensable para un trabajo de esta naturaleza planteado desde, con, y para la salud colectiva; las posibilidades que brinda su flexibilidad y adaptabilidad a las necesidades y propósitos del estudio en sus diferentes etapas muestra la importancia de considerar la triangulación como estrategia de interpretación. El diseño de cuadros síntesis de tipo matricial es un instrumento en extremo útil para comprender las distintas dimensiones de los problemas metodológicos.

La reciente creación del programa, las vicisitudes y complejidades del mismo explican en parte por qué no se llegó al manejo agregado de información confiable sobre la violencia de género, los plazos y los objetivos sin cumplirse, de compromisos pactados por los programas federales y los compromisos internacionales.

5. Retos, propuestas y cambios frente a la política y al programa de detección y prevención de la violencia de género

Más que la judicialización y la sanción a la violencia hay que desmontar estructuras que la potencian desde las jerarquías institucionales no entendidas como instancias operativas, sino como instancias de poder-subordinación; el cambio institucional requerido para ello demanda formación que deconstruya lo aprendido en esquemas anteriores verticales y normalizadores de la violencia en su interior. Cualificar la investigación en la temática sería un buen comienzo, registrar juiciosamente los eventos un segundo paso por demás adecuado, a través de ello es posible volver pública y evidente la vulnerabilidad de la consulta y sus evidentes riesgos; de alguna manera se contribuye así a desmontar las bases del abuso de poder que ha hecho carrera en los consultorios y en las áreas de atención y de trabajo de los hospitales públicos.

El principio de integralidad tiene repercusiones sobre el arreglo de las instituciones gubernamentales volcadas para formular e instrumentar las políticas de salud: se debe buscar una repartición de la agenda que no facilite la disociación de las dimensiones asistenciales y preventivas. Como dice Araujo de Mattos (2001), atender la demanda es un imperativo del derecho a la salud. De ahí la doble función del sistema: asegurar la respuesta a las necesidades y a las demandas por acciones preventivas y asistenciales, y que una de las marcas de las políticas de enfrentamiento de ciertas enfermedades pautadas por la integralidad, es que ellas contemplan ambas dimensiones, tanto las asistenciales como preventivas. Las políticas sociales en salud pueden tomar la estafeta de ambas dimensiones buscando ese encuentro en su trabajo, tanto de parte de las instituciones de salud,

como del personal que trabaja en ellas y de la población que acude a recibir sus servicios.

La transversalidad de dimensiones como la perspectiva de género, la sensibilización frente a la violencia de género y el contenido integral de una formación en derechos sexuales y derechos reproductivos aporta a la conformación de enfoques comprensivos en salud que integren la prevención, la educación y la comunicación, así como el tratamiento y la remisión de casos de violencia de género que lleguen a las instituciones hospitalarias. El entrenamiento y la formación en la capacidad de escucha terapéutica y la recuperación del potencial comunicativo en la consulta son sin duda elementos agregados a la adopción de una mirada diferente a la salud desde estas perspectivas y enfoques.

La labor pedagógica en este sentido tendría que ser permanentemente reforzada tanto en las escuelas de medicina, como en los hospitales; así se recuperaría la posibilidad de acercamientos y acuerdos entre la sociedad civil activa en la defensa de los derechos de la salud, entre los compromisos internacionales y locales pendientes por cumplirse por las instituciones comprometidas y la obligación del Estado de brindar por esta vía la posibilidad de realización del derecho a la salud como posibilidad para toda persona, y la percepción de que tal noción no puede ser un obstáculo para el trabajo de las instituciones hospitalarias.

Transformar la cultura del silencio y la complicidad que rodea a la violencia de género es el desafío primordial que afronta todo esfuerzo por influir en las políticas y en los programas de salud. Coincidiendo con Velzeboer *et al* (2003), la creación de normas y protocolos garantiza la calidad de la atención a las personas afectadas que acuden a los servicios de salud, además, estas normas y protocolos permiten el seguimiento y la evaluación de los servicios; pero no hay que olvidar que la capacitación alrededor de estos protocolos debe incluir no solamente información técnica, sino también la oportunidad de examinar sus propias experiencias y vivencias frente a la violencia, esta posibilidad le daría materialidad a los convenios y

compromisos que firma el país internacionalmente, en el nivel local y particular de la institución hospitalaria.

El juego de otras instancias en la problemática de la atención, seguimiento y prevención de la violencia de género fortalecería la labor ciudadana de veeduría al proceso de apoyo mutuo para el monitoreo, seguimiento y vigilancia a la misma, a la búsqueda de una atención integral con alcance social y al apoyo de tomadores de decisiones que requieren ajustar las metas de sus programas al avance en estos frentes, a la identificación de puntos críticos en sus estructuras y al refuerzo de acciones interinstitucionales necesarias para su vigencia y avance.

Estimular el trabajo en terreno con la investigación aplicada y la permanente reflexión del trabajo de los equipos multiprofesionales a cargo de los programas de prevención y detección de la violencia de género puede, sin duda, abrir camino a la construcción de un sistema de trabajo en salud, integral, inclusivo, que fomente la horizontalidad en las relaciones de trabajo, la equidad entre géneros, con ambientes de carácter educativo y promocional de los derechos, de la posibilidad de ejercer ciudadanía en salud fomentando ambientes que privilegien la comunicación abierta no sexista. Aunque esta sea todavía una aspiración y no una realidad, este estudio apunta hacia este horizonte como posible y alcanzable.

Asumir el manejo, la prevención, la detección y el tratamiento de la violencia de género en las instancias públicas de salud es un proceso largo y complejo que compromete mucho más que la voluntad política y que trasciende los marcos normativos que puedan construirse para su abordaje. De la revisión realizada tanto de otros estudios, de documentos oficiales nacionales e internacionales como en este estudio, se concluye la importancia de sensibilizar al personal de salud frente a la problemática de la violencia de género partiendo de su propia identidad genérica y su propia sensibilidad a la percepción e identificación de este tipo de violencia

Si no se visibiliza y desnaturaliza la violencia de género y si no se cuestiona las asimetrías de género aun presentes en la familia y en la formación médica misma va a ser muy difícil que el personal pueda distinguir e identificar un caso de violencia de

género para su detección, atención y tratamiento. ¿Cómo hacer eso posible? es parte de los retos que se derivan de este trabajo.

Otra línea de estudio e indagación son los recorridos de las políticas públicas y los programas de salud producto de convenios internacionales y compromisos estatales, hasta el espacio de lo local y el ámbito de lo cotidiano; ese proceso de apropiación de la carta de derechos como propia y su ejercicio de parte, en este caso, tanto del personal de salud como de la población usuaria, constituye sin duda una nueva brecha abierta en este acercamiento que si bien interroga la cotidianidad y lo local – particular, deviene del ideario de las políticas públicas que aspiran a que sus principios y sus orientaciones contribuyan a formar ciudadanías plenas, beligerantes y empoderadas de sus derechos y de sus propios compromisos con el área y el campo que las convoca. Esto aparece como reto importante de estudios que centran sus interrogantes en los sujetos de derechos y en los principios universales de la salud como la integralidad y lo que en si dicho principio conlleva e involucra.

Se necesita reactivar las dimensiones políticas en el sentido del posicionamiento de la integralidad y del derecho como nociones universales, públicas y por tanto prioritarias para el sistema; que esto sea asimilado y entendido por el personal que conforma a las instituciones hospitalarias es fundamental, pero como se ha podido demostrar, falta mucho para que ello ocurra efectivamente en la cotidianidad institucional sanitaria.

Como procesos culturales arraigados en la sociedad, en la familia como en las instancias de salud la violencia debe empezar a desenmascarse, a visibilizarse como problema no como hábito o como un aspecto natural propio de las interacciones sociales. Como producto cultural, la violencia es un proceso humano que puede deconstruirse y desnaturalizarse para poder ser tratada: Esperar a los efectos últimos de la violencia para actuar es perder oportunidades únicas para la detección y la prevención de consecuencias no deseables a tiempo. Los protocolos internacionales y los programas lo enuncian lo reconocen pero han avanzado muy poco en ello.

Nuevas preguntas e inquietudes emergen especialmente en la tarea de identificar los requerimientos que tienen los programas más allá de recursos, personal, material, espacio y condiciones para desarrollarse en los ámbitos hospitalarios; cierto es que requieren de la voluntad política de las directivas, del compromiso pedagógico de la formación y sensibilización en la materia desde las mismas facultades de las escuelas de formación en salud y del convencimiento por parte del personal de la necesidad de trabajar el tema y de abordarlo desde su espacio de trabajo. Pero ¿Cómo desarrollar un sistema que forme, sensibilice e identifique la propia situación de violencia y la ajena? Imposible sin el concurso institucional, sin un sistema de información que nutra el programa con los casos detectados, sus características y el seguimiento más allá del criterio estadístico o judicial que se le quiere imponer, porque mientras este énfasis persista se seguirá adoleciendo de fallas y problemas operativos insalvables para su desarrollo.

Frente a carencias evidentes de información, las posibilidades de creación de escenarios y de evidencias que rescaten las problemáticas más desestimadas como las abordadas en este estudio, se torna indispensable no escatimar estrategia alguna para la visibilización, el nombramiento y la caracterización de situaciones como la violencia de género en este caso para ser reconocidas, abordadas en su justa dimensión y en su alcance e impacto en la vida de las personas, las que se adscriben a una institución en específico como las que confluyen a ella.

Coda

Entre el decir y el hacer hay diferencias y dificultades grandes; el Programa de Detección y Prevención de la Violencia de Género de la Secretaría de Salud seguirá teniendo problemas operativos importantes mientras el personal no esté suficientemente capacitado y orientado en la materia, estimulado a trabajar en él y motivado a participar en todo el proceso. Parte de las dificultades son las mismas condiciones estructurales del trabajo hospitalario que reviste procesos internos de discriminación y maltrato intra e inter - genérico, abuso y autoritarismo de las jerarquías institucionales y naturalización de las asimetrías genéricas en el trabajo cotidiano del hospital.

Está claro que las competencias y habilidades para la instrumentación de un programa de estas características requiere de formación, sensibilización y entrenamiento a todo el personal en todos sus niveles y áreas; requiere de la competencia de diferentes instancias, no sólo hospitalarias, articuladas en la detección, el tratamiento y el seguimiento de los casos, así como de voluntad política que disponga de recursos, personal y estructura básica para su viabilidad operativa y cabal funcionamiento. Por los aprendizajes obtenidos en esta investigación, es evidente que aun falta mucho por hacer en la materia.

Llegando a los últimos renglones de esta ambiciosa tarea, vale decir que de la labor investigativa desarrollada en este estudio, queda mucho por decir, pero mucho más por hacer, labores que exceden los límites de este trabajo. Los estudios sobre violencia de género apenas se están abriendo espacio en el ámbito de la salud y de las ciencias sociales, generar la inquietud en la educación superior es importante, pero es menester que se involucren en estos estudios instancias reguladoras y normativas de la sociedad en la cual esta problemática se inserta para con ello visibilizar la violencia de género, en los espacios laborales y en el resto de las acciones en salud. Es por esta razón que se considera a este estudio como un punto de llegada y a la vez el punto de partida de muchos otros.

BIBLIOGRAFÍA

ARAUJO DE MATTOS, R. (2001) Integralidade e a formulacao de políticas específicas de saúde. En Pinheiro, R.; Araujo de Mattos, R. (organizadores) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e praticas em saúde*. Brasil: Editora IMS, UERJ, ABRASCO, Cap III: 45-59.

ARENDT, A. (1970) *Sobre la violencia*. México: Cuadernos de Joaquín Mortiz.

ARMSTRONG, D. (1999) La opinión del paciente. En de la Cuesta, C. (compiladora) *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología médica*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, Colección Yuluka Salud Pública, 223-247.

ÁVILA, A. (2007) "Ciudad de México despenaliza el aborto". *El País*. Diario consultado por Internet <http://www.diarioelpais.mexico.com.mx> Consultada en octubre de 2007.

BALINT, M. y BALINT, E. (1996) *Técnicas psicoterapéuticas en medicina*. México: Siglo XXI Editores.

BARQUET, M. (2002) Sobre el género en las políticas públicas: actores y contexto. En Urrutia, E. (compiladora) *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: Aportes desde diversas disciplinas*. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la mujer PIEM, Colegio de México.

BELMARTINO, S. (1994) La investigación social en salud en un contexto teórico carente de certezas. En Kornblit, AL. (compiladora) *Ciencias Sociales y Medicina. La salud en Latinoamérica*. Argentina: Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires: 92-104.

BERGER, P. y LUCKMANN T. (1968) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.

BLUMER, H. (1962) Society as symbolic interaction. En A. Rose (compilador) *Human behavior and social process*. Londres, Inglaterra: Routledge and Kegan Paul Editors, 179-192.

BOHN, G. SHARON, et al.(1998) *Gender on campus: Issues for college women*. E.U.A.: Rutgers University Press.

BOURDIEU, P. (1982) Esboco de uma teoria prática. En Ortiz, R. *Pierre Bourdieu*. Rio de Janeiro, Brasil: Ática, Colecao Pensadores das Ciencias Sociais. 7-15.

BOURDIEU, P. (1988) *O poder simbólico*. Rio de Janeiro, Brasil: Bertrand Russell Ediciones.

BOURDIEU, P. (1996) *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama, Colección Argumentos.

BOURDIEU, P. y WACQUANT, L. (1982) *An invitation to reflexive sociology*. Chicago, E.U.A.: The University Chicago Press.

- BRANDES, S. (2000) "El Día de Muertos, el Halloween y la búsqueda de una identidad nacional mexicana". En Revista *Alteridades* no. 20, México: Universidad Autónoma Metropolitana - Iztapalapa.
- BURGUESS, R. (1982) *Field research: A sourcebook and field manual*. Londres, Inglaterra: Allen and Unwin.
- _____. (1991) *In the field: An introduction to field research*. Londres, Inglaterra: Routledge.
- CAMPOS, G. (2002) La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. En Campos G. *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 71-84.
- CANGUILHEM, G. (1982) *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitaria.
- CARDOSO, C. F. (2000) Introducao: uma opiniao sobre as representacoes sociais. En Cardoso, C. F. & Malerba, J. (organizadores) *Representacoes: contribuicoes a um debate transdisciplinar*. Campinas, Brasil: Papyrus.
- CASAMADRID, O.R. (1999) *La atención médica y el derecho sanitario*. México: Ciencia y Cultura Latinoamericana S.A. de C. V. JGH Editores.
- CASTORIADIS, C. (1983) *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona, España: Editorial Tusquets.
- CASTRO R. Y BRONFMAN M. (1998) Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión. En Figueroa, J.G. y Szasz, I. (coordinadores) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: CEDU Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, 205-238.
- CASTRO R. y RUIZ A. (2003) Violencia contra mujeres embarazadas en el estado de Morelos: Hallazgos preliminares. En López, P.; Rico, B.; Langer, A.; y Espinosa, G. (compiladoras). *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México. Secretaría de Salud, UNIFEM. 62-70.
- CASTRO V. M. del C. (2004) La cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica. En *Revista región y sociedad*. Vol. XVI, No. 30, Mayo – Agosto. México: El Colegio de Sonora. 113-122.
- CASTRO, R. (2000) Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos. En Stern C. y Echarry C. (compiladores). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de Investigación*. México: El colegio de México, 33 –66.
- CASTRO, R.; RIQUEL, F.; MEDINA, M.E. (coordinadores) (2004) Violencia de género en las parejas mexicanas. En *Resultados de la Encuesta Nacional sobre la*

- Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. México: Instituto Nacional de las Mujeres, INEGI, CRIM, 29-74.
- CEAS (Centro de Estudio y Asesorías en Salud) (1994) Condiciones sociales e inequidad de género en América. En: *Cuadernos de Salud Colectiva* No 7 Serie *Salud Colectiva*, Vol. 3 No. 1. Quito, Ecuador: CEAS.
- CECOVID (Centro de Investigación y lucha contra la Violencia Doméstica A.C.) (1992) *Aun la luna a veces tiene miedo... Una aproximación al fenómeno de la violencia doméstica en México*. México: CECOVID.
- CEDAW Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (1981) Nueva York. E.U.A: Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina) (2001) *Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Una propuesta para medir su magnitud y evolución*. La Paz, Bolivia: Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL; UNIFEM.
- CHAIRES, G.F. (2003) Trabajo propuesto para el *Premio a la investigación en Violencia de Género* de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. México. Hospital Materno Infantil de Tláhuac.
- CHAPELA, MC. (2007) Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En Jarillo, E. y Guinsberg, E. (editores) *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Argentina: Lugar Editorial, 347-373.
- CHELALA, C. (1996) La violencia en las Américas: La pandemia social siglo XX. En Serie de Publicaciones: *Comunicación para la Salud* No10. 32 p., Washington, DC., E.U.A: OPS.
- CLAVREUL, J. (1983) *El orden Médico*. Barcelona, España. Industrias Gráficas EMEGE. Argot Compañía del Libro.
- COMAROFF, J. (1982) Medicine: Symbol and ideology. En *The problem of medical Knowledge*. London, Great Britain: Edimburgh University Press, 49-68.
- COMITÉ EXPERTAS DE LA CEDAW (1992) *CEDAW Recomendación General No 19: La Violencia contra la mujer* México. SNE, Enero 29.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2004) *Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. 1994-1993 CIPD+10* México DF. México: Comité Técnico para la Revisión de Avances CONAPO.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2007) Información demográfica. En: <http://www.conapo.gob.mx>. Consultada agosto de 2007.
- CONRAD, P. (1992) Medicalization and Social Control. En *Annual Review of Sociology*. E.U.A., 209 - 232.

DE CURREA L. V. (1997) *De la violencia y otras costumbres: Una mirada crítica a los años noventa desde el periodismo independiente*. Bogotá, Colombia: Colección IMAGO de Opinión. Instituto de Investigación Signos e Imágenes.

DE LA TORRE BARRÓN, A.; OJEDA, R.; MAYA, C. J. (coordinadores) (2004). *Construcción de género en sociedades con violencia: Un enfoque multidisciplinario*. México: Miguel Angel Porrúa, Universidad Autónoma de Sinaloa, Universidad de Occidente, Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología Centro de Ciencias de Sinaloa.

DE OLIVEIRA C. L. C. (2001) *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*. En Pinheiro, R.; Araujo de Mattos, R. (organizadores), *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Brasil: Editora IMS, UERJ, ABRASCO, Cáp. IV: 113-126.

DELEGACIÓN MILPA ALTA (2007) Página web: <http://www.milpa-alta.df.gob.mx>. Consultada 26 de enero de 2007.

DENYS, L. (2004) *Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres*. Washington, DC., E.U.A: OPS, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud Unidad de Género y Salud.

DENZIN, N. K. (1973) *The Research Act*. Chicago, E.U.A: Aldine Publishing Company.

Dirección General de Comunicación Social de la Ciudad de México (2008) Página web: www.comsoc.df.gob.mx consultada el 28 de enero de 2008.

Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial (2002) *Informe Sexenal SSPDF 2000-2006* En <http://www.salud.df.gob.mx> Secretaría de Salud del Distrito Federal, México, D. F., México. Consultada el 28 de enero de 2008.

DSSA (Dirección Seccional de Salud de Antioquia) (2000) *Diagnóstico de la situación de salud de Antioquia*. En: *Revista Epidemiológica de Antioquia* Vol 25., No 1-3. Medellín, Colombia: DSSA.

DURÁN, R. (2007) *Comunidades étnicas en México, DF*. Ponencia. Seminario Permanente de Estudios Chicas y de Frontera. DEAS-INAH, Museo del Carmen, México DF. México.

FAVELA, A. (2005) *Seguridad pública en la delegación Iztapalapa*. En: Rosales, R.; Ortega, A.; Montero, D.; Melgoza, J. (coordinadores) *Diversidad urbana, política y social en Iztapalapa*. México DF. México: UAM-Iztapala.

FERNÁNDEZ, S. Y.; HERNÁNDEZ, G. E.; PANIAGUA, R. E. (2005) *Violencia de Género en la Universidad de Antioquia*. Medellín, Colombia: Centro de Investigaciones Sociales y Humanas, Centro Interdisciplinario de Estudios en Género, Departamento de Trabajo Social, Universidad de Antioquia.

FERNÁNDEZ, S.Y. (2000) *La medicalización y su papel en el cumplimiento de las metas demográficas. La relación género - salud*. En *Revista Entre los límites y las*

- rupturas*. Medellín, Colombia. Centro de Estudios en Género Mujer y Sociedad. Centro de Investigaciones Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia. No 2 Junio, 29-44.
- FERNÁNDEZ, S.Y. (2004) La perspectiva de género y el sistema general de seguridad social en salud en Colombia. En *La Salud al derecho* Medellín, Colombia. Publicación del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social en Colombia. Proyecto de Gestión de políticas públicas y salud, Universidad de Antioquia, MNSSS, Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud.
- FERREIRA DESLANDES, S.; GONÇALVEZ DE ASSIS, S. (2002) Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferentes. En de Souza Minayo, M. C. y Ferreira Deslandes,(organizadores), *Caminhos do pensamento. Epistemología y método*. Brasil: Editora Fiocruz, RJ., Cáp. VII: 195-223.
- FIGUEROA, J. G. y SÁNCHEZ, V. (2004) La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto. En *El amanecer del siglo y la población mexicana*. Lozano, F. (coordinador). México. (VI reunión nacional de investigación demográfica en México). Vol. 1. Cuernavaca, Estado de Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; CRIM UNAM, Sociedad Mexicana de Demografía SOMEDE. Programa Salud Reproductiva y Sociedad Colegio de México.
- FIGUEROA, J.G. (1997) Elementos para definir una agenda de docencia, investigación y análisis de políticas en el ámbito de la salud reproductiva. En *Población y Desarrollo: Una perspectiva Latinoamericana Después del Cairo –94* Welti, C. (coordinador). México: Programa Latinoamericano de Actividades en Población PROLAP, Fondo de Población Naciones Unidas, John and Catherine Mac Arthur, IISUNAM, 159-201.
- FIGUEROA, J.G. y ZIGNONI, L. (1994) Documento condensado de la participación de los autores en el Seminario de Masculinidades del PUEG-UNAM realizado el 31 de octubre incluido en la redacción del *Boletín del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad* No 3, Año 1. México. Colegio de México.
- FOUCAULT, M. (1976) *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- _____ (1989) *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI Editores, 16a edición.
- _____ (1992a) *Microfísica del poder*, trad, Julia Varela y Fernando Alvarez – Uria, Madrid, España: Ediciones de la Piqueta, 3ª, edición.
- _____ (1992b) *Historia de la sexualidad Tercer Volumen -La inquietud de sí-*. México: Siglo XXI Editores. 5ª edición.
- FRANCO, S. (1999) *El quinto: No matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Santafé de Bogotá, Colombia: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales IEPRI, Universidad Nacional de Colombia, Tercer Mundo Editores.

_____ (2000) *Violencia, salud y paz*. Seminario Taller Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Junio.

_____ (2002) *Para que la salud sea pública*. Algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social Colombiana a diez años de su implementación. En *Revista Salud Problema*, Año 7, Número 12-13, Junio Diciembre. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 7-15.

_____ (2004) *¿De qué sirve la medicina social para el estudio de la violencia?* Ponencia, Seminario XXX años de Medicina Social, UAM X, México.

FRASER, N. (1989) *Unruly practices* Minneapolis, E.U.A.: University Minneapolis Press.

FREIDSON, E. (1970) *Profession of Medicine, a study of the sociology of applied knowledge*. Nueva York, E.U.A: Harper and Row Edits.

FREYERMUTH, G. (2004) *La violencia de género como factor de riesgo en la maternidad*. En Torres, M. (compiladora) *Violencia Contra las Mujeres en Contextos Urbanos y Rurales*. México: El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. Primera Edición, 83-110.

GADAMER, H. (1999) *Verdade e Método* Brasil: Petrópolis: Vozes,

GALEANO, M.E. (2004) *El diseño en la investigación social cualitativa*. En: *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa* Medellín, Colombia: Fondo editorial Universidad Eafit, 15-24.

GALEANO, M.E. y VÉLEZ, O.L. (2002) *Investigación cualitativa estado del arte* Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Centro de Investigaciones Sociales y humanas, CISH.

GALENTE, E. (2004) *Debate cultural y subjetividad en salud*. En Hugo Spinelli (compilador) *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad, epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires Argentina: Lugar Editorial, 121-144.

GOFFMAN, E. (1959) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.

_____ (1970) *Ritual de la Interacción*. Buenos Aires, Argentina: Biblioteca de las Ciencias Sociales, colección Análisis y Perspectivas, Tiempo Contemporáneo.

_____ (2001) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.

_____ (2003) *Estigma la identidad deteriorada*. Buenos Aires – Argentina: Editorial Amorrortu, 1ª Edición, 9ª Reimpresión.

GÓMEZ F. T. y FORTI, S. (2000) *Prácticas Médicas de Atención a la Salud Reproductiva en una Comunidad Otomí del Estado de Querétaro*. En Stern, C. y Echarri, C. (compiladores). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de Investigación*. México: El colegio de México, 67-96.

GOMEZ, R. ALVES MENDOÇA, E. (2002) A representacáo e a experiênciada doenca: principios para a pesquisa qualitativa em saúde. En de Souza Minayo, M. C. y Ferreira Deslandes, S. (organizadores), *Caminhos do pensamento. Epistemología y método*. Brasil: Editora Fiocruz, RJ., Cáp. IV: 109-132.

GONZÁLEZ G.; AZAOLA E.; DUARTE M. P.; LEMUS J. R. (1993) *El maltrato y el abuso sexual a menores: una aproximación de estos fenómenos en México*, México. UAM, UNICEF, COVAC.

HABERMAS, J. (1987) *Dialéctica y Hermenéutica*. Sao Paulo, Brasil: L&PM.

HAMMERSLEY M, ATKINSON P. (1994) Documentos. En: *Etnografía: Métodos de Investigación*. Barcelona, España: Editorial Paidós, 143-159.

HERNÁNDEZ G. E. FERNÁNDEZ S.Y. (2005) Educación superior y violencia de género: Debates y reflexiones para un proyecto incluyente. En *Revista Trabajo Social*, No 2 Julio – Diciembre. Medellín, Colombia: Departamento de Trabajo Social, Universidad de Antioquia.

HIJAR, M.; LOZANO, R.; TORRES, JL. (1997) *Violencia, seguridad pública y salud* Observatorio de la Salud México DF, México. Publicada en la página *Higioscopio: una mirada a la salud de la población*.

HIJAR, M.; VALDEZ, R.; ÁVILA, L.; ROJAS, R.; FRANCO, A.; RIVERA, L. (2004) Prevalencia de la violencia de pareja actual en mujeres mexicanas y consecuencias físicas: algunos resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. En: SSA. *Género y Salud en Cifras*. Enero-Abril de 2004. México DF.

HIJAR, M.; LOZANO, R.; VALDÉS R.; y BLANCO, J. (2001) Lesiones intencionales como causa de demanda de atención en servicios de urgencia hospitalaria en la ciudad de México. En *Revista Salud Mental* Vol. 25 No.1, México.

IMSS (Instituto Mexicano de Seguros Sociales) (2007) Página web: <http://www.imss.gob.mx> Consultada en 2 de noviembre de 2007.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (1999) *Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF)*. En INEGI, México http://www.inmujer.df.gob.mx/numeralia/violencia_género/violencia_intrafamiliar.pdf Consultada en julio. 2006

INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (2001) *Mujeres y hombres en México*. Aguascalientes, México.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (2005) *Aspectos Demográficos* en Secretaría de Gobierno. Consejo de Población del Distrito Federal. En <http://www.comisoc.df.gob.mx/informes> Consultada en Junio de 2007.

- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (2006) *Comunicado de prensa: "resultados definitivos del II conteo de población y vivienda 2005 para el Distrito Federal"*. Aguascalientes, México.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (2007) *Historia del sistema de cuentas nacionales de México*. En: <http://www.inegi.gob.mx>. Consultada en agosto de 2007.
- INSTITUTO NACIONAL de PSIQUIATRÍA.(2005) *Violencia de Género* curso de extensión, febrero. México.
- ISIS Internacional (1997) *Boletín Informativo de la Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la violencia doméstica y sexual*. Chile: ISIS Internacional.
- ISSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) (2007) Página web: <http://www.issste.gob.mx/issste/>. Consultada Noviembre de 2007.
- IZAGUIRRE, I. (1998) El poder en proceso: la violencia que no se ve. En *Revista Sociología y Política*. México: Editorial Nueva Época. Año V, No 10, 54-65.
- JARILLO, E. (1999) La educación médica. Una perspectiva desde las corrientes educativas. En *Revista Salud Problema* Vol. 4 No 7. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. 45-54.
- JARILLO, E., C. CHAPELA M. C. (2002) Reproducción de valores médicos a través de la formación de estudiantes de medicina. En *Revista Salud Problema*, Año 7, Número 12-13, Junio Diciembre. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 29-38.
- JIMÉNEZ, C.; CAMPOS, O.; LANSVAZO, M.; ARGÜELLES, A.; NAVA, D.; y VALERIO N. (2000) El perfil profesional del médico recién egresado. En *Revista Salud Problema*, Año 5 No 9, Diciembre. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, UAM-X, 7-21.
- KHOLER, C. (1983) Women and medicalization: a new perspective. En *Social Policy* Vol. 14. New York. Summer, E.U.A: Social Policy Corporation, 3-18.
- LA JORNADA (2007) "Arquidiócesis amenaza con excomulgar a diputados que aprueben la despenalización del aborto", 24 de Abril de 2007, "Anuncia Provida campaña en hospitales para evitar abortos", 29 de Abril de 2007, "Esperaba un diálogo de ideas sobre el aborto: Soberanes" 1 de junio de 2007. México. Consultadas en Octubre de 2007.
- LAGARDE, M. (1994) La regulación social del género: el género como filtro de poder En *Enciclopedia de la sexualidad*. México: CONAPO Consejo Nacional de Población. Cap III, Numeral 3.6.
- LAMAS, M. Compiladora (2003a) *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG Programa Universitario de Estudios de Género, Coordinación de Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México UNAM.

_____ (2003b) La antropología feminista y la categoría de género. En Lamas, Marta (compiladora) *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Programa Universitario de Estudios de Género, Coordinación de Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México UNAM.

LAURELL, A. C. (2005) La política de salud del Gobierno de la Ciudad de México: por los derechos sociales y la satisfacción de necesidades humanas. En CEAS (Centro de Estudios y Asesorías en Salud). Cuenca, Ecuador. *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*. CEAS.

_____ (2006) *La medicina Social y la práctica de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal*. Conferencia dictada en los talleres de ALAMES México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.

LEAL, G. y MARTÍNEZ, C. (1998) La investigación cualitativa en el terreno del sector salud. En Mercado F.J., Robles L. (editores) *Investigación cualitativa en salud: experiencias en el occidente de México*. México: Universidad de Guadalajara y Organización Panamericana de la Salud.

LEAL, G. y MARTÍNEZ, C. (2002) *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Serie Académicos CBS, No 43.

LEÓN, I. (1992) Sobre sombras, tormentas y rupturas: reflexiones sobre el significado social y estructural de la violencia de género. En Guadalupe, L. (Editor) *Donde empieza mi universo, Siete aportes a la violencia de género*. Quito, Ecuador: CEIMME Ediciones, 1-35.

LONDOÑO J.L.; GRISALES R.H.; FERNÁNDEZ S.Y.; AGUDELO B.; SÁNCHEZ J. (1999) *Años potenciales de vida perdidos por la población de Medellín 1994 – 1996*. Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad de Antioquia.

LÓPEZ, O. y BLANCO, J. (2001) *Modelos sociomédicos en salud pública. Coincidencias y desencuentros*. Documento interno de trabajo. Maestría en Medicina Social. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, UAM-X. División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

_____ (2004) 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, 117-126.

_____ (2006) Distintos caminos para avanzar en la protección a la salud: El programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (Distrito Federal) y el Programa de Seguro Popular de Salud (Nacional). En: Mendoza, F.; Adriano, M. P.; Caudillo, T. *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*. México: División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco.

- LÓPEZ, O. CABRERA, A. (2006) El *mobbing* en una institución de salud. Incertidumbre organizacional y deterioros individuales. En V Congreso Nacional AMET: *Trabajo y restauración: Los retos del nuevo siglo*. Oaxtepec, Morelos, México.
- LUZ, M. T. (1996) *A arte da cura versus a ciencia das doenças: A história social da homeopatia no Brasil (1840-1990)*. Sao Paulo, Brasil: Dynamis Editorial.
- MAIER E. (1995) *Salud reproductiva en Quintana Roo*. Quintana Roo, México: El Colegio de la Frontera Sur.
- MARTÍNEZ S. C. (1998) Cinco Notas En Torno a la Investigación "Condición de la mujer y salud". En Figueroa, J.G. y Szasz, I. (coordinadores) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano CEDU, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, 83-88.
- MATAMALA, M. I. (2000) Mujeres y control social en salud ¿Hacia una potenciación de género?. En Costa, A.M.; Merchán, E.; y Tajer, D. (organizadores) *Saúde equidade e gênero: Um desafio para as políticas públicas*. Brasil: Abrasco, Alames, Editora Universidad de Brasilia, 261-274.
- MAYA, C.J. (2004) Introducción al texto *Construcción de género en sociedades con violencia Un enfoque multidisciplinario*. De la torre Barrón, A.; Ojeda, R.; Maya, C.J. (coordinadores) México: Miguel Angel Porrúa Editores, Universidad Autónoma de Sinaloa, Universidad de Occidente, Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología, y Centro de Ciencias de Sinaloa.
- MENÉNDEZ, E. (1983) Hacia una práctica médica alternativa, hegemonía y autoatención (gestión) en salud. En México: CIESAS Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social,
- MENÉNDEZ, E. (1990) *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. En Cuadernos de la Casa Chata, No 179. Capítulos 2, 3, 7 y 8. México: CIESAS Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- MENÉNDEZ, E. (2004) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Hugo Spinelli (compilador) *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad, epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 11-47.
- MERHY, E. (2003) *Perspectivas actuales del SUS y el hacer tecnológico del trabajador como un acto ético y político*. Ponencia En el XX Ciclo de Debates del Servicio Social. Universidad de Campinas UNICAMP, 13-14 de Noviembre, Brasil.
- MERHY, E. y FRANCO, T. (2003) *Por una composición técnica del trabajo en salud centrada en el campo relacional y en las tecnologías leves: Apuntando cambios para los modelos tecnoasistenciales*. Ponencia En el XX Ciclo de Debates del Servicio Social. Universidad de Campinas UNICAMP, 13-14 de Noviembre, Brasil.

- MEZA, C.Y. (2004) Los principios de igualdad y prohibición de discriminación por razón de sexo: evolución y argumentación jurídica. De la torre Barrón, A.; Ojeda, R.; Maya, C.J. (coordinadores). *Construcción de género en sociedades con violencia Un enfoque multidisciplinario*. México: Miguel Angel Porrúa Editores, Universidad Autónoma de Sinaloa, Universidad de Occidente, Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología, y Centro de Ciencias de Sinaloa.
- MEZA, H. (2003) Poder género y psicología social. Revista *Polis Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial* Vol. 1 No 02, México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.
- MILLET, K. (1975) *Política sexual*. Londres Inglaterra: Editorial Virago.
- MILLS, W. (2004) *La imaginación sociológica*. Primera reimpresión de la tercera edición revisada. México: Fondo de Cultura Económica.
- MINAYO, M.C. (1993) *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Sao Paulo, Rio de Janeiro Brasil: Huitec, Abrasco.
- _____ (2002) Hermenêutica – Dialética como caminho do Pensamento Social. En De Souza Minayo, M. C. y Ferreira Deslandes, S. (organizadores), *Caminhos do pensamento. Epistemologia y método*. Brasil: Editora Fiocruz, RJ., Cáp. I: 3-34.
- MODENA, M.E. (2001) Perspectiva antropológica para el análisis de los servicios de salud en México. En Tomo III de los *Seminarios sobre salud reproductiva y participación social, género, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos*. Universidad Autónoma de Yucatán, Fundación Ford, Libros de Memorias 1 y 3, Mérida Yucatán, México: Ediciones Universidad Autónoma de Yucatán, Editora Judith Ortega Canto, 273-322.
- MONEY, J. (1996) *Historia de la terminología del Género*. Ponencia al VII Congreso Nacional de Sexología, Medellín, Colombia Mayo 23.
- MONTERO, A. (2005) *Hacia una ética de la violencia*. España. Documento abierto, Presidencia de la Sociedad Española de Psicología de la violencia.
- MONTES, V. (2004) *ETHOS MÉDICO Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.
- MUÑIZ, E. (2004) Historia y género. Hacia la construcción de una historia cultural del género. En Pérez –Gil. S. y Ravelo, P. (coordinadoras) .*Voces disidentes: debates contemporáneos en los estudios de género en México*. México: Cámara de Diputados, CIESAS Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Grupo editorial Porrúa.
- NOM (Norma Oficial Mexicana 190 Expedida por la SSA -Secretaría de Salud Mexicana-) en 1999. En Departamento de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la SSA En <http://www.saludqr.gob.mx> Consultada en Mayo 2006.

OAKLEY, A. (1981) Interviewing woman: A contradiction in terms. En Helen Roberts (editor), *Doing Feminist Research*. Londres, Great Britain: Routledge and Kegan Paul.

OLAIZ, G.; FRANCO, A.; PALMA, O.; ECHARRY, C.; VALDÉZ, R.; HERRERA, C. (2006) Diseño metodológico de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México. En Revista *Salud Pública de México* México: 2006; 48(Supl. 2): S328-S335.

OLIVEIRA, O. (1995) *Familia y relaciones de género*. Centro de Estudios Sociológicos. El Colegio de México. Conferencia presentada en El Colegio de la Frontera Norte. Noviembre.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (1999) *Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres*. Washington, DC., E.U.A. Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud. OMS.

ONOCKO, R. (2004) Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En Hugo Spinelli (compilador) *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad, epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 103-119.

ONU (Organización de Naciones Unidas) (2003) *Diagnóstico sobre situación de los derechos humanos en México*. México: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, ONU.

OPS (Organización Panamericana de la Salud), (2000) *Documentos Ocasionales No 3, 4, 5 y 6, Serie Género y Salud*. Washington, DC., E.U.A.: OPS-OMS.

_____ (2002) *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen Organización Panamericana de la Salud*. Washington, E.U.A.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

_____ (2003) *Violencia de Género OPS*, Washington, DC., E.U.A.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

PAGNAMENTO, L. (2000) Prestación del servicio médico en un hospital social público. La mirada de los médicos residentes. En Revista *Salud Problema*. Año 5 No 9, Diciembre. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 33-46.

PARSONS, T. (1967) *El sistema social*. Madrid, España: Biblioteca de la Revista de Occidente.

PINHEIRO, R, MADEL L. (2001) Práticas eficaces por modelos ideais: acao e pensamento na construcão da integralidade. En Pinheiro, R; Araujo de Mattos, R (organizadores) *Os sentidos da integralidade na atencao er no cuidado á saude*. Brasil: Editora IMS, UERJ, ABRASCO, Cáp I.

PINHEIRO, R. (2001) As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: Um campo de estudo e construção da integralidade. En Pinheiro, R. e Araujo de Mattos, R. (organizadores), *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Brasil: Editora IMS, UERJ, ABRASCO, Cáp. III: 65-111.

PROFAMILIA Asociación pro bienestar de la familia colombiana (2000) *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá, Colombia: PROFAMILIA.

PRONM Programa Nacional de la Mujer, Alianza para la Igualdad 1995-2000; *Realizaciones y Retos*. Página electrónica.
http://www.iqm.gob.mx/sitio/documentos/centro_documental

RAMIREZ J. C. y URIBE G. (1993) Mujer y violencia: un hecho cotidiano. En Revista *Salud Pública de México* No 35, México.

RAMIREZ, A. (2002) Violencia masculina en el hogar. En Revista *El cotidiano* No 113, México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco.

RAMÍREZ, J. C. (2005) *Madeiras Entreveradas: violencia, masculinidad y poder. Varones que ejercen violencia contra sus parejas*. México: Universidad de Guadalajara, Plaza y Valdés.

RAMOS, S.; GOGNA, M.; PETRACCI, M.; ROMERO, M.; y SZULIK, D. (2001) *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?*. Buenos Aires, Argentina: CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad).

RAVELO, P. (1993) *Representaciones sociales de los procesos salud – enfermedad en obreras del vestido de la ciudad de México*, Tesis de Doctorado en Sociología, México: FCPyS, UNAM.

REICHLER, P. (1990) Feminism, Medicine and the meaning of childbirth. En M. Jacobus, E. F. Feller y S. Shuttleworth (editors), *Body/Politics, Women and the discourse of science*. Nueva York y Londres: Routledge.

RICOEUR, P. (1987) *Teoria da interpretação*. Lisboa, Portugal: Edicoes 70.

RIQUER, F. (1996) Mujer y procesos de individuación: ciudadanas simbólicas. En *Carta sociológica, encuentros y desencuentros. La perspectiva social del género*. México, Universidad Nacional Autónoma de México UNAM.

RITZER, G. (2001) *Teoría sociológica contemporánea*. España: Editorial Mc Graw Hill, Interamericana de España, SS.

ROCHEL DE CAMARGO JR. K. (2001) Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. En Pinheiro, R.; Araujo de Mattos, R. (organizadores), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Brasil: Editora IMS, UERJ, ABRASCO, Cáp. II: 35-43.

- ROSSER, S. V. (1989) *Feminist scholarship in the sciences: Were are we now and when can we expect a theoretical breakthrough?*. En Nancy Tuana, *Feminist and Science*. Bloomington e Indianapolis, E. U. A.: Indiana University, Press.
- RTP (Red de Transporte de Pasajeros) (2006) *Comunicado: En vialidad y transporte, la mayor inversión del GDF*. Abril de 2006. Página <http://www.rtp.gob.mx>. Consultado el 29 de octubre de 2007. México.
- RUBIN, G. (1986) *Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality*. En Carol S Vance (editora) *Pleasure and Danger*. E.U.A.: Routledge and Kegan Paul.
- SALAS, M. (2004) ¿Androcentrismo en el sistema biomédico?... algunos datos, algunas hipótesis. En Pérez –Gil, S. y Ravelo, P. (coordinadoras) *Voces disidentes: debates contemporáneos en los estudios de género en México*. México: Cámara de Diputados, CIESAS Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Grupo editorial Porrúa.
- SALAS, M. y HERNÁNDEZ, A.M. (2001) 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, M. (prologuista). *Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil*. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V. Salud Integral para la Mujer (SIPAM).
- SALLES V. y TUIRÁN R. (2003) *Dentro del laberinto* Jornadas 140, serie Centro de Estudios Sociológicos. México: El Colegio de México.
- SALLES, V. (2002) Sociología de la cultura, relaciones de género y feminismo: una revisión de aportes. En Urrutia, E. (compiladora). *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*. México: PIEM Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer - El Colegio de México, 435-457.
- SAMM (Subprocuraduría de Atención a la Mujer y al Menor), (1995) *Reporte Anual de Actividades SAMM*, México: Procuraduría de Justicia del Gobierno del Estado de Baja California Sur.
- SÁNCHEZ, R. (2004) La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. En Tarrés, M.L. (coordinadora), *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales México, Editorial Miguel Angel Porrúa y El Colegio de México.
- SAUCEDO, I. (1990) Investigación-acción. Apuntes para un acercamiento a la organización en contra de la violencia doméstica. En *Violencia hacia la mujer. Reflexiones y qué hacer*. Colima. México: Centro de Apoyo a la Mujer.
- _____ (2002) De la amplitud discursiva a la concreción de las acciones: Los aportes del feminismo a la conceptualización de la violencia doméstica. En Urrutia, E. (compiladora). *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México:*

aportes desde diversas disciplinas. México: PIEM Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer - El Colegio de México, 265-288.

_____ (2003) *Violencia de género: problema prioritario de salud pública. Oportunidades y límites para la puesta en marcha de programas en el sistema de salud del Estado*. En López, P.; Rico, B.; Langer, A.; y Espinosa, G. (compiladoras). *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México. Secretaría de Salud, UNIFEM.

SCOTT, J. (1986) *Denre: une catégorie utile d'analyse historique en Le genre de l'histoire*. Paris, Tuerce, France: Les cahiers du griff, No 37.

SCOTT, J. (2004) *Los dominados y el arte de la resistencia. los discursos ocultos*. Yale University, 1990. 1a Reimpresión. México: Editorial ERA.

SDSGDF (Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal), (2007) Página web: <http://www.sds.df.gob.mx>. Consultada en Agosto de 2007.

SEDECOGDF (Secretaría de Desarrollo Económico del Gobierno del Distrito Federal), (2007) "*Evolución del PIB nacional del Distrito Federal y principales entidades en el periodo 2001-2004*" e "*Indicadores de actividad industrial en el DF*" (s/fg). Página web: www.sedeco.df.gob.mx. Consultada octubre de 2007.

SILVERBERG, M. J. (2000) *A palabras de usuaria... oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur*. En Stern, C. y Echarri, C. (compiladores) *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de Investigación*. México: El colegio de México, 97-143.

SSA (Secretaría de Salud) (1996) *La perspectiva de género en la salud reproductiva*. SSA, Secretaría de Salud, México, primera edición.

_____ (2002) *Violencia familiar*. SSA, Secretaría de Salud, PROMSA (Programa de Acción: Mujer y Salud), SSA, México.

_____ (2003a) *PROMSA (Programa de Acción: Mujer y Salud)*, SSA, México.

_____ (2003b) *Comentarios a la Norma Oficial Mexicana NOM 190-SSA-1999. Prestación de servicios de salud: Criterios para la atención médica de la violencia intrafamiliar*. Programa Mujer y Salud, Secretaría de Salud, México DF.

_____ (2003c) *Los institutos Nacionales de Salud: reseña historiográfica de 60 años de logros*, México Secretaría de Salud, México.

_____ (2006) *Informe Nacional sobre violencia y Salud*, Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/violenciaysalud>

SSA (Secretaría de Salud). INSP (Instituto Nacional de Salud Pública) (2004) *Violencia contra las mujeres 2003: Un reto para la salud pública en México, informe ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia Contra las Mujeres*. Instituto Nacional de Salud Pública, México.

SSGDF (Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal) (2000) *Programa General para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal, México DF*. Disponible en: <http://www.equidad.df.gob.mx/violencia/programa>

_____ (2002) *Información de las Unidades Administrativas*. En: <http://www.salud.df.gob.mx>. Consultada agosto de 2007.

SSGDF (Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal). OPS (Organización Panamericana de la Salud) y ASDI (Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo). (2004) *Reducción de la exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del Gobierno del Distrito Federal*. Editorial Color S.A de C.V., México.

STEIN, E. (1987) *Dialéctica e hermenéutica: una controversia sobre método e filosofía*, En *Dialéctica e Hermenéutica: HABERMAS, J.* Sao Paulo, Brasil: L&PM.

STOLLER, R.J. (1968) *Sex and Gender*. New York, E.U.A.: Science House.

STRAUSS, A.; FAGERHAUGH, S.; SUCZEK, B.; y WIENER C. (1999) El trabajo que realizan los pacientes hospitalizados. En de la Cuesta C. (compiladora) *Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología médica*. Medellín, Antioquia Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. Colección Yuluka Salud Pública, 248-275.

STRAUSS, A.; SCHATZMAN, L.; ENRILCH, D.; SABSHIN, M. (1964) *Psychiatric ideologies and institutions*. Nueva York, E.U.A.: Free Press.

TESTA, M. (1995) *Pensamiento estratégico e lógica de programacao: o caso da saude*. Traducción de Angela María Tijiwa. Sao Paulo, Rio de Janeiro, Brasil.: HUCITEC, ABRASCO.

_____ (1997) *Pensar en salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

TOLALPA, E.P. (2005) La masculinidad en el nuevo contexto cultural: un invitado ausente. En Montesinos, R. (coordinador) *Masculinidades emergentes*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, Editorial Miguel Angel Porrúa.

TORRES, M. (2002) De la invisibilidad a la propuesta de un nuevo paradigma: el debate actual sobre mujeres y derechos humanos. En Urrutia, E. (compiladora) *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: Aportes desde diversas disciplinas*. México: PIEM (Programa Interdisciplinario de Estudios de la mujer), Colegio de México.

_____ (2004a) *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. En Torres, M. (compiladora), México: PIEM.(Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer) Colegio de México.

_____ (2004b) *Violencia de género y papel del Estado*. En Ortega, M.; Castañeda, J. C.; Lazarín, F. (compiladores) (2004) *Violencia: Estado y sociedad*,

- una perspectiva histórica*. México: H. Cámara de Diputados LIX Legislatura, Miguel Ángel Porrúa Editores, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.
- TORRES, M. (2007) *La Medicina Social en Latino América*. Ponencia. Curso de Medicina Social, Cátedra Iberoamericana Pedro Lain Entralgo, México: CUCS (Centro Universitario de Ciencias de la Salud), Universidad de Guadalajara, Jalisco.
- TUIRÁN, R. (1988) Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción. En *Memorias de la Reunión Avances y Perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*. México: Dirección General de Planificación Familiar. Secretaría de Salud.
- _____ (2002) *Niveles de Pobreza en el Distrito Federal*. Secretaría de Desarrollo Social, México: SEDESOL.
- TURNER, B. (1999) Profesiones, Conocimiento y Poder. En de la Cuesta, C. (compiladora). *Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología médica*. Medellín Antioquia Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. Colección Yuluka Salud Pública, 187-222.
- VALDÉZ, R. (2004a) Del silencio privado a las agendas públicas: el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México. En Torres, M. (compiladora) *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México: El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, PIEM. Primera Edición, 417-447.
- _____ (2004b) Respuesta Médica ante la Violencia que sufren las Mujeres Embarazadas. En Torres, M. (compiladora) *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México: El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer PIEM. Primera Edición, 111-149.
- VALLÉS, M.S. (1997) Técnicas de Observación y participación. En *Síntesis Sociología. Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Madrid. España: Editorial Síntesis, S.A.
- VÁSQUEZ, G. (2003) Violencia de género, un problema de salud pública. En López, P.; Rico, B.; Langer, A.; y Espinosa, G. (compiladoras) *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México. Secretaría de Salud, UNIFEM.
- VELZEBOER, M. ELLSBERG, M. CLAVEL-ARCAS, C. GARCÍA, C. (2003) *La violencia contra las mujeres: responde el sector salud*. OPS, Washington, DC., E.U.A.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud Programa para la Tecnología apropiada en salud (PATH), NORAD, ASDI. Publicación ocasional No 12.
- WEBER M. (1964) *Economía y Sociedad: Esbozo de la sociología comprensiva*. Sección de Obras de sociología, México: Fondo de Cultura Económica, 2 volúmenes.
- WRIGHT D. B. y WEINER, L. (1988) *Las Cátedras de la lujuria. El acoso sexual en las Universidades norteamericanas*. México: Fondo de Cultura Económica.

ZOLA, I.K. (1999) La medicina como institución de control social. En de la Cuesta C. (compiladora) *Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología médica*. Medellín, Antioquia Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. Colección Yuluka Salud Pública, 23-46.

ZOLLA, C. y CARRILLO M.A. (1998) Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En Figueroa, J.G. y Szasz, I. (coordinadores) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano CEDU, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, 167-198.