



Centro de Estudios Sociológicos

Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer

VIOLENCIA DE GÉNERO Y SERVICIOS HOSPITALARIOS

Tesis que presenta

ELIZABETH SALAZAR OROZCO

Para obtener el título de

Maestra en Estudios de Género

Directora

Dra. María Luisa Tarrés Barraza

Lector

Dr. Roberto Castro Pérez

A María Sol Cleotilde Orozco Delgado

*Gracias por el apoyo, el orgullo, el entusiasmo y el interés que siempre tuviste en este
proyecto.*

Gracias por ser parte fundamental de lo que soy.

Gracias por no soltarme de tu mano ni en la vida ni en la muerte.

Agradecimientos

El hacer la Maestría en Estudios de Género en el Colegio de México fue un sueño que tuve desde mis años universitarios, sueño que pronto se convirtió en objetivo y en el que trabajé durante mucho tiempo. Sin embargo, nunca sospeché lo que significaría y las enseñanzas que obtendría, enseñanzas de vida, de carácter y de amor. Esta tesis es el fruto de dos años de trabajo y está hecha con toda la dedicación, la fuerza y el entusiasmo que una persona puede ponerle a un sueño. En la investigación colaboraron muchas personas de diferentes formas y a quienes dedicarles unas líneas representa el mínimo gesto de agradecimiento que puedo hacerles.

Primeramente, quiero agradecer a todos los trabajadores del Hospital General de Cuautla, por sus testimonios, su tiempo, sus sonrisas y todas las facilidades otorgadas para llevar a cabo esta investigación.

Gracias a mi Directora Ma. Luisa Tarrés, por aceptar dirigirme, por sus sabios consejos, por confiar en mí, por esas divertidas tardes de asesoría, por su alegría y su cariño.

Gracias a Roberto Castro por el apoyo que desde hace años me ha brindado, por ser una guía y un ejemplo a seguir. Esta investigación se inspira en su maravilloso trabajo.

Un especial agradecimiento a mi amigo Joan Vendrell, quien durante estos años no ha dejado que me dé por vencida. Gracias por leer y escuchar todas las ideas y versiones de esta tesis, gracias por el apoyo fraterno, económico e intelectual, sin él esta tesis y esta maestría no se hubieran logrado.

A todos y cada uno de los miembros de la familia Salazar Orozco les agradezco la fuerza que tienen, los cuidados otorgados, la felicidad compartida, las risas, “la carrilla” ,la fe, las lágrimas, el impulso, la comprensión, el estar ahí... ¿Quién sería yo sin mi familia? Gracias Coty, José, Saby, Max, Pepe, Blanca, Emi, Ema, Sol, Álvaro y Santino.

A Alexandre Lehmann, la persona más noble y bella que he conocido, a ese hombre *del pasado del futuro* que vive en el presente de mi corazón solo puedo decirle: gracias.

Alina Flores, Percy Betanzos e Isabel Martínez son las mejores amigas que he tenido, gracias por su locura, sus ideas, el baile, los sueños, los consejos, las risas, el té, los abrazos...

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca otorgada para realizar mis estudios de maestría.

Un profundo agradecimiento a los Servicios de Salud de Morelos por el permiso otorgado para realizar esta investigación dentro del Hospital General de Cuautla “Mario Belauzarán Tapia”.

Índice

Agradecimientos.....	2
Índice	4
Capítulo 1. Introducción.....	7
1.1 Antecedentes	9
1.2 Relación médico-paciente.....	10
1.2.1 El modelo Parsoniano.....	10
1.2.2 El modelo Szasz, el modelo Friedson.	13
1.2.3 El modelo marxista.....	13
1.2.4 El interaccionismo simbólico.....	14
1.3 Aportaciones desde la antropología médica.....	17
1.4 Mujer y salud.....	19
1.4.1 La violencia como problema social y de salud pública.....	20
1.4.2 La atención hospitalaria de la violencia de género	22
1.4.3 Investigación en Morelos	26
1.5 Marco Teórico	30
1.5.1 Entre el itinerario terapéutico y el proceso de atención	30
1.5.2 Interacción.....	34
1.5.3 El concepto de víctima	36
1.5.5 Violencia institucional	37
1.5.6 <i>Habitus y habitus</i> médico	39
1.5.7 Género.....	40
1.5.8 Dominación masculina	41
1.5.9 Violencia de género-violencia contra las mujeres	41
1.6 Unidad de Observación (justificación de elección)	46
1.7 Población.....	46

1.8 Metodología	47
Capítulo 2. Contexto	50
2.1 Características generales.....	50
2.1.2 Situación actual del hospital	54
2.2 Escenarios.....	56
2.3 Norma Oficial Mexicana y Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género.....	59
2.3.1 El Programa de violencia familiar; unidad Cuautla, Morelos.	62
Capítulo. 3 El deber ser del proceso de atención a víctimas de violencia.....	66
3.1 Procedimiento oficial	66
3.1.1 Según la Norma Oficial, el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género e integrantes del Departamento de Violencia Familiar del Hospital General de Cuautla.....	66
3.1.2 Según médicos(as).....	69
3.2 Procedimiento de atención en situaciones de alto riesgo	72
3.2.1 Canalización.....	75
3.3 Procedimiento estándar.....	76
3.4 Perfiles según área de canalización.....	79
Capítulo 4. El proceso de atención.....	83
4.1 Desde la etnografía	83
4.2 Acercamiento	83
4.3 Los múltiples discursos del PVF.....	84
4.4 Los médicos	86
4.4.1 La capacitación	86
4.4.2 La detección	90
4.5 El papel de las recepcionistas y la identificación	96
4.6 El hacer de los médicos. Entre entrevistas, encuentros y observaciones.....	98
4.6.1 El apoyo y el miedo	99
4.6.2 La violencia después de la violencia.....	103
4.6.3 Evaluación, involucramiento y propuestas desde la mirada de los médicos.....	105
4.7 La representación del médico y algunas bases para acercarnos al orden de interacción.....	107

4.8 Fase de atención externa y especialización	109
4.8.1 El problema de la tanatóloga	110
4.8.2 El grupo	111
4.8.3 El proceso de Dela	112
4.9 La “víctima” desde el enfoque de la salud	114
4.10 La atención externa	117
4.10.1 El investigador frente a las oportunidades, una cuestión de ética	117
4.11 El proceso a través de los ojos de Claudia	119
Reflexiones finales	124
Entre la violencia institucional y la medicalización de la violencia	124
Ir más allá	127
Recapitulando	129
Bibliografía	133
Anexos	142
Anexo 1. Guía de entrevistas.....	142
Anexo 2. Registro de atención en casos de violencia Familiar o Sexual (forma)	144
Anexo 3. Aviso al Ministerio Público (forma).....	144
Anexo 4. Herramienta para evaluar el riesgo, según situación específica de violencia (forma)	145
Anexo 5. El caso de Estela	146
Anexo 6. Trípticos.....	149
Anexo 7. Portada del resumen de la norma distribuida a médicos	149
Anexo 8. Plan de seguridad (forma).....	150
Anexo 9. Herramienta para evaluar la peligrosidad del agresor (forma).....	150

Capítulo 1. Introducción.

La situación de las mujeres que sufren violencia es un tema que se comenzó a abordar como problema de investigación social recién en los años setenta del siglo XX. Esto se debe principalmente al hecho de que se han considerado “naturales” las conductas violentas en contra de las mujeres. Otros factores que han contribuido a perpetuar la invisibilización y el silencio con respecto a los malos tratos infligidos a las mujeres fueron las pautas culturales y sociales producidas por las instituciones que los admitieron y no pocas veces los alentaron como una norma (Cervantes, Ramos, Saltijeral, 2004). De esta forma, no se podía problematizar algo que simplemente no se percibía como un problema.

Gracias a la lucha política del movimiento feminista y de muchas mujeres que desde su cotidianidad, en el ámbito de la política y dentro de la academia, es que se ha abordado el problema de la violencia contra la mujer desde varios ángulos y perspectivas, poniendo énfasis en las múltiples consecuencias que la violencia tiene para las mujeres ya sea a corto, mediano o largo plazo sobre su salud física y emocional. En la academia, la adopción en los años noventa de la categoría de género como herramienta conceptual permitió dar cuenta de todas las formas de violencia que se ejercen contra las mujeres por el sólo hecho de serlo (Herrera, 2009:8). Sin embargo, muchos de los investigadores que abordan esta problemática han encontrado que dichas consecuencias son incuantificables, sobre todo en lo que se refiere a la violencia psicológica o patrimonial. Contrario a lo que se piensa, el estudio de la violencia física también se ha enfrentado a este problema, entre otras muchas razones, porque las mujeres que acuden a una clínica u hospital a atender sus lesiones no son canalizadas ni atendidas como víctimas de violencia, ya que el personal médico en muchas ocasiones no las identifica o atiende como tales.

Es importante puntualizar que dicho fenómeno sucede pese a los manuales de atención y a la existencia de normas oficiales de atención que marcan los criterios y procedimientos para la atención médica de la violencia familiar y sexual.

En los hospitales de Morelos, en muchas ocasiones, estos procedimientos y normas no se llevan a la práctica. Ante este panorama, la investigación que aquí se presenta intenta

rastrear cómo es el proceso de atención de las mujeres en situación de violencia de género que acuden al Hospital General de Cuautla, “Mario Belauzarán Tapia”, con el fin de detectar la serie de obstáculos que impiden que se pongan en práctica las normas oficiales de atención. Me interesó acercarme a los sujetos que intervienen en dicho proceso, con el fin de identificar cuáles son las concepciones y representaciones culturales, simbólicas y políticas de la violencia de género que les permiten detectar y atender, o ignorar, los casos de mujeres que sufren violencia y llegan al hospital a solicitar servicios de salud, ya sea porque buscan que las atiendan específicamente por esta razón o porque acuden aduciendo cualquier otro motivo. También intenté acercarme a las usuarias en situación de violencia, con la finalidad de conocer sus experiencias en dicho hospital desde su rol de víctimas y de usuarias de los servicios de salud.

El trabajo que a continuación se presenta está conformado por cuatro capítulos. El primero es la introducción, en donde se presentan los antecedentes de la investigación -este apartado intenta mostrar algunas de las aportaciones hechas en dos campos temáticos: el campo de la relación médico paciente y el campo de las mujeres como objeto de estudio en las investigaciones sobre salud. En este capítulo también se ubica el marco teórico, en donde se presentan y definen algunos de los conceptos que guían esta investigación, asimismo, se exponen los objetivos, la hipótesis, la unidad de observación, y se describe la población de estudio y la metodología.

En el segundo capítulo se analiza el contexto; ahí se muestran algunas de las principales características del Hospital General de Cuautla, se caracterizan algunos de los principales escenarios que aparecen a lo largo de la investigación y, finalmente, se presenta, teniendo en cuenta su contexto, la Norma Oficial Mexicana y el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, para que el lector pueda ubicar cómo surgen y a qué se refieren las normas y el programa que rige la atención que se brinda a las mujeres en situación de violencia.

El tercer capítulo, como bien dice el título es el deber ser del proceso de atención a mujeres en situación de violencia en el hospital general de Cuautla. En este apartado se expone lo que la norma es, las integrantes del programa de violencia familiar y lo que los

médicos dicen que se debe de hacer frente a estos casos, esto independientemente de que lo lleven a cabo o no. Asimismo, se describe lo que identifico como el procedimiento de alto riesgo y el procedimiento estándar, sus etapas y los principales actores e instituciones que intervienen o se considera deben intervenir.

En el cuarto capítulo se narra el hacer de los actores, el proceso que yo observé y/o que pude reconstruir en base al análisis que hice de los testimonios de los múltiples actores - incluyendo víctimas, médicos y otros prestadores de servicios de salud- que entrevisté y que intervienen en el dicho proceso. Finalmente, y gracias al desarrollo mismo de la investigación fue teniendo, se da un giro epistemológico que se plantea en la última parte de capítulo cuatro y que guía las reflexiones finales, el cual, intenta inspirar nuevas formas y espacios desde donde abordar la violencia de género.

1.1 Antecedentes

Diversos autores concuerdan en que los hospitales son espacios muy importantes para el estudio de la violencia de género, ya que al ser escasas las mujeres que en situación de violencia acuden y/o denuncian a la policía, a los centros de protección o a las líneas de atención, estos sitios se convierten en puntos estratégicos para su análisis y abordaje.

En las últimas décadas ha sido bastante la literatura tanto antropológica como sociológica que aborda la trayectoria que siguen los usuarios de servicios de salud dentro de hospitales, la relación médico-paciente y la atención que reciben las mujeres en situación de violencia en los hospitales; también lo es la literatura que aborda el problema de la violencia de género. Dado a que en este apartado no alcanzaría a delinear todos sus ejes, en esta sección me centro sólo en algunas aportaciones hechas en dos campos temáticos que nos permitirán contextualizar la presente investigación. Así, para abordar la trayectoria y la atención a las mujeres en situación de violencia dentro de una institución de salud y las relaciones que se dan entre prestadores de servicios de salud y usuarias –entre médicos(as) y mujeres víctimas de violencia doméstica–, por un lado considero las aportaciones de los estudios sobre la relación médico-paciente, enfocándome en algunas de las corrientes teóricas que han abordado el tema y que me permitieron ubicar mi problema en un nivel más

general. Por otro lado, en el campo de las mujeres y la salud, menciono algunos de los temas de interés que han tratado las ciencias sociales cuando cuestionan el papel de las instituciones de salud con respecto a las mujeres y los avances y aportaciones hechos al respecto, cómo es que el tema de la violencia doméstica comenzó a ser considerado problema de interés sociológico, más tarde conocido como “violencia de género”.

1.2 Relación médico-paciente

Bloom y Wilson (1996), consideran que las relaciones entre médicos y pacientes hasta la mitad del siglo XX se habían visto desde un enfoque interpersonal donde la “interacción médico paciente era una relación sólo de persona a persona” (1996:211). Sin embargo, dicha concepción comienza a cuestionarse, poniendo en duda la importancia de la relación misma frente al contexto y el sistema cultural que lo propicia. Entre los paradigmas teóricos más importantes que han abordado la relación han sido: el estructural funcionalismo, la teoría del conflicto, neomarxismo y el interaccionismo simbólico, los cuales, hay que aclarar, no han sido parte de un proceso evolucionista donde uno precede a otro, ni forzosamente se sobreponen, aunque sí se han mantenido relaciones.

Aunque el origen del estudio de dicha relación se ubica desde la teoría del *system model*, donde ya se concibe la relación médico-paciente como parte de un sistema social, fue Parson en los años 50 que le da un énfasis más estructural, visualizándolo como un subsistema de la sociedad occidental.

1.2.1 El modelo Parsoniano

Parsons considera que el problema de la salud se encuentra especialmente organizado en relación con pautas de rol y orientaciones de valor destacadas de la sociedad norteamericana. Los problemas de la desviación y el control social es tal que un análisis adecuado de los procesos motivacionales que comprende tiene implicaciones que no se reducen a este campo en particular. La práctica médica se orienta a superar las alteraciones de la salud, es decir, la de la enfermedad (Parsons, 1966: 432).

También considera a la enfermedad no como un simple peligro externo, sino como parte integral del equilibrio social, que también puede verse como un modo de respuesta a las presiones sociales para eludir responsabilidades, puede también tener alguna posible significación funcional positiva. Así, tiene que ser concebida tanto biológica como socialmente (Parsons, 1966).

En cuanto a la práctica médica Parsons lo ve como un mecanismo en el sistema social para enfrentarse con las enfermedades de sus miembros e implica una serie de roles institucionalizados.

Parsons considera cuatro aspectos que caracterizan al rol del enfermo (Parsons, 1966):

1) La excepción de las responsabilidades normales del rol social, la cual requiere legitimación por y paria varios alter implicados. En este caso el médico sirve con frecuencia de tribunal de apelación y de agente de legitimación.

2) No se puede esperar de la persona enferma se ponga bien por un simple acto de decisión o deseo, sino que cambia su condición y su actitud a una de “cuidado” y de aceptación de ayuda.

3) La definición del estado de enfermo como indeseable en sí mismo con la obligación de querer sanar.

4) La obligación de buscar ayuda técnicamente competente. Es en este punto que se articulan los roles de la persona enferma como paciente con el rol del médico en una estructura complementaria.

La orientación del rol de enfermo frente al médico se define también como orientación colectiva. Es cierto que el paciente tiene un auto-interés muy obvio en curarse en la mayoría de los casos. Pero una vez que ha llamado a un médico su actitud es clara: ha asumido la obligación de cooperar con ese médico en algo que se considera como una tarea en común. La obligación del médico es de guiarse por el bienestar del paciente y hacer su parte lo mejor que pueda (Parsons, 1966: 441).

El rol del enfermo además lo concibe a través de por tres elementos: el desamparo y necesidad de ayuda, incompetencia técnica e implicación emocional. El autor considera que una consecuencia de la combinación de estos tres elementos es que el enfermo se convierte

en un sujeto vulnerable a la explotación. Otra cuestión relacionada es que su situación es tal que hace peculiarmente difícil un nivel alto de racionalidad en el juicio.

En resumen, Parsons veía en el enfermo un rol no deseable y socialmente distorsionador del funcionamiento del sistema. Además, está definido como una persona que necesita ayuda y por lo tanto está obligado a aceptar esa ayuda y cooperar con el agente terapéutico. El paciente es dependiente de una sociedad sana. Mientras, el papel del profesional de la salud combina la cura del paciente y el control social como agente de la sociedad. El médico es un experto técnico que legitima la exigencia de la enfermedad y es responsable de regresar a la persona enferma a su papel normal dentro de la sociedad. El médico es, para Parsons, el representante de los valores dominantes de la cultura, es el símbolo de lo sano y normal.

Entre las principales críticas hechas al modelo parsoniano reseñadas por Bloom y Wilson (1996) están: 1) el énfasis a la asimetría de la situación terapéutica, 2) el efecto distanciador de los atributos como un defensor del elitismo técnico del profesional moderno, y 3) la asimetría está basada no solamente en la experiencia técnica lograda sino también en etiquetar al paciente como pasivo y dependiente, y al médico como experto, éste último con necesidad de control, mientras que el otro con necesidad de protección. Otra de las críticas hecha a este modelo y a toda la teoría parsoniana es que se considera poco clara, ya que analiza sistemas sociales abstractos en lugar de sociedades concretas, así como de tener un razonamiento circular, tautológico, pues explica todo en términos de las partes y las partes en términos del todo (Ritzer, 1997).

Siegler y Osmond (1973), haciendo una revisión al concepto de “sick role”, encuentran que el modelo planteado por Parsons es poco probable ya que la enfermedad es percibida y vivida de distintas formas, en distintas sociedades y culturas, los enfermos juegan roles completamente distintos, alejándose completamente del modelo parsoniano. El estudio de estos autores es interesante pues a través de la obra de Thomas Mann, *La montaña mágica* cuestiona cada una de las características del rol del enfermo. Así, a través de este análisis los autores concluyen que es muy difícil mantener el papel de enfermo ya que es complicado mantener a la gente en el papel de enfermo incluso cuando la enfermedad en cuestión cae

indiscutiblemente dentro del campo de la medicina. “En cualquier momento uno puede perder el equilibrio y caer en otro rol” y aunque las consecuencias puedan ser nefastas no resulta sencillo ni inmediato que las personas dejen su rol cotidiano para adscribirse al de enfermo.

1.2.2 El modelo Szasz, el modelo Friedson.

Otros modelos desarrollados para el análisis de ésta relación son: a) el modelo Szasz-Hollender, el cual no varía mucho al parsoniano, pues sólo esquematiza las implicaciones conductuales de los síntomas orgánicos dando un énfasis en la relación jerarquizada y en la analogía padre hijo; y b) el modelo de Friedson, que enfrenta la postura parsoniana alejándose por un lado del funcionalismo para acercarse más al estructuralismo pues se centra en las diferencias estructurales entre las prácticas. Así mismo, introduce la teoría del conflicto, ausente en la teoría de Parsons, al destacar que tanto el profesional como el paciente buscan que el tratamiento se realice en sus propios términos, provocando así un inminente conflicto. Friedson (cit. Por Bloom y Wilson, 1996) también considera que la medicina es un monopolio con el derecho de crear la enfermedad como un papel social oficial. Es decir, que la medicina crea las posibilidades sociales para actuar como enfermo. Friedson observa la agencia en el paciente pues considera que este lleva a cabo una serie de pasos bastante definidos en el manejo de su enfermedad (idea que retomaremos cuando analicemos el concepto de itinerario terapéutico).

1.2.3 El modelo marxista

El modelo marxista se acerca a la relación médico-paciente definiéndola como un problema más de estructura y conflicto que de función y atribuciones individuales. Así, considera que los enfermos no sufren aislados de las estructuras sociopolíticas más amplias de las sociedades en las que viven. A la medicina, la ve como una industria -“industria de la salud”- organizada principalmente por la ganancia, lo cual refleja los principios capitalistas que la rigen. Por otra parte, se considera al médico como un profesional proletarizado y a los pacientes atrapados en la cárcel de la explotación (Bloom y Wilson, 1996, 227). Navarro, uno de los principales representantes de este modelo, considera que las limitaciones de la

medicina son dadas por su posición dentro de las relaciones de clase en el capitalismo contemporáneo. La postura marxista, según Bloom y Wilson, es el opuesto directo de los primeros puntos de vista funcionalistas de los 40 años previos (1996:245).

1.2.4 El interaccionismo simbólico

A mediados del siglo XX, el interaccionismo simbólico surge derivado de las aportaciones de la Escuela de Chicago (Castro, 2010). Los teóricos del interaccionismo simbólico se aproximan al estudio de la dimensión subjetiva de la vida social, identifican la subjetividad y los efectos derivados de la interacción entre los actores. Los estudios basados en esta perspectiva se preguntan siempre por el significado que tienen las cosas para los individuos y por la forma en que los significados afectan sus conductas y la interacción de unos con otros (Castro, 2010:61). Entre los autores más destacados encontramos a Blumer, Huges y Goffman. Huges formuló el concepto de *master status*, que se refiere a una característica de un individuo que, a los ojos de los demás, tiende a dominar por encima de cualquier otra y que moldea decisivamente la percepción que los demás tienen de él. Por su parte, Goffman desarrolló una dramaturgia de la vida social. Desde esta perspectiva, los individuos participan constantemente en actuaciones, esto es, en el desempeño de sus roles que llevan a cabo a veces auténticamente, con plena convicción de lo que hacen y a veces de manera cínica y/o distante (Castro, 2010:72). La distancia del rol es esa actuación en la que el *self* del que actúa aún no se identifica plenamente con el rol¹ que debe desempeñar. La vida social tiene lugar en escenarios. En este mundo teatral, Goffman concibe a los actores organizados en equipos que son conjuntos de individuos que cooperan en la representación de una misma rutina. Por ejemplo, el equipo de los médicos que se involucra en la representación de expertos en medicina, frente al de los pacientes que se involucran en la representación de personas deseosas de recuperar su salud en la medida de lo posible.

¹ Según el diccionario de sociología de Campos (2007) el rol es la pauta de conducta de un actor, fundada en las expectativas que sobre su ocurrencia guardan algunos de sus congéneres. También es el papel que está asignado a cada actor dentro de una obra, ligado a esto G.H. Mead, el padre del interaccionismo simbólico, utiliza el término para hacer referencia a que los humanos somos capaces de asumir el rol de otro.

Entre las principales aportaciones del interaccionismo simbólico encontramos los aportes hechos desde el modelo de la negociación a:

1. El manejo de la enfermedad crónica en donde autores como Charmaz (1986), Goffman (1986), Davis (1972) mostraron, la enorme actividad interpretativa e interaccional que despliegan los enfermos crónicos y quienes los rodean, en el manejo del padecimiento.
2. La socialización de los profesionales. En estos trabajos se mostró que estudiar la carrera profesional implica mucho más que el mero aprendizaje de las cuestiones técnicas, pues implica iniciarse en una sociedad semisecreta, con códigos ocultos y problemas particulares, con un rol, un sentido del humor y una ética que les son propios (un proceso de socialización profesional). Con el proceso de socialización dentro del rol (o educación profesional), se desarrollaron también investigaciones de corte simbólico-interaccionista acerca de la manera en la que se maneja el error médico en los contextos institucionales (Castro, 2010: 75-78).
3. La interacción médico-paciente en contextos institucionales. Desde esta perspectiva la relación médico-paciente es un sistema social que puede analizarse con base en normas que estructuran los roles del médico y del enfermo (Castro, 2010: 75-78). Entre las investigaciones que me llaman más la atención está la hecha por West (1984) quien aborda la dinámica de los encuentros mixtos (hombre /mujer) en la relación médico-paciente, donde encuentra que en esas circunstancias el *master status* del hombre es su rol de médico o paciente (dependiendo cuál esté jugando), mientras que el de la mujer siempre es su condición de mujer (independientemente si desempeñan el rol de médicas o de pacientes), “dando lugar a una asimetría fundamental que surge de la desigualdad de género y a la vez la reproduce” (Castro, 2010:79). Así mismo, Fishery Groce (1985, cit. por Castro, 2010) analizaron de qué manera los supuestos de género que existen sobre las mujeres (su condición de personas débiles y subordinadas) emergen, se desarrollan y son negociados durante el encuentro médico paciente, y de qué manera tales significados estructuran el intercambio de información de ambos actores (Castro, 2010:80).

Otro trabajo interesante en este tema es el de Glaser y Strauss (1965) quienes propusieron el concepto de *illness trajectory* (trayectoria del enfermo), más tarde actualizado

por Corbin y Strauss, en donde se da cuenta que la trayectoria no sólo es el curso de la enfermedad/condición, si no las medidas adoptadas por los distintos participantes. En este modelo, los profesionales son el eslabón vital en la cadena de oferta futura donde se incluye su educación y formación (la manera en la que se les ha preparado para asumir este papel). En este modelo todos los profesionales de la salud deben asumir la responsabilidad y ser capaces de demostrar la eficacia de su trabajo (Corbin, 1998).

Así, a partir de los años 80, las investigaciones comienzan a enfocarse en los mecanismos de prevención y de rehabilitación, con un revivido interés por la psicología social en la interacción médico paciente, aunque este último es visto más como consumidor y el médico como un actor responsable que toma decisiones. Más recientemente se comienza a cuestionar la libre elección de los pacientes, considerando que está severamente limitada para una gran población de éstos. La elección está determinada por un número de factores incluyendo la habilidad para pagar, la disponibilidad del cuidado médico que se elige, la burocratización de la relaciones médicas y la elección está también mediada por terceras personas (incluyendo planes de seguros). Se cuestiona por tanto la relación médico-paciente, pues se considera que el paciente no contrata los servicios de una persona profesional sino de una institución.

En estudios actuales, la relación médico-paciente se aborda en términos de prestador de servicios-usuarios de servicios de salud. La investigación que aquí se presenta corresponde a este tipo de estudios, que cuestionando desde la nomenclatura la pasividad del paciente y la autoridad incuestionada del médico, enmarca la relación en términos de derechos y obligaciones.

La relación médico-paciente dentro de los estudios culturales en torno a la salud ha sido un tema ampliamente abordado en las últimas décadas y en los años recientes los estudios de género se han ido acercando al ámbito de la salud y a la calidad de la atención que se les da a las mujeres. Estos estudios señalan que las relaciones de desigualdad son mucho más marcadas en las pacientes mujeres, “puesto que la práctica médica no es ajena a las relaciones de poder entre los sexos” (Erviti, Castro y Sosa, 2006: 640).

1.3 Aportaciones desde la antropología médica

Enfocada en pueblos étnicos -aunque no exclusivamente-, la antropología médica ha reflexionado sobre la enfermedad desde la perspectiva sociocultural. Los sistemas de creencias, prácticas y valores constituyen el corpus de ésta subdisciplina, la cual, a través de múltiples investigaciones, ha mostrado las extraordinarias diferencias que en las culturas existen sobre caracterizaciones de la enfermedad, las concepciones de causalidad y las modalidades de tratamiento (Mechanic, D., 1986). De igual forma, ha logrado relacionar enfermedad con estilos de vida, haciendo evidente, desde hace más de 50 años, que la enfermedad, la cura, los síntomas, la trayectoria y la experiencia que vive una persona enferma, así como la relación médico-paciente se sustentan en aspectos culturales y contextos sociales más que en aspectos físicos.

En cuanto a la relación médico-paciente, se ha hecho evidente los límites de la medicina occidental y sus profesionales de la salud pues, a diferencia de la “medicina tradicional”, no toman en cuenta la realidad sociocultural del paciente, lo que impide aplicar una terapia integral que le permita recuperar el equilibrio perdido, no sólo a nivel orgánico sino sociocultural (Ruz, 1992). Finkler (1992) menciona que mientras los curanderos espiritualistas se encaminan en averiguar qué clase de paciente tiene determinada enfermedad, los médicos generales se enfocan en indagar qué clase de enfermedad tiene el paciente, evidenciando que los médicos occidentales no son capacitados para tratar al paciente como un ente social y cultural.

Aguirre Beltrán (1986) analiza los roles del médico y del paciente, donde el primero se caracteriza por la especialización del conocimiento técnico. La dedicación exclusiva e intensiva puesta en materias de salud y enfermedad impide la destreza comparable con otros campos de conocimiento. El médico ubicado en una posición preeminente es, simple y llanamente, un especialista cuya superioridad sobre sus semejantes está confinada a la esfera de su adiestramiento técnico y experiencia. Como científico está obligado y de él se espera que trate los problemas que el enfermo plantea e términos objetivos y científicamente válidos (Aguirre, 1986:322). Por el contrario, el rol de enfermo es socialmente indeseable pues se caracteriza por el desamparo y el desvalimiento, e impone la obligación para sus

allegados y él mismo de pedir ayuda. Aguirre (1986) considera que cuando se articula el rol de enfermo con el del médico, se convierte en una estructura complementaria, en donde el médico queda en posición preeminente mientras que el enfermo queda ubicado en una posición de flaqueza que lo hace particularmente vulnerable a la explotación.

En la década de los noventa autores como Eduardo Menéndez (1990), si bien creyeron correctas muchas de las propuestas y críticas de sus predecesores, consideraron que el modelo tradicional-moderno imponía una visión dicotómica pues “avala no sólo la supuesta escisión entre enfermedades científicas y tradicionales, sino que implica un proyecto determinado de desarrollo subordinado” (Menéndez, 1990: 9). Asimismo, hizo una crítica a la focalización que había tenido la antropología médica en el sistema “tradicional”, el campesinado indígena y la población urbana marginal, que la mantenía desconectada de las condiciones de salud/enfermedad, atención que opera en el conjunto de las clases sociales e ignorando la notable diversidad de las prácticas médicas populares entre sí.

Menéndez argumenta que los “curadores profesionales” parten ideológica y técnicamente del contexto social y es a partir de este, de su profesionalización curativa y de las funciones delegadas de control, construidas a partir de su práctica institucionalizada, que van diferenciándose (1990:56). En cuanto a la construcción del “paciente”, de la situación de paciente, supone un trabajo social e ideológico dentro del cual opera el conocimiento médico. A través del operador médico que refiere a un saber investigado que subordina a los otros y que tiende a legitimar la estructuración social dominante por lo menos dentro del campo médico. La relación médico-paciente se convierte en una sociedad estructurada en torno a saber/no saber, en donde el que sabe utiliza un lenguaje subordinante que pretende ser científico, verificado, universal. Menéndez considera que la potencialidad normalizadora de la práctica médica está fundada en lo biológico a nivel “científico”² y justifica las prácticas ideológicas construidas en la relación médico-paciente, entendiendo como normalizadora el proponer modelos controlados de conducta frente a la enfermedad, pero también respecto a la salud (Menéndez, 1990: 66).

² Las comillas son mías.

Finalmente, quisiera aclarar que si bien la sociología médica y la antropología médica han tenido distintos ámbitos de estudio y diferentes desarrollos teóricos y metodológicos, ha habido momentos en que se han influenciado mutuamente. Así, si bien la antropología tuvo un gran auge en América Latina desde los años 20 del siglo pasado, la sociología médica en los años 60 fue cobrando importancia en los organismos nacionales e internacionales de salud. Actualmente, gracias a las distintas herramientas que facilitan el tráfico de información y el acceso a distintos enfoques, una investigación que pretenda ser de corte socio-cultural no puede dejar de mencionar algunas de las discusiones que se han dado alrededor de la relación médico-paciente sin que roce ambos enfoques.

1.4 Mujer y salud

Desde hace siglo y medio la medicina ha sido la encargada de la regulación de los cuerpos y su autoridad había sido, durante mucho tiempo, incuestionable. Michel Foucault, en su libro *La voluntad del saber* (2009), afirma que la medicina en tanto ciencia ha llegado a sustituir a la religión como institución encargada de regular el capital simbólico, cultural, social y político de los cuerpos. Así, la ciencia médica ha resignificado los cuerpos, normativizándolos y patologizándolos³. Sus agentes, los médicos (aunque también psicólogos y sexólogos), tienen autoridad “sacerdotal”⁴ y han perpetuado y legitimado tal poderío. Así, la medicina ha sido un elemento fundamental en el dispositivo de la sexualidad. Dicho dispositivo fue delineado por Foucault como un complejo aparato simbólico que respalda la dominación masculina y naturaliza la violencia contra la mujer. Aunado a diversos factores políticos, económicos y sociales, así como a diversas corrientes epistemológicas, esta mirada foucaultiana de entender la medicina y por lo tanto el ámbito de la salud como un campo de poder, de jerarquías y represiones, ha marcado las recientes investigaciones en torno a la salud. La perspectiva de Foucault ha abierto nuevos temas y campos de investigación, llegando a cuestionar y repensar la relación de la salud, las instituciones médicas y el papel de la mujer frente a ellas.

³ Dicho enfoque se puede ver también en su libro *El nacimiento de la clínica* (1966)

⁴ Este aspecto también es descrito por Aguirre Beltrán (1986), quien desarrolla las influencias de la medicina sacerdotal en los atributos simbólicos que encierra actualmente la figura del médico y del paciente.

A continuación mencionaré algunas corrientes e investigaciones que muestran cómo ha cambiado la forma de abordar la violencia de género.

1.4.1 La violencia como problema social y de salud pública

Los temas tradicionales que abordaban el campo de la salud y la mujer como objeto de estudio hasta los años 90 se limitaban a los aspectos relacionados con la maternidad y/o la salud reproductiva. Más recientemente el campo de ha ampliado para incluir la cuestión de la violencia contra las mujeres. No obstante, hoy en día todavía podemos ver libros que se titulan “mujer y salud”, sin que se toque mínimamente el aspecto de la violencia que es ejercida en contra de ellas. En mi búsqueda bibliográfica, la mitad de los libros que encontré relacionados con la salud y la mujer no abordaban el tema de la violencia como un problema que afecta a la salud integral de las mujeres, sino que se daba un énfasis a las repercusiones que afectaban su salud reproductiva o las consecuencias que impactaban a los hijos y a la familia.

Algunos autores -entre los que podemos encontrar Santiago y Ruiz-Rodríguez (2009), Lori Heise (1994) y Cristina Herrera (2009)- han abordado cómo históricamente el problema de la violencia contra la mujer se ha convertido en un problema social, ayudándonos a comprender el cambio epistemológico que ha llevado a ubicar como objeto de estudio a la violencia contra la mujer y a la violencia que ejercen las instituciones en contra de las mujeres violentadas.

Valdez-Santiago y Ruiz-Rodríguez (2009) mencionan que es hasta hace dos décadas que la violencia contra la mujer cobra visibilidad y comienza a definirse como problema social y de salud pública y ya no como asunto individual. Tiempo después se reconoce como objeto de estudio y repercutiendo en los gobiernos que se han visto obligados a diseñar e instrumentar políticas públicas -aunque dichas repercusiones no han tenido el mismo impacto a nivel operativo, que corresponde al personal de salud y los tomadores de decisiones locales.

Por su parte, Lori Heise (1994) explica que la incorporación de la violencia a la agenda de la salud pública tiene su base en los estudios que tratan sus consecuencias para la

salud y el desarrollo, en particular sobre la economía, la maternidad, la planificación familiar y sobre los niños. Heise considera que la violencia afecta la salud de las mujeres -y la salud de la sociedad en su conjunto- al desviar los escasos recursos hacia el tratamiento de un problema social que, mayormente, puede prevenirse. Considera que la victimización representa un desgaste significativo de los recursos disponibles para la salud.

Herrera, Rajsbaum, Agoff y Franco (2009) mencionan que en México las reformas de salud de los años noventa vienen a completar la descentralización de la Secretaría de Salud. Dichas reformas tienen como objetivo reducir el monto total destinado a la salud pública, a disminuir la capacidad de resolución y a generalizar el pago directo de la población. Asimismo, Herrera señala que los criterios que la rigen son de costo-eficiencia, por lo que se privilegia la medicina preventiva sobre la curativa, responsabilizando a las personas y comunidades de la satisfacción de sus necesidades. La autora relata cómo los argumentos de la salud pública que se refieren a la cuestión de costo-efectividad han logrado convencer al sector salud de que debe ocuparse del problema. Este mismo discurso ha tenido éxito con los funcionarios que asignan presupuestos, pero no con los médicos que atienden al público.

En cuanto a las repercusiones de la violencia sobre el desarrollo socioeconómico Heise (1994) argumenta que el papel de las mujeres se ha visto como indispensable para resolver los problemas sociales más importantes pero que al estar agobiadas por las secuelas físicas y psicológicas del abuso, las mujeres no brindan con plenitud su trabajo ni sus ideas creativas, obstaculizándose así el desarrollo de la comunidad. En cuanto a los efectos sobre la salud materna, señala que, contrario a lo que se pueda pensar sobre el embarazo como etapa durante la cual la salud mental y el bienestar de las mujeres son especialmente respetados, las encuestas e investigaciones sugieren que las embarazadas son un blanco frecuente del abuso. Este es un fenómeno que posteriormente constituyó uno de los temas más trabajados en el campo de estudio de la violencia, la mujer y la salud. La mayoría de libros e investigaciones que abordan dicha relación incluyen un apartado de violencia en

contra de mujeres embarazadas y los riesgos que les acarrea la violencia física, psicológica y emocional⁵.

1.4.2 La atención hospitalaria de la violencia de género

A pesar de que ya son más de dos décadas que comenzó a teorizarse sobre la violencia de género, es interesante destacar que son muy pocos los estudios que se han realizado en torno a la atención que brinda el personal médico a las personas que viven violencia de género. Herrera Rajsbaum, Agoff y Franco (2009) mencionan que “al revisar la literatura internacional advertimos que si bien en las últimas décadas ha habido un crecimiento exponencial de los estudios sobre la violencia intrafamiliar, doméstica y de pareja, el fenómeno sigue siendo poco entendido y en consecuencia mal entendido”.

Durante mi investigación bibliográfica, aunque encontré otros estudios que desde diferentes perspectivas disciplinarias analizan aspectos de la violencia de género a través de estudios de caso, la mayoría de ellos, en muchas ocasiones, se olvidaron de abordar el papel que las instituciones tienen en la violencia de género, pero sobre todo se han olvidado de analizar aquellas instituciones que tienen el objetivo de denunciar dichos actos o a aquellas encargadas de darles atención y solución a las víctimas como lo son las instituciones de salud. Así, muchas mujeres que acuden a una clínica u hospital a atender sus lesiones no son canalizadas ni atendidas como víctimas de violencia, “las mujeres maltratadas pasan inadvertidas en la mayoría de los servicios de salud” (Valdez-Santiago y Ruiz-Rodríguez, 2004:112). Entre las causas que señalan Valdez-Santiago y Ruiz-Rodríguez (2004) está la falta de capacitación al personal médico, las limitaciones del tiempo y la renuencia del personal de salud a enfrentar la violencia que sufren sus “pacientes”.

Autores como Patricia Paggi argumentan que pese a los avances que se han hecho a raíz de la creación de servicios especializados en diversas áreas de la violencia familiar, existen dificultades que “tienen que ver con los prejuicios y las creencias que tiñen las

⁵ Existen diversos estudios al respecto pero uno de los que a mi parecer me ha ayudado a entender el problema desde una mirada crítica es la investigación de Roberto Castro (2004), *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*, UNAM-CRIM, México.

opiniones y aun los saberes” (1999:190). Señala, además, que no es posible que se asista a mujeres y niños que han sufrido violencia si los médicos conciben la violencia como parte de prácticas de sadomasoquismo, castigo educativo o disciplinario o como consecuencia de la pobreza y la marginalidad.

En otras investigaciones se ha visto que si bien en países del primer mundo como España, que durante la primera década del siglo XXI la norma de atención a víctimas y los procedimientos sí se llevaban a la práctica, se dio una sensibilización constante a los profesionales en el problema de la violencia contra las mujeres, observándose una gran responsabilidad profesional y un esfuerzo por la formación, la exploración y las medidas no lograron aplicarse de manera rutinaria ni pautada y no se realiza indagaciones durante la primera visita ni mediante preguntas directas, además de que dependen en buena parte de la presencia de indicios. Este tipo de deficiencias continúan existiendo a pesar de las sugerencias de organismos e instituciones internacionales (Brito, Karin y Andrés-Pueyo, 2010:32). Se considera entonces que el grado de conocimiento sobre el problema de la VCP (violencia contra la pareja) y la actitud de muchos de los profesionales siguen siendo deficitarios.

En consecuencia, hay que reconocer que en muchos casos aunque existan estos espacios al parecer ganados, debemos cuestionarnos bajo qué condiciones existen y bajo qué parámetros se brinda la ayuda.

Volviendo a la relación médico-paciente, Sayavedra y Flores (1997) responsabilizan a las instituciones de producir y reproducir violencia física, verbal y simbólica. Al analizar el poder de la relación médico-paciente ofrecen reflexiones interesantes acerca de la mirada médica sobre el cuerpo de las mujeres e identifican una serie de concepciones que los prestadores de servicios de las instituciones médicas tienen de las usuarias, como parte del poder patriarcal, como por ejemplo: la mujer como responsable de la salud familiar y colectiva, la mujer como ser irracional, emocional, que existe en función de la reproducción, ignorantes en materia médica y el cuerpo femenino también es visto como algo vulnerable y enfermizo. Así, los autores consideran que estas ideas forman la base sobre la cual los médicos justifican su falta de apoyo a las usuarias que sufren violencia.

Las investigaciones realizadas por Cristina Herrera (2006 y 2009) son muy importantes para acercarnos a las prácticas médicas y los significados que tienen muchos de ellos respecto a la violencia de género. Herrera, et. al (2006) evidencia que la mayoría de estos servidores públicos, considera la violencia de pareja como algo difícil de aceptar pero normal, lo cual “resulta ser un círculo vicioso de ocultamiento-normalización y reproducción de la cultura que da sustento a la violencia que es, probablemente, una de las principales razones por las cuales la violencia de pareja no ha sido percibida ni atendida de manera adecuada en los servicios encargados de dar atención”(Herrera, *et.al*, 2006:260). Además, Herrera encontró que sólo una minoría confesó haber recibido una capacitación al respecto. Por estos factores la violencia en las instituciones que analizó es pasada por alto. Sin embargo, son casos aislados los de mujeres que notifican recibir abuso y que son canalizadas al servicio de trabajo social y reciben atención y seguimiento.

En esta investigación se identifican cuatro tipos de discurso que el personal médico utiliza para referirse al problema la violencia de género y a su actitud frente a este problema como servidores públicos:

- *El discurso dominante basado en los estereotipos de género* (negadores de violencia). Esta categoría agrupa a quienes manifiestan tener valores tradicionales en relación con el género y la familia y que se adhieren a ellos sin cuestionar las diferencias jerárquicas y los roles tradicionalmente asignados a cada género. Suelen pasar por alto los problemas de las usuarias relacionados con la violencia o, en caso de ser visibles y explícitos, desconfiar de la versión que de ellos dan las mujeres (Herrera, 2006). Se le considera el discurso dominante en la medida en que, al encontrarse muy presente entre quienes tienen posiciones de poder, continúa impregnando no sólo el imaginario social, sino también el nivel de la formulación de políticas y de organización de los ámbitos de trabajo.

- *Discurso antiviolencia basado en valores tradicionales de género*. La mayoría de quienes que entran en este discurso son mujeres, enfermeras, trabajadoras sociales o médicas. El discurso tiende a ser emocionalmente fuerte, incluyendo desde compasión hasta coraje hacia la víctima, por permitir el maltrato, e impotencia por el

deseo de ayudar a romper estos círculos de violencia y por la dificultad percibida para poder.

- *Discurso antiviolencia basado en algunas ideas sobre "lo moderno".* Identifican a la violencia con pensamientos propios del pasado y de las clases bajas, consideran que la violencia es menos frecuente entre mujeres educadas. Su discurso está plagado de prejuicios étnicos, de clase o regionales. Su reacción frente a estos casos es canalizarlas a trabajo social o psicológica donde, “la usuaria puede recibir un maltrato adicional o bien un trato ‘empático’” (Herrera *et.al* ,2006:264).

- *Discurso antiviolencia basado en los derechos de la mujer.* Manifiestan conciencia y compromiso con los derechos y la dignidad de las mujeres, independientemente de su papel en la familia. Ven a la violencia como delito y a la víctima como sujeto de derechos. Sin embargo, justifican su falta de acción con argumentos como la impotencia similar al del segundo grupo. Predominan los trabajadores sociales pero con una presencia importante también de médicos y enfermeros de ambos sexos y algunas psicólogas. La edad tiende a ser menor en este grupo y son más numerosos aquellos que trabajan en servicios de urgencias” (Herrera *et.al* ,2006:264).

El texto de Herrera (2006) es relevante, además, por la propuesta que realiza, ya que considera que la clave no sólo es intervenir en el imaginario de los cuadros directivos, sino fomentar el diálogo entre profesionales al interior de las unidades de atención.

Cristina Herrera (2009), en el libro *Invisible al ojo clínico*, analiza a profundidad los intereses, discursos y metas que persiguen muchas de las políticas de la salud que tienen como objetivo prevenir y atender la violencia de género. La autora se centra en el desajuste existente entre el diseño y la puesta en práctica de una política de salud que tiene por meta contribuir a aliviar el problema de la violencia doméstica contra las mujeres. Herrera considera que en gran medida se debe al choque existente en los discursos de la normatividad oficial y el de los implicados. También se identifican otros ámbitos discursivos que como son los de la salud, la medicina, la moral, la familia, el derecho, el género, la distinción entre lo público y lo privado, la idea de riesgo social, la de seguridad pública,

entre otros, que convergen en el problema de la violencia doméstica. De esta forma, considera que los diferentes discursos e intereses han producido un discurso híbrido que puede funcionar en los niveles superiores de la administración pública, da pie a diferentes interpretaciones, actitudes y acciones en el nivel operativo.

El trabajo de Herrera (2009) representa una fuente de inspiración pues abarca todo el panorama del que se ha hablado: desde la concepción de la violencia doméstica como problema de salud pública, hasta la visión de los derechos.

1.4.3 Investigación en Morelos

Acercándome a las investigaciones hechas en Morelos en este tema, la investigación de Méndez-Hernández (2003) evalúa la actitud afectiva, cognoscitiva y conductual del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del estado de Morelos, que identifica y canaliza a las mujeres maltratadas que acuden a consulta médica, e identifica las barreras institucionales y de la práctica médica que dificultan el manejo dentro de los servicios de salud de las mujeres maltratadas (2003:472).

Esta investigación es importante mencionarla ya que está hecha en el mismo estado en el que se realizó el presente trabajo. Entre los principales hallazgos que arrojó el estudio destacan:

1. Gran parte personal médico del IMSS, Morelos, no tiene instrucción alguna sobre el tema de la violencia de género e intrafamiliar; entre quienes sí recibieron alguna capacitación, la mayoría la adquirió por iniciativa propia.
2. Quienes han recibido mayor capacitación pueden identificar una mayor cantidad de signos y síntomas.
3. El personal médico rara vez sospecha que sus pacientes sufren violencia, sólo sospechan en aquellos casos que son muy obvios pues las mujeres acuden a los servicios con las lesiones producidas por la violencia física.
4. Entre los elementos que identifican como dificultades para la identificación y manejo de casos de violencia en los servicios de salud se encuentra el temor de las propias víctimas para denunciar, el desconocimiento generalizado en el personal médico de

los procedimientos para la identificación, atención y mecanismos de referencia; el personal médico percibe como un problema la responsabilidad legal que implica el registrar los casos de violencia, lo que limita su registro; las características propias de la práctica médica limitan su intervención en los casos de violencia hacia las mujeres y, por último hay barreras de carácter personal como concepciones o el temor de los médicos(as) de ofender a sus pacientes al preguntar sobre el tema (2003:474).

5. La escasa disposición del personal médico para participar en estudios con esta temática, principalmente por parte de especialistas.
6. La falta de interés sobre la violencia hacia las mujeres, la incomodidad que experimentan al tocar el tema, además de las exigencias propias de la práctica clínica.
7. La falta de normas, protocolos de identificación y manejo, así como la escasa legitimidad social de las intervenciones del personal en este problema de salud, son las principales causas institucionales; situación que podría modificarse con la aplicación de la Norma Oficial Mexicana (NOM-190-SSA1-1999) promulgada en marzo del año 2000.⁶
8. Las médicas muestran mayor empatía y menos vergüenza para tratar el tema de la violencia dentro de la consulta, porque, al parecer, se sienten en mayor riesgo que los varones. Además, se ha observado que las pacientes revelan más información a las médicas; sin embargo, la mayoría del personal médico está constituido por varones, y por lo general éstos están menos interesados en el tema.

Muchas de estas ideas las podemos encontrar en otro estudio de Valdéz (2004) que realizó en el área de consulta prenatal en los centros de salud de la ciudad de Cuernavaca, Morelos. En él considera aspectos (ya mencionados) que dificultan la identificación por los médicos de las víctimas de violencia: el tiempo, la falta de capacitación y la falta de voluntad.

Pese a que los estudios antes mencionados arrojan datos interesantes acerca de cuáles son las causas inmediatas que impiden una atención de calidad a las usuarias de servicios de

⁶ La NOM 046 es la modificación a dicha norma que surge en 2009, pero me acercaré a ella más adelante.

salud, considero que este nivel de análisis, al no indagar en las razones estructurales que se juegan en la atención, reduce sus posibilidades analíticas y se queda en el plano de las normas y las responsabilidades individuales.

En la línea de trabajos que cuentan con etnografía hecha en Morelos y que se centran en causas más estructurales, pero sin perder el enfoque micro social, encontramos el trabajo de Castro (2010), que aborda el sistema de género en su intersección con la medicina como la disciplina jerárquica que construye a los individuos dentro de un ambiente y un pensamiento estratificado, en el que el paciente ocupa el último eslabón. Es decir, concibe a los hospitales como espacios de poder, donde se dan relaciones de desigualdad⁷. Así, Erviti, Castro y Sosa aciertan cuando dicen que “El campo médico es uno de los campos donde con más contundencia se ha mostrado el funcionamiento de los dispositivos de poder que simultáneamente derivan de y perpetúan el género” (2006: 640).⁸

Es por ello que consideran necesario analizar la construcción cultural de esta desigualdad en la formación de los médicos, la importancia de los símbolos de poder utilizados por los médicos, la producción y reproducción de la legitimidad y la acreditación social de la profesión médica (Erviti, Castro y Sosa, 2006). De la misma forma, consideran importante abordar la violencia simbólica a la que están sujetas, la construcción sociocultural que las forma como mujeres y todo lo que su rol de género implica, así como las concepciones sexistas que giran en torno al cuerpo de la mujer, las jerarquías que posicionan a las usuarias por debajo de los médicos y demás personal de salud, la violación de derechos sociales, el respaldo estructural que lo permite (*habitus médico*).

⁷ Los hospitales como espacios de poder es un tema que había sido poco abordado sobre todo en México. Aunque no podemos olvidar los trabajos que han aportado a su reconocimiento grandes luces, como el Nacimiento de la clínica de Michel Foucault, escrito a mediados del siglo pasado y que se acerca muy cabalmente a la manera en que se ha ido percibiendo a los sanatorios y/o hospitales y cómo la percepción social de éstos ha ido cambiando junto con la manera de concebir el cuerpo y la enfermedad. Sin embargo, en las últimas décadas, los hospitales, como todas las instituciones, poco a poco se están volviendo objeto de estudio por ser escenarios de poder donde se albergan y producen relaciones de desigualdad.

⁸ Un ejemplo de lo anterior, es que en muchos de los textos de medicina, escritos con aparente objetividad científica, abundan los sesgos de género y las concepciones sexistas acerca de la anatomía y del funcionamiento de los cuerpos (Martin, 1987; Filc, 2004 cit. por Erviti, Castro y Sosa, 2006).

En cuanto al rol de la mujer, varios autores, en específico Sayavedra y Flores (1997), consideran que ella juega un papel pasivo ante el personal médico, pues está amparado en la fuerza de la estructura que lo motiva. Sin embargo las mujeres no sólo se enfrentan a obstáculos externos, sino también a su propio sometimiento⁹. Como bien dice Castro, “las víctimas no aciertan sino a referirse a sí mismas y a sus circunstancias con un lenguaje que también les ha sido impuesto y que refuerza su condición de sometidas” (2004: 46).

A partir de las investigaciones mencionadas es necesario posicionar mi investigación más cercana a los textos de Herrera y Castro pues, al igual que éstos, la presente investigación intenta comprender cómo instituciones, hospitales y programas del sector salud, orientados a proteger a las mujeres de la violencia, se enfrentan a las contrariedades y obstáculos que su puesta en práctica conlleva, cómo se produce el choque entre discursos y prácticas, entre la normatividad social y los sujetos implicados.

Por otro lado, me parece necesario posicionar la violencia de género como un problema político, legal, de poder, social y de salud pública. Si bien ha sido desde ésta última perspectiva que las autoridades y tomadores de decisiones abordan el tema, conocer lo que es la salud pública y de dónde viene esta perspectiva, me ayudó a trazar caminos de análisis y ubicar los objetivos y prioridades del discurso oficial.

La búsqueda bibliográfica ha sido difícil pues es necesario acotar el tema y dejar fuera textos no tan íntimamente relacionados con mi investigación. El objetivo era mencionar sólo algunos trabajos que han permitido acercarme al fenómeno y concebir un panorama de los trabajos y/o enfoques abordados hasta el momento. Es necesario aclarar que la organización de los ejes e investigaciones no responden a un ordenamiento histórico de cómo ha sido abordado el tema, sino por el contrario, responden simplemente a la necesidad de agrupar temáticamente los trabajos.

Como pude mostrar a lo largo de este apartado, son escasos los estudios realizados que cuestionan y analizan la atención que se da a las mujeres en situación de violencia. El

⁹ Lo que Bourdieu llama la violencia simbólica, en donde “los dominados aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer de este modo como naturales” (2000:50).

campo se está abriendo en México, pero puede ser muy fructífero arrojar datos que posibiliten una reflexión profunda en torno a las razones por las que hasta ahora la atención resulta insuficiente. Considero que a partir de lo ya hecho, mi investigación puede aportar nuevos datos a la problematización y análisis de la atención hospitalaria, pues pretende entenderla como un proceso en el que no sólo interactúan sujetos racionales y conscientes sino también construcciones culturales marcadas por intereses, por un orden de género, un campo médico y diversas instituciones que lo delimitan, pues son estructuras en cuyos límites se forman las actitudes y orientan las vidas de los sujetos.

Comprender la atención hospitalaria como un proceso es también considerarlo como parte de un sistema cultural, donde la violencia de género se puede observar no sólo en la familia ya que ésta se reproduce y perpetúa en otros espacios institucionales, aún en aquellos que como los hospitales se encargan de proteger y salvaguardar la vida de los individuos.

1.5 Marco Teórico

En este apartado se presentan algunos de los conceptos clave que se utilizarán a lo largo la investigación. Aunque en el transcurso del trabajo irán cobrando sentido y forma, se presentan en este apartado con la intención de definirlos y que sean un punto de partida para mostrar al lector -en un sentido de advertencia- las concepciones de las que estoy partiendo.

1.5.1 Entre el itinerario terapéutico y el proceso de atención

Muchas investigaciones¹⁰ que abordan o se refieren a las rutas que recorren los usuarios dentro de instituciones médicas, así como las trayectorias o etapas por las que atraviesan sujetos cuando padecen una enfermedad, lo hacen a través del concepto de *itinerario terapéutico*. Dicho concepto, considera Mattosinho (2007), tiene como principal objetivo interpretar los procesos por los cuales los individuos o grupos sociales eligen, evalúan y aplican o no determinadas formas de tratamiento. Eso se fundamenta en la premisa de que los individuos cuentan con diferentes maneras de resolver sus problemas de salud.

¹⁰ Sobre todo encontré una gran cantidad de investigaciones Brasileñas.

En estudios referentes a la interpretación del itinerario terapéutico, se torna importante tener en consideración que la elección del tratamiento es influenciada por el contexto sociocultural en que ocurre (Mattosinho, 2007). Antropólogos como Langdon (1994), Buchillet (1991), Fleischer (2006) también utilizan el término y lo ven igualmente como un elemento activo, donde los sujetos que transitan por situaciones de salud/enfermedad cuentan con una agencia y eligen el curso de acción. Lago (2010) ve a los itinerarios terapéuticos más como trayectos relacionados con la elección de un determinado tipo de alternativa curativa, argumenta que la elección de la alternativa curativa por parte de los agentes hace que cada acción realizada o decisión que se toma, sea una construcción sociocultural que se ubica como parte de un proceso histórico y diferente en cada tipo de cultura y sociedad. Por su parte, Sturzenegger considera que si hablamos de itinerarios no hay en rigor un recorrido continuo, sino una serie de segmentos que se adicionan, que se siguen en el tiempo sin constituir una secuencia encadenada (1994:53). Por mi parte, considero que el análisis de Pereira (2008) al ver a los itinerarios terapéuticos como historias, “tramas únicas” -donde los sujetos cuentan con agencia- y donde cada una tiene sus propias características, reúne las principales ideas de las investigaciones sobre el tema. Y en efecto, a diferencia de los demás autores, Pereira (2008) argumenta que cada historia de los pacientes que transitan por las instituciones de salud al ser únicas no deben de ser reunidas ni fragmentadas porque significaría desvincularlas y quitarles la característica de experiencia vivida.

El concepto de itinerarios terapéuticos, así como los debates alrededor del mismo, me brindaron alternativas analíticas que guían varios aspectos de este trabajo. Sin embargo, no he elegido trabajar totalmente bajo este esquema, ya que al centrarse en la experiencia vivida del usuario no toma en cuenta el punto de vista de los otros involucrados. Es decir, no contempla una visión relacional, donde exista o se requiera el punto de vista de los prestadores de servicios de salud. Así mismo, se enfoca demasiado en trayectorias o procesos de salud y enfermedad, mientras que yo a los actos de violencia y a sus lesiones o consecuencias no las concibo como enfermedades, sino como actos y consecuencias de un acto violento producto de la dominación masculina.

En este punto es imprescindible mencionar tanto el ya mencionado *illness trajectory model* (modelo de trayectoria del enfermo) como el concepto de *illnes behavior* (comportamiento de la enfermedad). El primero, entiende por trayectoria no sólo al curso de la enfermedad o a la condición de enfermo sino también a las medidas adoptadas por los distintos participantes de la forma o el control del padecimiento y su curso. Así no sólo es importante poner atención en la evolución fisiológica del paciente sino que la enfermedad debe ser concebida dentro de un contexto donde se encuentran, las expectativas, los factores biográficos, los grandes problemas sociales y económicos, por lo que se requiere la intervención de los esfuerzos y cooperación de muchas personas (Corbin, 1998). Entre los participantes encontramos: la familia, la configuración de servicios de salud pero también otros proveedores de servicios, comunidades, organizaciones e instituciones sociales. El segundo, el concepto de *illnes behavior* (propuesto por Mechanic, D, 1986), describe la forma en que las personas controlan sus cuerpos, así como definen e interpretan sus síntomas, toman medidas correctivas y utilizan fuentes de ayuda (como el sistema de salud “formal”), también se utiliza para monitorear el cómo las personas responden a los síntomas y cómo afecta su comportamiento, las acciones correctivas tomadas y la respuesta al tratamiento. Dicho concepto, además, toma en cuenta el hecho de que ir al médico forma parte de un proceso de comportamiento de enfermedad y en donde están presentes factores tales como la necesidad, la percepción, valoración, definición, atribución de la causa. Por lo tanto, la comprensión de estas cuestiones requiere de investigaciones sobre la cultura, las situaciones sociales y predisposiciones personales. El concepto parte de tomar en cuenta cómo los contenidos culturales afectan el reconocimiento y conceptualización de los síntomas, el proceso de comunicación, los modos y el contenido de la expresión, y los esfuerzos puestos en la recuperación. Mechanic menciona que estudios históricos también revelan que las expresiones de sufrimiento y enfermedad se transforman de una época a otra. La expresión de la enfermedad a través del vocabulario psicológico y social es un fenómeno relativamente moderno que coexiste con un crecimiento de la conciencia personal y amplia autoexpresión. En la suma, el comportamiento de enfermedad implica una interacción compleja entre la calidad de la disfunción corporal, las orientaciones socioculturales y

psicológicas traídas por individuos a su situación, y las demandas únicas del contexto social inmediato.

El proceso

Los conceptos antes mencionados -incluyendo el de itinerario terapéutico- si bien no son ejes que marcan esta investigación, gran parte de sus características son tomadas en cuenta en mi trabajo, nutriendo el concepto de proceso de atención que es el que primordialmente permea mi perspectiva. He optado por este, pues deja abiertas las alternativas para narrar las historias a través de múltiples voces y no se centra en aspectos patológicos. El proceso de atención lo podemos ver como un proceso social que se centra en la interacción prestador de servicio-usuario.

Según el diccionario de sociología de Fairchild, un “proceso” es “todo cambio en que un observador puede ver una propiedad o dirección definida” (2010:233) y “proceso social” es definido como:

Cualquier cambio o interacción social en la que un observador es capaz de destacar, clasificándola, una cualidad o dirección al parecer constante (...). Ningún proceso social es bueno o malo en sí, sino en relación con la situación en que se produce, estimada desde la perspectiva de determinados valores o normas subjetivas. Debe observarse que los procesos sociales, como todos los demás procesos, consisten en cambios de estructura y que la estructura social, como cualquier otra, es permanente solo de un modo relativo. (...) también se emplea para designar las situaciones en que el proceso se produjo y se está produciendo, abstraídas en un momento dado de la multiplicidad espaciotemporal; algo así como una instantánea (...). Todo proceso social tiene cuatro formas posibles: 1) interpersonal, 2) de persona a persona, 3) de grupo a persona y 4) de grupo a grupo.

Esta definición me es útil pues considera varios elementos indispensables en mi investigación, como la existencia de una constante o dirección que en este caso es la atención que se brinda por parte de los prestadores de servicios de salud a las usuarias y la situación de violencia que caracteriza la situación en la que se encuentran estas últimas. También existe una dirección a la que se orientan las etapas del proceso que es “el alta”. En cada una de las instituciones o niveles los prestadores de servicios esperan que simplemente se transite. Asimismo, la definición contempla una acción e interacción dentro en un contexto determinado que también particulariza y hace único cada proceso.

Diversos autores utilizan el concepto de proceso para el análisis del proceso salud-enfermedad-atención, entre el que destaca Menéndez (2003), quien se centra en el análisis de procesos de atención y en donde la participación de los sujetos dentro de dicho proceso es elemental, dándole así un papel primordial a la agencia que los sujetos tienen dentro de los procesos. Finalmente, aunque este concepto conlleva la existencia de niveles o “pasos”, estos no tienen por qué ser consecutivos o lineales y cada uno puede subdividirse en otros múltiples o agruparse dependiendo sea el caso.

El análisis que se hace de cada etapa del proceso, si bien fragmenta las trayectorias, se hace con el único objetivo de deconstruir aspectos que parecen naturalizados pero cuyo análisis y explicación está dentro de una lógica de conjunto, en una interrelación global. Así, relacionándolo con su contexto determinado, identificar porque se dan deficiencias y negligencias en la atención, y, finalmente, comprender actitudes de violencia simbólica que pueden pasar inadvertidas o diluirse con un análisis más general.

1.5.2 Interacción

Para poder acercarme al proceso de atención e intentar entender cómo funciona, tuve que partir de considerar dicho proceso como una interacción donde es fundamental tomar en cuenta las relaciones y experiencias de las partes. Como hemos visto en el estado de la cuestión, diversos estudios se han interesado en la relación médico-paciente y han superado el enfoque interpersonal abordando dicha relación como parte de un sistema social, viendo que está transverzalizada y sólo se entiende a través de un contexto cultural que define las reglas y determina el orden de la interacción. Así, concibo a través del concepto de interacción el contacto entre una usuaria y un médico.

Erving Goffman (1991), considera que la interacción es una práctica social que se da cara a cara, circunscrita en un tiempo y un espacio. Él argumenta que cuando interactuamos estamos expuestos a otro y en presencia de ese otro nos encontramos vulnerables a que las palabras, los gestos y las acciones traspasen nuestras barreras y rompan el orden expresivo que esperamos que tengan, por lo que toda interacción trae consigo riesgos y posibilidades.

Para Goffman todos somos actores que actuamos y/o representamos un papel determinado dependiendo la circunstancia. La realidad está integrada por momentos pasajeros de construcción social que desaparecen cuando termina la representación (Caballero, 2006). Sin embargo, toda interacción -representación frente a un otro individual o grupal- conlleva un orden. Esto es porque la dramaturgia es un ritual que crea un sentido de realidad compartida que no es forzosamente efímera y va creando símbolos sociales llenos de fuerza moral. El orden de la interacción de Goffman (2001) es un área de actividad, una forma específica en la que se dan la interacción social en co-presencia y donde intervienen una serie de factores externos, estructurales, condicionales, interpersonales (expectativas y objetivos). Es decir, que por orden de la interacción podemos entender “el resultante de varios sistemas para facilitar las convenciones, en el mismo sentido que las reglas de un juego, las normas del tráfico o la sintaxis de una lengua” (Goffman, 1991:179). Así, en el hospital podemos encontrar diversas formas en las que se dan las interacciones y tienen diversas características (jerárquicas, efímeras o no, etc.) dependiendo de la situación que se presente o el lugar en el que se esté.

La interacción cara-a-cara no sólo está limitada en el espacio y en el tiempo, sino que está fundamentalmente determinada por las exigencias de la misma situación de co-presencia (Caballero, 2006:140). Esto aunado a que los individuos llegan a cualquier situación concreta de co-presencia “llevando una biografía previa de tratos anteriores con otros participantes...”, así como “con una amplia gama de supuestos culturales que se presumen compartidos” (Goffman, 1991: 4).

El interaccionismo de Goffman reconoce un aspecto estructural que influye pero no es determinante, por el contrario, los sujetos tienen agencia, son actores que influyen constantemente en las estructuras. Menendez (1994), inspirado en Goffman, le otorga un lugar fundamental a la interacción y además considera que la descripción y el análisis del campo relacional deben tomar en cuenta las características “propias”, pero sobre todo, deben enfocar su mirada sobre el sistema de relaciones construidas que constituyen una realidad diferente del análisis aislado de cada una de las partes.

A pesar de que es Goffman quien marca la guía para el análisis de mi etnografía, la interacción y lo relacional de la teoría de Strathern (2006) han influenciado fuertemente la manera en la que concibo a los sujetos que intervienen en el proceso de atención. El énfasis que le da a lo motivacional (lo que lo mueve) en la persona, la concepción de persona relacional (que no sólo se construye a través de las relaciones sino que *es* sus relaciones), me han dado luces para abordar los testimonios de mis informantes. Asimismo, la crítica que le hace a la antropología como traductora incansable de conceptos intraducibles, la implantación de nuestras concepciones a nuestra etnografía, me ha motivado a emprender una tarea difícil que es intentar partir de la etnografía y ver qué nos dice, así como a estar atenta a los juicios y categorías que aplico a mi información.

Acercarnos a la interacción médico-paciente como eje fundamental para entender el proceso de atención a mujeres en situación de violencia, como ya hemos visto, es también tomar en cuenta la serie de factores que influyen en ella, factores externos que la delimitan y la constriñen.

1.5.3 El concepto de víctima

En los últimos años el término víctima ha comenzado a cuestionarse pues consideran diversos autores que esta palabra quita la agencia de los sujetos. Sin embargo, otros autores consideran que el concepto cuenta ya con un posicionamiento que es útil que para fines políticos. Ante esto, se ha comenzado un proceso teórico de *desvictimización* que ha implicado una crítica, que para ciertos investigadores, no persigue la erradicación total del concepto, pero sí la creación y/o diversificación de calificativos para referirse al rol de las personas que viven en situación de violencia los cuales cuentan con un aspecto más relacional y dinámico, así como el uso moderado del concepto con fines estratégicos.

Rodríguez (2008) considera que el término *víctima* oculta realidades diversas y sentidos contrapuestos que tienen repercusiones en diferentes ámbitos (como el político o el social). Así, es necesario prestando atención a la relación con el otro que sufre se debe construir contribuir al desarrollo de fortalezas que protejan de nuevas afrentas, con acciones que respeten aspectos sociales y culturales sin aumentar el daño. En este sentido, menciona

el autor, existen quienes evitan el término para no estigmatizar a las personas en función de sus vivencias y de desestimular la posición pasiva que se produce, pero también hay quienes

defienden el uso de la designación de víctima como una forma de resistencia activa, de ejercicio de derechos civiles con el fin de evitar la impunidad y la desmemoria, reconociendo y reconociéndose no solo en el sufrimiento, sino también y especialmente en la condición de actores sociales –por tanto, sujetos de derechos–, en procura de que se haga justicia, se reparen los daños ocasionados y se garantice la no repetición de las violaciones(Rodríguez, 2008:37).

Ante lo que considero como un cuestionamiento oportuno, en el presente trabajo se intenta sustituir, la mayoría de las veces, el término víctima por *mujer en situación de violencia* para designar la posición y dicho rol.

1.5.5 Violencia institucional

Las deficiencias y negligencias existentes en la atención que se le da a la mujer que ha sufrido violencia y que se presenta ante una institución de salud para recibir atención médica debe ser analizada como *violencia institucional* para así comprender el fenómeno de manera estructural y no coyuntural, tanto porque no se trata de actos o hechos aislados como porque no son simplemente interacciones individuales (individuo-individuo), sino que, como ya hemos mencionado, dependen de diversos factores externos a ellos, mecanismos y procesos estructurales que influyen en la atención¹¹.

La violencia institucional puede ser definida como un quebrantamiento constante de los derechos humanos por parte de las instituciones con diversas expresiones, aunque este no constituya un acto intencional de éstas (Pamplona, 2006). Según la LGAMVLV, se entiende como violencia institucional contra las mujeres “los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar,

¹¹ Como mencioné en el apartado anterior, la interacción está marcada por un orden, una manera en la que se da la interacción. En instituciones como los hospitales son “entornos conductuales que sustentan un orden de interacción que se extiende en el espacio y en el tiempo más allá de cualquier situación social concreta que en ellos se dé” (Goffman, 1991:178). Dicho orden puede subvertirse constantemente, sin embargo pueden identificarse unas formas o lineamientos pre-establecidos que delimitan la interacción y la atención.

obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”¹².

Algunas de las principales causas para la existencia de la violencia institucional es la disociación entre leyes/ instituciones y prácticas institucionales, así como la desinformación de la población sobre sus derechos y obligaciones (Pamplona, 2006). En México, uno de los lugares idóneos para observar la existencia de este tipo de violencia es el hospital y dentro de él las áreas de atención son los lugares donde más se evidencia la violencia de género institucional.

En estas áreas los roles de género y las jerarquías se evidencian puesto que podemos ver cómo el rol de enfermo es un rol dependiente que necesita los servicios técnicos de un “experto calificado” para ayudarlo (Parsons, cit. por Pamplona, 2006). En el análisis de los roles y de la atención que se da en los servicios médicos podemos ver cómo la relación médico-paciente está concebida y mediada como una relación de poder, así como la conformación misma de la medicina y del hospital el cual puede ser entendido como un campo de poder. De esta forma, la relación de poder entre médico y paciente se legitima en el hospital y a través del análisis de esta relación.

Asimismo, en el análisis de esta relación o tipo de interacción podemos acercarnos al cómo la experiencia clínica y la medicina hospitalaria son estructuras en las que se cristaliza la violencia institucional.

Una clasificación útil para entender mejor el fenómeno de la violencia institucional que sufren las mujeres dentro de los hospitales es la que dan Bertino y Costa (2007), quienes agrupan en tres categorías los tipos de violencia institucional: la violencia en la relación usuaria-*sistema* de salud; la violencia en la relación usuaria-*institución* de salud y la violencia en la relación usuaria-*profesional* de salud.

¹² Título II, Capítulo IV de Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de febrero de 2007, última reforma 20 de enero de 2009, México.

La primera está relacionada con la negación total o parcial de acciones médico sanitarias, es un tipo de violencia relacionada con el sistema de salud en donde encontramos negligencia, en máximo grado de omisión o la inexistencia de servicio. La segunda está más relacionada con las rutinas institucionales presentes desde el momento de admisión de las pacientes. Se argumenta que en muchas de estas rutinas se acaba despersonalizando a la mujer –aunque considero que es esta una característica general de los servicios de salud y se aplica a todos los usuarios- ignorando las rutinas de vida donde las individuales no son consideradas, tornándose la mujer propiedad del equipo de salud. Finalmente, en la tercera, podemos encontrar que en la relación usuaria-profesional de salud existen relaciones de poder jerarquizadas. En esta relación el cuerpo de la mujer es considerado objeto de trabajo, se espera de la mujer una actitud pasiva- receptiva.

A través de éstas divisiones explica cómo las prácticas médicas son un ejercicio de poder pues posicionan a las usuarias como “pacientes” y a los prestadores de servicios como “profesionales/especialistas de la salud” (Bertino y Costa, 2007). Dentro de este marco de lo que se concibe por violencia institucional es una de las líneas bajo las que se ubica mi investigación.

1.5.6 *Habitus y habitus médico*

Como esboqué en el apartado anterior, uno de los aspectos que respalda la jerarquizada relación médico-paciente y que resulta indispensable tomar en cuenta en esta investigación y en cualquiera que aborde la atención a víctimas de violencia en hospitales, es la del *habitus*, concepto que Bourdieu define como

un sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir (Bourdieu, 1972: 178).

En otras palabras, es un conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Castro (2010), hace una apuesta mayor y basándose en el concepto de Bourdieu concibe el concepto de habitus médico, el cual define como:

el conjunto de predisposiciones incorporadas -esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales -que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano (2010:59).

Este concepto nos ayuda a entender cómo se dan cotidianamente las relaciones de desigualdad entre médico-paciente, la violencia simbólica y la violación del derecho a acceder a los servicios de salud y a reclamar una atención médica de calidad. Además, nos permite ver cómo al ser concebidos como profesionales y pacientes, y no como prestadores de servicios y usuarias de los servicios, se jerarquiza poniendo a las pacientes por debajo de los médicos, desfavoreciendo el acceso a los servicios médicos como un derecho ciudadano.

1.5.7 Género

Para acercarnos a la violencia que se ejerce en contra de las mujeres-usuarias ya sea por parte de la institución como por sujetos específicos, es necesario definir la violencia y enmarcarla dentro de una perspectiva de género que nos permita un análisis completo de las relaciones de poder existentes intergeneracionalmente.

Al género lo podemos definir, a grandes rasgos, como la construcción cultural de la diferencia sexual (Lamas, 2000). Según la definición de Joan W. Scott, el género es “el elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y, a la vez, una forma primaria de relaciones significantes de poder” (1996). La definición de Scott nos ayuda a comprender cómo el género está implicado en la construcción y producción del poder. Es así que las estructuras sociales se erigen sobre y sirven para perpetuar patrones de desigualdad entre hombres y mujeres que se cubren con un manto de inevitabilidad. “La ideología de la supremacía masculina se toma como algo inmutable y permanente, pero sobre todo natural” (Torres, 2004: 20). Lo anterior es resultante, según Bourdieu (2000), de la visión androcéntrica que se ha impuesto como neutra y sin necesidad de ninguna justificación, dentro del orden social y simbólico de todas las cosas. El género está implicado entonces “en la concepción y construcción del poder mismo (...) no como un poder centralizado, monolítico y únicamente represivo, sino como redes de acciones y resistencias” (Millán, 1999: 25).

1.5.8 Dominación masculina

Según Bourdieu, la dominación masculina es la preeminencia universalmente reconocida a los hombres, la cual se afirma en la objetividad de las estructuras sociales y de las actividades productivas y reproductivas, y se basa en una división sexual del trabajo de producción y de reproducción biológico y social que confiere al hombre la mejor parte, así como en los esquemas inmanentes a todos los hábitos (1999:49). Así, el orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina.

Aunque coincido con esta definición, considero necesario puntualizar que dicha definición es aplicable y útil para explicar el fenómeno en el contexto que aquí se plantea, pues como Yanagisako y Collier (1987) consideran, no podemos exportar nuestros conceptos a otras culturas.

Feministas y antropólogos, todos occidentales y utilizamos nuestras dicotomías que establecen fronteras entre cultura y naturaleza, espacio público y privado, dominación y subordinación, hombre y mujer, sujeto versus no sujeto, victimario y víctima (...) estas clasificaciones dicotómicas y articuladas dicotómicamente expresan profundamente una cosmología occidental moderna (Strathern, 1988, cit. por Machado, 2010).

Es por lo anterior que el concepto de dominación masculina definido por Bourdieu lo entenderemos como aplicable a la investigación que aquí se expone, en un contexto político, social y cultural muy particular.

1.5.9 Violencia de género-violencia contra las mujeres

Definir “violencia de género” ha representado para mí un arduo trabajo de reflexión e investigación ya que durante mucho tiempo no pude concordar con la mayoría de las definiciones que de ésta se daban. Mi descontento surge principalmente por la discordancia entre la definición de género que concibo y las definiciones de violencia de género existentes. Es decir, si concebimos el género como la construcción cultural de la diferencia sexual (Lamas, 2000), como una forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott,1986), que se expresa en la supremacía masculina sobre lo femenino (Torres, 2004), no tenemos que reducir la violencia de género a aquella que ejercen hombres en contra de

las mujeres, pues dejaríamos fuera la violencia que se ejercen en contra de homosexuales, transgénero, (por mencionar sólo dos ejemplos) o hasta la violencia que ejercen hombres contra hombres que por razones de género. Ya que, como diría Castro (2011), “la discusión en torno al género parece inconexa”.

Así, entre las principales deficiencias que encontraba destacan dos: la equiparación de violencia de género con violencia contra la mujer y la incapacidad de salir de la dicotomía hombre mujer e incluir otros sujetos.

En el primer rubro, encontramos definiciones (muchas de ellas oficiales) que conciben a la violencia de género como “El tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier mujer por el mero hecho de serlo, teniendo ésta distintas manifestaciones” (Estibaliz, 2011).

O la definición dada por la Asamblea General de la ONU en 1993 que la define como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

En estos dos ejemplos podemos ver que se confunde violencia de género con violencia contra la mujer y no toman en cuenta que esta última es sólo una de las múltiples violencias que la violencia de género envuelve. Sin embargo, es necesario aclarar que son las mujeres las que suelen ser las principales víctimas de tal violencia. Pues la violencia de género incluye todos los tipos de violencia que puede recibir una mujer por el sólo hecho de ser mujer, y puede presentarse en cualquier etapa del ciclo de la vida de las mujeres (Saucedo, 2003).

Algunas de la definiciones más cercanas al concepto de género continuaban mostrando una imposibilidad para salir de la dicotomía hombre mujer y mostrar una relación más entre géneros (masculino-femenino) que entre construcciones o sujetos. Es decir, que equiparar y dicotomizar masculino con hombre y femenino con mujer deja fuera una gran

mayoría de sujetos que no entran dentro de estas polarizaciones, como mujeres masculinizadas, hombres feminizados, transexuales masculinos y femeninos, entre otros.

Entre este otro tipo de definiciones podemos encontrar la dada por el Grupo Integral de Género del Sistema de Naciones Unidas en México, que la define como “Cualquier violencia ejercida contra una persona en función de su identidad o condición de género, sea hombre o mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”¹³.

O la dada por Ward (2002, cit. por Castro, 2011):

“Cualquier daño a otra persona perpetrado contra su voluntad, que tiene un impacto negativo sobre su salud física o psicológica, sobre su desarrollo y sobre su identidad, y que es el resultado de las desigualdades genéricas de poder (*gendered power inequalities*) que explotan la distinción entre hombres y mujeres, en hombres y mujeres”.

En éstas, pese a que parece superarse la visión legal o de salud en la que otro tipo de definiciones de violencia de género están atrapadas y que incluyen la categoría persona en lugar de mujer, siguen estando atrapados en la dicotomía hombre mujer.

En el otro polo podemos encontrar autoras como Machado (2010) que intentando salirse de estas limitaciones de la definición de violencia de género, propone utilizar el concepto de *género de la violencia* para incluir en este una multiplicidad (infinitud) de formas de violencias. Ella considera que el género, al atravesar todas las esferas de la vida social y al ser el elemento constitutivo de las relaciones sociales, atraviesa todo tipo de violencia, es decir, que la violencia está *generizada*.

La propuesta de Machado es importante para pensar la relación violencia y género en otro nivel. Sin embargo, considero que este enfoque carece de una perspectiva práctica que nos permita acercarnos al análisis de un fenómeno en específico.

Ante el descontento y las limitaciones a las que me enfrento (temporales, geográficas, idiomáticas, entre otras) para encontrar una definición útil, propongo una definición, más como un ejercicio reflexivo que como una definición acabada y completa. No obstante, es necesario aclarar que dicho ejercicio no tiene miras a lo universal, pues “el concepto de violencia de género solamente podría ser aplicado adecuadamente en occidente

¹³ Versión digital accesible en la URL: <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/ViolenciaDeGenero.pdf>.

porque es creación de occidente” (Machado, 2010:95). Así, concibo a la “violencia de género como”: *cualquier tipo de daño que se ejerce a otra persona contra su voluntad y que es el resultado de las desigualdades genéricas de poder que ubican/posicionan al género femenino subordinado al masculino.*

Tras este ejercicio hago un acercamiento al tipo de violencia en la que esta investigación se enfoca: la violencia contra las mujeres como parte de la violencia de género. La violencia contra las mujeres es resultado de la dominación masculina expresada en el sometimiento social, histórico y cultural del que han sido víctimas. A la violencia contra las mujeres es necesario enmarcarla dentro de una perspectiva de género para que esto nos permita un análisis completo de las relaciones de poder existentes intergenéricamente y concebir las relaciones entre médicos(as) y usuarias dentro de este marco epistemológico.

La investigación que aquí se plantea tiene como objetivo rastrear, investigar y analizar cómo se da el proceso de atención a mujeres en situación de violencia intrafamiliar y sexual en el Hospital General de Cuautla “Mario Belauzarán Tapia”, para detectar e identificar qué tipo de obstáculos son los que impiden la aplicación de las normas vigentes en materia de atención mujeres que han sufrido violencia de género. Para alcanzar este fin considero necesario:

1. Analizar cómo es que en el Hospital General de Cuautla se identifica a las mujeres que se encuentran en situación de violencia y qué tipo de atención se les brinda.
2. Conocer cómo se han aplicado, en dicho hospital las normas oficiales (NOM-190-SSA1-1999 y su modificación la NOM-046-SSA2-2005) que marcan los criterios para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Identificar los obstáculos que existen para su puesta en práctica y logros que se han obtenido. Identificar a los actores que intervienen en el proceso de atención a víctimas de violencia y las funciones que realizan y ubicarlas en niveles que me permitan diferenciar entre lo que se debe hacer y se hace.

3. Conocer si el personal médico recibe capacitación para identificar casos de violencia de género entre las usuarias e identificar cómo han adaptado esto a su rutina diaria.
4. Situar y describir las prácticas y las actitudes del personal del hospital en relación con el orden de género en términos de propensiones, resistencias y otras expresiones del *habitus médico*.
5. Conocer las estrategias y actitudes que tienen las víctimas, a través del grupo de mujeres que se reúnen los viernes, en el hospital y frente al personal médico y solicitan los servicios de salud.
6. Señalar coincidencias y disparidades entre el discurso de las víctimas y el institucional representado por el personal sanitario, sobre aspectos relacionados con la atención hospitalaria.
7. Contextualizar los testimonios de los informantes, para conocer cómo es que un escenario delimita su discurso y sus acciones.
8. Conocer cómo funciona el departamento de violencia intrafamiliar que se encuentra dentro del hospital, las acciones que realiza, sus logros y limitaciones.

La hipótesis de la que parte este trabajo es que el orden médico y el orden de género imperante son determinantes a la hora de entender el proceso de atención a las mujeres maltratadas, las actitudes adoptadas por médicos y el personal que interviene en la atención que se les brinda dentro del hospital, así como también nos ayudan a comprender las acciones de las propias víctimas frente a esta atención.

Parte de esta hipótesis es considerar que las instituciones generizadas, el sistema médico, la medicalización, los estereotipos y roles de género, la dominación masculina a través de sus diferentes expresiones como la violencia simbólica, entre otros, son elementos que intervienen en la relación entre prestador de servicios y usuarias, influenciando y delimitando la calidad de la atención. Dichos elementos van más allá de responsabilidades individuales ya que la violencia institucional y de género es estructural, aunque se expresa

en actos, discursos y representaciones concretas que al analizarse, nos permiten acercarnos a la manera en la que se construye y reproduce la violencia.

1.6 Unidad de Observación (justificación de elección)

Como ya se ha mencionado, es el Hospital General de Cuautla “Mario Belauzarán Tapia”, mi unidad de observación. La principal razón por la que elegí este hospital para realizar mi investigación es que era el único hospital en el estado de Morelos que contaba con un grupo de terapia grupal para mujeres que sufren violencia intrafamiliar. Y aunque en los demás hospitales del estado tienen un departamento de violencia intrafamiliar (VIF), las consultas se realizan de manera privada e individual por lo que me fue imposible obtener un permiso para presenciarse y/o entrevistar a quienes acuden. Sin embargo, el hospital de Cuautla brinda, además de la terapia individual a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, terapia grupal, modalidad en la cual se me dio permiso para asistir desde mi investigación exploratoria en 2010, tanto por parte de las integrantes como de las coordinadoras. Asimismo, el hospital cuenta con un vínculo institucional con uno de los tres refugios para mujeres en situación de violencia existentes en el estado de Morelos. Estas características son idóneas para el presente proyecto y me permitirán dar un seguimiento completo al proceso de atención que da un hospital a mujeres en situación de violencia.

1.7 Población

Las personas que me acompañaron en este proyecto con sus testimonios y experiencias y que para fines metodológicos constituyen la población de estudio son:

Cuatro mujeres que en situación de violencia acudieron al hospital: dos integrantes del grupo de terapia grupal del departamento de violencia familiar del Hospital General de Cuautla, una usuaria que acudió a dicho hospital y con quien coincidí durante mi trabajo de campo y una mujer canalizada por el hospital al refugio “El vuelo de las mariposas” ubicado en Cuautla, Morelos.

24 trabajadores del Hospital general de Cuautla y que intervienen en el proceso de atención a mujeres en situación de violencia a quienes realicé entrevistas simiestructuradas:

9 médicos adscritos al área de urgencias, 4 ginecólogos, 6 recepcionistas, 2 auxiliares hospitalarios, 1 trabajadora social y las 2 integrantes de departamento de violencia familiar (Trabajadora social y sicóloga).

Personal de otras instituciones que intervienen en el proceso de atención a víctimas de violencia: personal del CAER (la directora, la psicóloga, y el abogado), la directora del Refugio y la trabajadora social del centro SYGUE.

Es importante señalar que cada entrevista está respaldada por un consentimiento escrito de las personas, asimismo, todos los nombres fueron cambiados por pseudónimos escogidos por ellos mismos o asignados por mí para protección de los informantes.

1.8 Metodología

La investigación que se presenta parte de una mirada antropológica que se enfoca en las prácticas, discursos y significados culturales y simbólicos relacionados con la violencia de género.

Debido a que el objetivo de la investigación fue el seguimiento del proceso de atención a mujeres víctimas de violencia de género, y con ello la exploración de los significados y prácticas en torno a este tipo de violencia tanto del personal médico como de las víctimas, el enfoque metodológico fue cualitativo-interpretativo ya que es el que me permitió un mayor grado de profundidad y riqueza de información. Este enfoque me permitió además, explorar significados y visibilizar aspectos que parecían no relevantes. La explicación interpretativa según Geertz (1994) centra su atención en el significado de las instituciones, acciones, imágenes, expresiones acontecimientos y costumbres.

Partiendo del enfoque mencionado, el trabajo echa mano del análisis interpretativo etnográfico y del análisis del discurso, de los que me sirvo para abordar los testimonios de mis informantes y acercarme las percepciones sobre el proceso de atención y la interacción q en dos niveles distintos, lo que ellos dicen y lo que yo observo y/o interpreto de lo que ellos dicen. Las técnicas que se llevaron a cabo para la recopilación de información fueron la observación participante y la entrevista semiestructurada. La observación fue una herramienta indispensable para la recolección de información sobre la distribución del

espacio físico y simbólico en el que se desarrollan e interactúan cotidianamente el personal médico y las usuarias, también sirvió para acercarme a algunas de las situaciones y problemas a los que se enfrenta diariamente el personal médico, así como las estrategias que llevan a cabo para resolverlos. Por su parte, la entrevista tuvo como principal objetivo darle voz a los sujetos de estudio y acercarme a las percepciones que tienen alrededor de la violencia de género y a sus experiencias en la institución de salud: su propia versión del proceso de atención, sus experiencias frente a estos casos, sus motivaciones para la acción, la interacción entre usuarios y personal de salud, entre otras.

Elegí específicamente la entrevista semiestructurada (cuyos guiones se pueden consultar en el anexo 1) porque como dice Vela (2001), estas entrevistas son adecuadas para interrogar a administradores, burócratas o miembros de élite de alguna comunidad, personas que tienen poco tiempo o que están acostumbradas a usar eficientemente su tiempo, lo cual corresponde a las características del personal médico y del administrativo. El objetivo fue acercarme brevemente -por el tiempo que disponen para brindar una entrevista- a la vida cotidiana del hospital desde distintos enfoques, así como conocer algunas de las experiencias que han vivido con mujeres en situación de violencia intrafamiliar y que acuden a ese hospital a solicitar servicios de salud. Esta técnica también ayudó a mantener la conversación sobre un tema en particular, pero dio la suficiente libertad y espacio al informante para propiciar una buena discusión.

La entrevista semiestructurada también se aplicó a dos integrantes del grupo de mujeres de terapia grupal con el objetivo de conocer sus experiencias como usuarias de dicho hospital y algunas de sus experiencias con el personal médico. La razón por la que utilicé esta técnica con esta parte de mi población de estudio fue que son mujeres que cuentan con poco tiempo, ya sea porque sus esposos no las dejan salir mucho tiempo o porque sus múltiples actividades les impidieron darme un tiempo aparte. Así, entrevistarlas significaba que se salieran de su sesión grupal, por lo que una entrevista con una mayor profundidad era y tampoco la consideré necesaria para la presente investigación.

El trabajo de campo de esta investigación se realizó en dos periodos, uno intensivo y otro esporádico. Durante el primero, que se llevó a cabo de junio a julio del 2011, se realizó

tanto la observación participante -en donde elaboré un pequeño registro en un diario de campo de acciones, actitudes, conversaciones informales que logre captar entre algunos miembros del personal que labora en el hospital, de los usuarios y usuaria- así como entrevistas al personal médico. En el periodo esporádico, que comprende de agosto del 2011 a marzo del 2012, continué manteniendo contacto con el personal del hospital, hice segundas entrevistas a las integrantes del Programa de Violencia Familiar, realicé las entrevistas a las usuarias y asistí a un par de sesiones de la terapia grupal.

Capítulo 2. Contexto

Según Calsamiglia (2007) el contexto nos aporta datos sobre el cómo comportarnos de forma adecuada. El contexto, según esta autora, también se puede crear a través del discurso mismo con la ayuda de factores de contextualización, es algo dinámico que quienes participan en un intercambio comunicativo tienen que ir construyendo.

Así, podemos identificar dos tipos de contexto en nuestros datos: uno está marcado por las características del lugar (hospital), lo que nos ayuda a entender por qué los informantes se refieren a la gente o al lugar mismo de determinada manera, y el otro es el contexto que influye sobre un orden más simbólico relacionado con su educación personal y profesional, con su construcción de género, su manera de ejercer la medicina, de interactuar con el otro, etc.

El hospital como escenario y parte del contexto, se delinearé mejor en el apartado de escenarios, pero a continuación intentaré ubicarlo dentro de un contexto más general, así como mostrar algunas de sus características y particularidades específicas que si bien son aludidas de diferentes formas a lo largo de las entrevistas, considero preciso señalarlas de manera general, para después entenderlas mejor en el análisis.

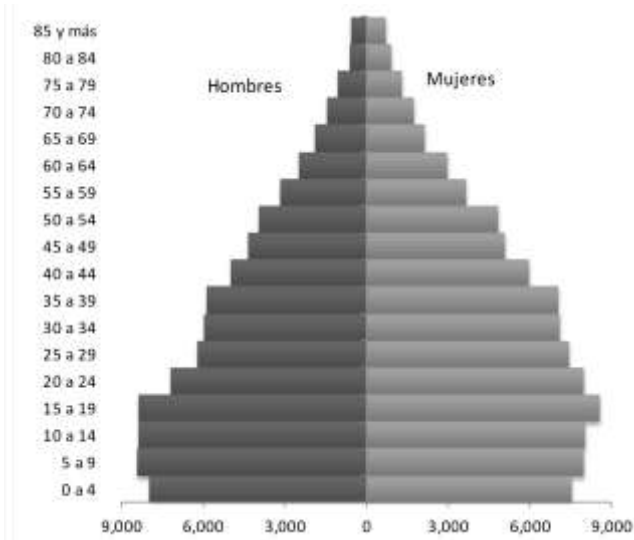
2.1 Características generales

El estado de Morelos es uno de los 31 estados que junto con el Distrito Federal conforman las 32 entidades federativas del país. Se localiza en el centro del territorio nacional, colinda al norte con el Distrito Federal, al noreste y noroeste con el Estado de México, al sur con el estado de Guerrero y al oriente con el estado de Puebla.

Morelos se encuentra constituido por 33 municipios, de acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, en el estado residían un millón 777 mil 227 personas, de las cuales 51.7 eran mujeres. La presencia de la población rural del estado muestra que 16.1 por ciento de la población vivía en localidades de menos de 2 500 habitantes.

Se puede afirmar que Cuautla es la segunda ciudad más importante del estado después de Cuernavaca, la capital, por su número de habitantes, el censo 2010 reportó a 175 mil 207, de los cuales 52.2 % eran mujeres y 47.8% hombres.

Gráfica 1. Estructura de la población de Cuautla, Morelos por edad y sexo, 2010¹⁴



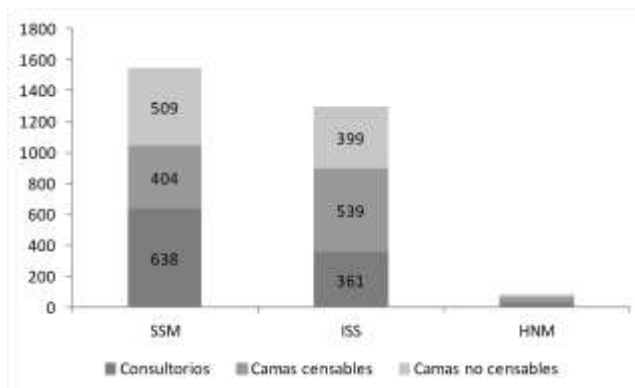
De acuerdo con los datos que reportan los Servicios de Salud de Morelos (SSM) con la información reportada al año 2010, la población del municipio de Morelos que no tenía derechohabiencia en ninguna institución de seguridad social (ISS) como IMSS, ISSSTE, Sedena, Pemex u otro, era de 60.9%. En el caso del municipio Cuautla este aspecto no es muy diferente, debido a que 56.8% no tenía derechohabiencia.

Además reportan los SSM que en el estado habían 295 unidades médicas, de las cuales 238 destinadas a ofrecer servicios a la población no derechohabiente, 56 correspondían a las ISS y un hospital del niño morelense (HNM). Aunque en apariencia las unidades médicas destinadas a la atención de la población no derechohabiente son por mucho más que las destinadas a la población derechohabiente, la infraestructura de tales unidades no lo es. Por ejemplo, de los 1,033 consultorios que hay en el estado 61.8% corresponden al SSM, 34.9% a las ISS y 3.3 por ciento al HNM; respecto al número de

¹⁴ Fuente: Inegi, Censo de población 2010. Cuestionario Básico. Consulta interactiva de datos. www.inegi.org.mx.

camas censables (973), las ISS tienen la mayoría (55.4%) y en cuanto al número de camas no censables (929) 54.8% son del SSM, 42.9% de las ISS y 2.3% del HNM.

Gráfica 2. Infraestructura en el sector salud de Morelos, 2010¹⁵



El municipio de Cuautla dispone de 13 unidades médicas: 12 son de consulta externa y un hospital general, llamado “Dr. Mauro Belauzarán Tapia”, el cual es el escenario de nuestra investigación.

El municipio cuenta con 38 consultorios de consulta externa, 27 corresponden a medicina general, dos de odontología y nueve son de otro tipo. El Hospital General “Dr. Mauro Belauzarán Tapia”, cuenta con 8 consultorios: uno de gineco-obstetricia, uno de medicina interna, uno de pediatría y cinco destinado a otro tipo de servicios.

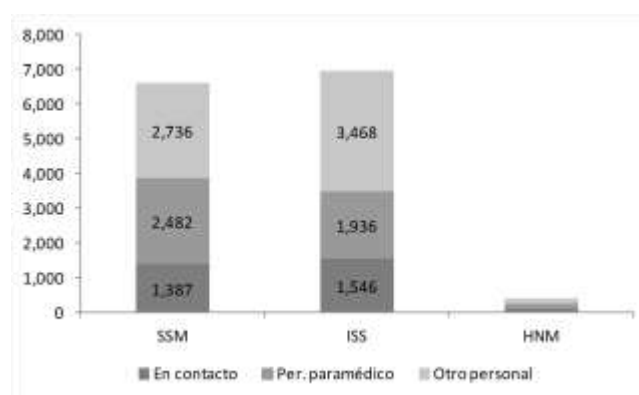
En las unidades de consulta externa de Cuautla, existen 19 camas no censables, las cuales se destinan en su totalidad a trabajo de parto, además se dispone de dos cunas para recién nacido. En el Hospital General del municipio existen 60 camas censables, donde 23.3% corresponden a pediatría, 21.7% a cirugía, 21.7% a gineco obstetricia, 16.7% a medicina interna y 16.7% a otra especialidad. Además el hospital dispone de 32 camas no censables, de las cuales 20 se destinan a urgencias, ocho a recuperación y cuatro a trabajo de

¹⁵ FUENTE: SSM. Servicios de Salud de Morelos. Información estadística. Página electrónica. www.ssm.gob.mx

parto. Las nueve cunas de que dispone el hospital se destinan al *Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN)*.

En lo que se refiere al total de recursos humanos en sector salud del estado, los SSM reportan que al 2010 habían 14,505 personas, de los cuales 6,843 eran parte de los SSM, 7,242 de las ISS y 420 del HNM. En la gráfica 3 se observa que en las ISS hay más personal contratado que en los SSM, además la distribución según tipo de personal presenta cambios que llaman la atención, en los SSM 37.6% es personal paramédico, 21% en contacto con el paciente y 41.4% es “otro personal”, que se refiere a administrativo, de conservación, intendencia, etc. Mientras que en el caso de las ISS 27.9% tiene personal paramédico, 22.2% en contacto con el paciente y 49.9% es “otro personal”.

Gráfica 3. Recursos humanos en el sector salud de Morelos, 2010¹⁶



En lo que se refiere al municipio de Cuautla, cuenta con 647 recursos humanos que pertenecen al SSM y que están en las unidades de consulta externa, 36 son médicos (de los cuales 35 están en contacto con el paciente), 86 son personal paramédico, 11 son personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y 514 de lo que se le denomina otro personal, que incluye personal administrativo, conservación, intendencia, archivo clínico, personal de oficinas centrales, jurisdiccionales y almacenes.

Según información de la página estadística del portal electrónico de los Servicios de Salud de Morelos, el Hospital Genral de Cuautla cuenta con 504 recursos humanos, 97 son

¹⁶ *Ibidem.*

médicos (81 están en contacto con el paciente), 239 son personal paramédico, 30 son personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y, 138 son otro personal.

Según un reporte que me fue facilitado por la Subdirección de Enseñanza de dicho hospital, hasta noviembre de 2010, el total de empleados asalariados inscritos (que en ese entonces eran 514, se encontraban divididos en un total de 42 áreas médicas. En la Tabla I. se encuentran desglosados las áreas y el total de empleados en cada una. En esta misma tabla he subrayado las áreas encargadas de brindar atención médica a usuarios, esto con el fin de tomar en cuenta el número real de prestadores de servicios de salud frente al número total de trabajadores.

Tabla I. Trabajadores por área

	Área	Personal	%
1	SERVICIOS GENERALES	56	11.0
2	URGENCIAS	55	10.8
3	HOSPITALIZACION	50	9.8
4	URGENCIAS	28	5.5
5	LABORATORIO	28	5.5
6	TOCOCIRUGIA	17	3.3
7	UCEN	17	3.3
8	QUIROFANO	15	2.9
9	CONSULTA EXTERNA	15	2.9
10	COCINA	14	2.8
11	GINECOLOGIA	12	2.4
12	PEDIATRIA	12	2.4
13	TRABAJO SOCIAL	12	2.4
14	ARCHIVO CLINICO	12	2.4
15	ANESTESIA	11	2.2
16	CAMILLERO	11	2.2
17	MANTTO. CONSERV.	11	2.2
18	ADM. HOSP. URG.	10	2.0
19	CIRUGIA	9	1.8
20	PEDIATRIA	9	1.8
21	ESTAD. PLANEAC.	9	1.8

22	REC. HUMANOS	9	1.8
23	SUBDIREC. MEDICA	8	1.6
24	RAYOS " X "	8	1.6
25	CHOFER	8	1.6
26	REC. FINANCIEROS	8	1.6
27	SUPERVISION DE ENF.	6	1.2
28	MED. PREVENTIVA	6	1.2
29	LAVANDERIA	6	1.2
30	TRAUMATOLOGIA	5	1.0
31	SUBDIR. ADMVA.	5	1.0
32	CEYE	4	0.8
33	FARMACIA	4	0.8
34	ENSEÑANZA	3	0.6
35	MEDICINA INTERNA	3	0.6
36	REC. MAT.Y ALM.	3	0.6
37	DIRECCION	2	0.4
38	JEFATURA DE ENF.	2	0.4
39	DISPLACIAS	2	0.4
40	BANCO DE SANGRE	2	0.4
41	ASESOR HOSPITALARIO	1	0.2
42	PATOLOGIA	1	0.2

2.1.2 Situación actual del hospital

A partir del 29 de noviembre del 2010 comenzaron trabajos de remodelación en el Hospital General “Dr. Mario Belauzarán Tapia”, cuyo objetivo fue la construcción de las siguientes áreas: fachada exterior, aislado y área de hospitalización, observación pediátrica, observación de adultos, sala de urgencias, consultorios de primer nivel, sala de parto, oficinas administrativas, área de apoyo, sala de recuperación postparto, sala de operaciones,

sala de recuperación postoperatorio, central de enfermería, sala colectiva de hospital, entre otras. Para dicha remodelación se destinaron 40 millones de pesos provenientes de los gobiernos federal, estatal y del Banco Mundial¹⁷. La remodelación se planeó concluir en 10 meses, sin embargo, a principios de 2012 cuando se concluyó este trabajo de campo, la obra aún estaba inconclusa y no se tiene idea de cuándo finalizará.



Es indispensable mencionar este factor, pues cómo se verá más adelante, es un elemento determinante que los prestadores de salud consideran necesario para que mejore la calidad de atención, ya que para los trabajos de remodelación el área de servicio se redujeron a una cuarta parte, lo cual impactó directamente a todas las áreas. Un ejemplo de ello son los consultorios de urgencias, que antes de la remodelación eran cuatro y durante ésta se redujo a uno dividido por cortinas en cuatro. En estas condiciones aspectos importantes para el/la usuario(a) como la privacidad y la confidencialidad han sido eliminadas.

¹⁷Anunciándose en el periódico que habían sido 50 millones los destinados a dicha obra <http://www.launion.com.mx/morelos/secciones/politica/item/252-arranca-el-gobernador-marco-adame-la-remodelaci%C3%B3n-y-ampliaci%C3%B3n-del-hospital-general-de-cautla.html>.

2.2 Escenarios

Por escenario entendemos la localización física. Calsamiglia (2007) considera al escenario como parte del contexto que es “el dónde de la situación”. Esta localización vista desde la óptica de dicha autora se puede distinguir a través de fronteras internas y externas, en donde las externas estarían representadas por las estructuras físicas, mientras que las internas serían los espacios simbólicos.

El Hospital. Ver al escenario desde la perspectiva de Calsamiglia nos ayuda a ubicar al hospital como una estructura física y simbólica -desde ésta última se delimitan muchas de las respuestas obtenidas de mis informantes. Es decir, que más allá de ser un espacio físico, el hospital es el lugar de trabajo de mis informantes médicos y el lugar donde “ayudan” a las usuarias. Las fronteras simbólicas indican que se debe decir a quién y cómo. Tomar en cuenta esto es importante para valorar las respuestas que obtuve. Dentro de lo que se puede llamar contexto de la situación (Calsamiglia, 2007) los médicos, personal administrativo del hospital y usuarios me dicen lo que ellos creen que deben decirme en ese espacio, lo que ellos consideran políticamente correcto por el lugar y la circunstancia en la que se encuentran -lo cual puede incluir un espacio para la denuncia, para el *deber ser* o el silencio.

En este aspecto, es importante mencionar cómo la remodelación del hospital se convirtió en el argumento recurrente de la mayoría de los profesionales de la salud para explicar la imposibilidad que tenían para actuar de una manera más adecuada y desenvolverse mejor profesionalmente. La remodelación fue tan frecuente en los testimonios como *motivo porque*¹⁸ que llegó a parecerme una coartada a la que acudían para evadir responsabilidades. Así, el escenario físico del hospital se terminó convirtiendo en un escenario en simbólico.

El hospital es el principal escenario. En él no sólo se dan las entrevistas con los médicos y encuentros con usuarios sino que los protagonistas existen a través del escenario, éste es quien lo define y lo caracteriza como médico, usuaria, víctima o enferma, el personaje adquiere relevancia en el relato y se delinea a través de este rol. Así, tanto la persona

¹⁸ A. Schutz considera que los *motivos porque* son aquellos que hacen alusión a acontecimientos pasados y le otorgan una explicación conciente desde la actualidad. Estos motivos permiten tomar distancia de la acción, evaluar acciones previas y buscan un rango de objetividad.

adquiere relevancia para el entrevistador desde su rol de médico o usuario dentro del hospital, como el hospital se convierte en figura abstracta indispensable para legitimar la práctica médica, pues es ahí donde se generan los vínculo entre roles y actores. Pimentel considera que algunos escenarios fungen como una prolongación, casi como una explicación del personaje (2010:79), lo que podríamos decir de éstos sujetos quienes son en gran parte por el escenario que habitan.

Los médicos que analizo al ser vistos como protagonistas, son personajes de un relato (la entrevista y el análisis mismo), pero también puede ser visto desde el punto de vista de Goffman como actor y “en el escenario, un actor se presenta como personaje a personajes representados” (1969:1) -en este caso mí intervención como un actor más dentro de la narración- y la entrevista que se realiza en el hospital, es el escenario que se convierte en un espacio real mientras dura la representación.

En el caso para algunos médicos el hospital adquiere una relevancia mayor pues se convierte en un personaje múltiple: 1) como figura abstracta podemos entender el lugar en donde asisten “pacientes” a solicitar servicios sanitarios, pero 2) en concreto el hospital se refiere a las instituciones donde laboran que puede ser el Hospital General y el Seguro Social o el ISSSTE escenarios que son comparados continuamente, en donde en resumidas cuentas uno tiene más recursos (humanos y materiales), así como una mayor organización interna que el otro (Hospital General) .

Recepción de urgencias. Considerado el lugar de primer contacto. Esté lugar significa para esta investigación el principio de todo el proceso de atención, ya que al ser el lugar donde los usuarios que acuden por una urgencia manifiestan por primera vez cual es la razón por la que asisten y/o la causa de su malestar, representa un lugar estratégico para detección de casos de mujeres en situación de violencia. Sin embargo, muchas veces es ignorado por autoridades, investigaciones, manuales y normas que menosprecian su importancia y el papel que desempeñan las (os) recepcionistas. Además de ser el lugar donde realicé todas las entrevistas a las personas encargadas de la recepción, resultó ser un lugar estratégico para la

observación, donde pude estar en contacto directo y espontáneo con situaciones y relaciones entre distintos actores.

Área de Toco: el nombre completo de esta área es Toco-Quirúrgica. Este sería una subescenario, pues forma parte o pertenece al hospital, en él se atiende a las mujeres embarazadas y donde se realizan, según el testimonio de ginecólogos, sólo cesáreas, legrados y trabajo de parto. Este escenario también es relevante en el contexto de la entrevista pues es ahí donde se realizó. Esta área está restringida y la interacción se da de manera exclusiva entre médicos ginecólogos y usuarias.

Consultorios de urgencia. Es el lugar donde se realizaron muchas de las entrevistas a los médicos, su principal particularidad es su estructura, que hace que no se pueda tener privacidad, esto no sólo es importante en el marco de la entrevista sino que nos habla del tipo de privacidad con la que cuentan las usuarias. Si ahí es donde atienden a todos los pacientes de urgencia, la falta de intimidad puede ser determinante para que una mujer en situación de violencia se sienta con confianza para hablar o expresar libremente las causas de sus lesiones. También el hecho de que la remodelación lleve tres años y que eso influya en la distribución espacial del hospital, nos habla de la falta de compromiso de las autoridades.

Ministerio Público. Considerado como un *lugar-mito* que conlleva al mismo tiempo un espacio y una acción. Este lugar es recurrente en todas las entrevistas que hice a médicos y personal administrativo del hospital, ya que forma parte de una acción de la que todos tienen conocimiento: llamar al Ministerio Público por cualquier herida dolosa. Este conocimiento es independiente de si se lleva a cabo o si en realidad sean ellos los encargados de hacer “la llamada”. Este escenario también podría ser considerado el espacio simbólico del *deber ser* para muchos de los actores, pero al mismo tiempo tiene otra carga simbólica pues es el espacio que en el discurso informal intentan evitar a toda costa los médicos, por los problemático que consideran es para un médico declarar, por los malos tratos que dicen recibir en ese lugar o porque pudiera verso como un lugar que los aleja de su zona de confort y dominio.

Departamento de violencia Familiar. A lo largo de todo el trabajo dicho departamento es citado constantemente y puede ser considerado como un *lugar-mito* a través del cual debería girar la atención de las mujeres en situación de violencia, pero, como veremos, esto es algo que pocas veces sucede.



Físicamente el departamento nunca ha tenido un espacio especial, asignado para él, sí existía un consultorio donde la psicóloga daba sus terapias. Con la remodelación ha sido transferido dicho consultorio a centro de salud del pueblo de Tetelcingo, reservándole dentro del hospital, para las funciones de oficina y atención a usuarias que requieren el servicio, una mesa entre las cajas de archivos y la bodega de bicicletas.

2.3 Norma Oficial Mexicana y Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género

En el año 2000, producto del contexto nacional e internacional que desde la década de los noventa se había estado gestando alrededor de los derechos de la mujer y la erradicación de la violencia de género y en donde México ratificó las convenciones y declaraciones internacionales para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres, la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, desarrolló el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar,

Sexual y contra las Mujeres¹⁹, con la finalidad de contribuir, desde este sector a la desnaturalización de la violencia, que convierte la violencia de género en algo incuestionable, y a reducir los daños que ésta causa en la salud de individuos, familia y sociedad (Secretaría de Salud, 2001: 15).

Entre los objetivos que dicho programa tiene están:

El diseño y conducción de las estrategias y acciones que desde el sector salud se desarrollen para prevenir, atender y limitar el daño asociado a casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

El establecimiento de los mecanismos de coordinación con el resto de las instituciones, de gobierno o de la sociedad civil, responsables o capaces de proporcionar otro tipo de servicios a las víctimas de violencia tales como asesoría legal, refugios, asesoría y apoyo laboral y procuración de justicia, entre otros. (Secretaría de Salud, 2001: 8)

El programa surge desde el sector salud ya que éste ha sido reconocido como un lugar estratégico para ofrecer atención a mujeres que necesitan ayuda; pues es un espacio donde se tiene la oportunidad de detectar casos de mujeres que no se atreverían a buscar ayuda. Así, es el personal de salud quien suele entrar primero en contacto con las mujeres que viven o han vivido situaciones de violencia. Por lo que, esta debería de ser una oportunidad de prevención, detección oportuna y atención de casos de violencia familiar.

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 y su modificación la NOM-046-SSA2-2005 han tenido por objeto “establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucradas en

¹⁹ El marco normativo que lo compone está integrado por tratados internacionales (Naciones Unidas en 1993, Beijing en 1995, Belem Do Pará en 1995, etc.), leyes (Ley General de Salud, Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, etc.), reglamentos (Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, etc.) normas (NOM-005-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, NOM-025-SSA2-1994, Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica, Norma Oficial Mexicana de la Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar, y acuerdos (Acuerdo del Consejo de Salubridad General, entre otros). Para más información acerca del marco normativo y planificación del programa ver <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7758.pdf>.

En el marco legal en el que se ampara el programa es por un lado la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (promulgada el 2 de febrero de 2007) y Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar y su modificación la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos” (CCNO del CJF, 2009: apartado 1). Dicha norma ha sido un elemento clave para la ejecución de las acciones del programa ya que es de “observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud” (CCNO del CJF, 2009: apartado 2), por lo que la Norma Oficial junto con manuales de capacitación se distribuyeron en todas las unidades de salud del país. Con ello se pretendía que los profesionales de la salud estuvieran capacitados para identificar casos de violencia, valiéndose de indicadores directos, y además para actuar como consejeros legales e incluso morales de los pacientes (Herrera, 2009:64). Además, se buscaba la prevención por lo que se incluía un método de tamizaje de rutina, que consistía en incluir unas preguntas sobre violencia conyugal en el interrogatorio de cualquier consulta normal. Para ello el programa incluía la sensibilización y capacitación del personal de salud, la instauración de un modelo integrado de atención y la puesta en marcha de campañas de información dirigidas a los prestadores de salud y al conjunto de la población (Herrera, 2009).

El programa primero se llamó Acción Mujer y Salud, en datos de la página web de la Secretaría de Salud²⁰ podemos encontrar que desde el 2000 el programa tuvo el nombre de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, sin embargo la Secretaría de Salud en el 2007 acuñó para dicho programa el nombre de Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género. Este nuevo giro pretendía no sólo un cambio en el nombre sino “reforzar las acciones hechas a través de nuevas estrategias y metas fundamentadas en la experiencia adquirida”.

El cambio de nombres no ha modificado mucho los planes de trabajo, al parecer se trata sobre todo de una acción determinada por un cambio de gobierno en un interés de apropiación del programa. Así, a grandes rasgos, el programa cuenta con unas líneas de intervención fundamentales que desde el 2003 se han establecido para alcanzar las metas que el programa y la aplicación de la norma persiguen: prevención, detección, atención y rehabilitación, siendo el área de atención su ámbito estratégico. Por ello ha sido

²⁰ Puede consultarse en www.salud.gob.mx.

indispensable “establecer equipos especializados de atención a la violencia en al menos cada uno de los hospitales: integrales y generales que tienen los Servicios Estatales de Salud” (Secretaría de Salud, 2008:47).

Cada hospital debe contar con al menos un equipo especializado que consiste en un psicólogo(a), una trabajadora social, una enfermera y un médico sensibilizado y capacitado en violencia familiar y de género. Dependiendo de la demanda de atención que se vaya estableciendo en los servicios sería necesario ampliar el número de equipos para la atención especializada a la violencia (Secretaría de Salud, 2008:47)

2.3.1 El Programa de violencia familiar; unidad Cuautla, Morelos.

Según la psicóloga encargada del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género de la unidad establecida en el Hospital General de Cuautla, el programa se estableció en el estado de Morelos desde 2003. Empezó como un programa piloto que fue aplicado en sólo algunas entidades, entre ellas Morelos. En esa primera etapa el proyecto sólo incluía la existencia de psicólogos en los hospitales. Los hospitales de Cuernavaca, Tetecala, Jojutla, Cuautla y Axochiapan, hasta que en el 2007 fue que se amplió y “comenzaron a contratar a trabajadoras sociales, después abogados, después médicos...” (Tania, 03/12). Sin embargo, con dicho auge comenzó un rápido declive que tras unos años (en el 2010) significó la eliminación del servicio médico. “Querían que tuviera una misma productividad de los centros de salud, entonces, pues no. Obviamente no alcanzamos la misma productividad de consultas diarias y nos quitaron el presupuesto para los médicos” (Tania, 03/12).

Así, el compromiso con la erradicación de la violencia familiar y de género que anunciaba el Programa de Acción para implementar el Programa de la Secretaría de Salud en el 2007 ha ido diluyéndose con los ajustes presupuestales destinados a dicho programa, ya que este tipo de programas carecen de reglas y de presupuesto fijo, lo anterior lo confirma la encargada del programa cuando menciona que desde hace un año el presupuesto destinado al programa se ha reducido: “Desde el año pasado trabajamos con menos presupuesto y este año mucho menos. Nos subieron las metas y nos bajaron el presupuesto (...) Al parecer es a

nivel federal, inclusive en todos los estados se bajó el presupuesto al programa” (Tania,01/12).

Pese a los recortes presupuestales que ha tenido el Programa las unidades establecidas en los hospitales del estado de Morelos han seguido trabajando, realizando -bajo sus parámetros- acciones de prevención y atención a la violencia contra las mujeres.

Según la información obtenida por las integrantes del Programa en Cuautla, en un principio se brindaba atención a niños que sufrían violencia familiar y atención psicológica a hombres violentos²¹, pero se fue priorizando la atención para mujeres mayores de 15 años que vivieran en situación de violencia, refiriendo los otros casos a unidades especializadas que puedan atender dichos casos (UNEMES, CAER).

Así, los servicios, que brindan dichas unidades²² son, sobre todo, atención psicológica a las mujeres en situación de violencia, que incluye el tratamiento y la rehabilitación, la sensibilización y capacitación al personal médico y acciones de concientización para la población en general. Dichas acciones son igualmente prioritarias ya que dependen una de la otra para el cumplimiento de las metas que el programa Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género pretende alcanzar.

Es decir, según diversos manuales y planes de acción del Programa²³, las mujeres en situación de violencia necesitan tener una atención psicológica que les ayude a enfrentar el problema que atraviesan y a salir de él. De acuerdo con la lógica práctica y de procedimientos hospitalarios es imposible llegar a tener una atención psicológica si previamente los médicos no canalizan al área de psicología, ya que ellos son los encargados de detectar en sus consultas casos de violencia, quienes previamente debieron tener una

²¹ Como hemos visto, como parte del fenómeno de la medicalización de la violencia, la violencia domestica ha constituido recientemente uno de los principales focos de atención para las programas de salud mental, definiendo como síndrome o trastorno actitudes como la agresividad, asignando el rol de enfermo no sólo a la víctima sino también al victimario, lo cual tiene repercusiones como exención de responsabilidad, entre otros.

²² Hasta marzo del 2012, cuando se finalizó el trabajo de campo de esta investigación.

²³ Programa de Acción Específico, 2007-2012, Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres.

capacitación que les permite identificar y saber qué hacer en caso de que se enfrenten a dichos casos.

Es interesante resaltar la carga que se le da a la terapia psicológica dentro de estos programas, la cual es vista como clave para entender o subsanar el problema sin que en ningún momento se cuestione el orden de género, político o el sistema económico que de fondo lo propicia y mantiene. Así, el orden médico a través de este tipo de estrategias discursivas y de acción no sólo perpetúa un orden social y de género sino que se perpetúa a sí mismo. Aunque es importante puntualizarlo en este momento, para comenzar a cuestionarnos el discurso que se emite, a lo largo del trabajo retomaremos este punto.

Acercándonos a los servicios que presta la unidad del Programa de Violencia Familiar del Hospital de Cuautla, encontramos que son dos las líneas de acción: por una parte, y como eje principal está la atención psicológica tanto individual y grupal, y, por otra, la capacitación para médicos y población en general, la cual se debe de dar al menos una vez por año (Tania, 03/12). “Cuando damos la capacitación nuestra prioridad es capacitar médicos y enfermeras o la persona que tenga el primer contacto con el paciente, las recepcionistas de urgencias, por ejemplo” (Tania, 03/12).

Parte de la capacitación que se ofrece incluye la distribución de material de orientación como folletos y publicaciones para fortalecer el aprendizaje, un resumen dirigido al personal médico donde se explica la Norma Oficial (Anexo 7), se colocan y distribuyen posters con información con teléfonos de emergencia o con flujogramas de los auxilios, recordándoles los pasos que deben llevar a cabo en caso de detectar un caso de violencia y material para que repartan a las usuarias de servicios de salud. Además, se deja un oficio dirigido a los jefes de área en donde se les pide que trasmitan la información a subordinados y aquellos médicos que realizan estancias o se encuentran ahí de manera temporal. En cuanto a la capacitación que se le da a la población en general, el personal del departamento del Programa de Violencia Familiar, se encarga de distribuir material informativo a los usuarios de Servicio de Salud y brindar capacitaciones a otras instituciones u otras jurisdicciones.

Sin embargo, las metas no sólo dependen de las acciones que realizan los responsables de la unidad encargada de aplicar la norma y llevar a cabo las acciones que el programa manda, sino que estas dependen tanto de la acción individual como de la colectiva en los distintos niveles de la atención: médicos, enfermeras y todo el personal del hospital, autoridades, instituciones relacionadas (ministerio público, DIF, UNEMES, SYGUE, etc.), así como de la población en general, de todos es indispensable un compromiso y una disposición para el cambio de perspectiva en las creencias y valores culturales acerca de mujeres, hombres, familia, concepción acerca de los derechos y responsabilidades que cada quien tiene.

Los capítulos que a continuación se presentan intentan mostrar las dos caras del proceso de atención a mujeres que en situación de violencia acuden a solicitar servicios de salud. Como se verá el primero representa *el deber ser* y el segundo *el hacer* o aquello que el análisis, la observación y el contraste de discursos muestran. Sobra decir que si bien podemos esperar que el deber ser sea algo que pocas veces se lleva a la práctica y el hacer que se muestra está mediado por la subjetividad del investigador, el contexto y los intereses particulares, es importante mostrar ambos para intentar comprender cómo se articulan ambos discursos bajo un mismo campo y orden médico.

Capítulo. 3 El deber ser del proceso de atención a víctimas de violencia.

3.1 Procedimiento oficial

El presente apartado intenta mostrar, a través del acercamiento a una unidad hospitalaria como lo es el Hospital General de Cuautla, el proceso de atención a víctimas de violencia de género. El objetivo es acercarnos a los distintos caminos y facetas de dicho proceso, el cual incluye la participación de distintos agentes, que en una acción coordinada persiguen objetivos comunes.

Es importante aclarar que en este capítulo se aborda lo que podríamos llamar *el deber ser*. Primero se describe aquello que según la norma y el programa debe de hacerse en los casos de violencia y, después, se relata lo que creen los médicos se debe llevar a cabo. Es decir, este apartado está conformado por la información de diferentes manuales de atención a mujeres víctimas de violencia que fueron editados y distribuidos por la Secretaria de Salud a clínicas, hospitales y médicos; del testimonio de las propias integrantes de la Unidad de PVF cuando se les preguntó por el procedimiento que dijeron debían de llevar a cabo, y por lo que dijeron los médicos entrevistados cuando se les cuestionó acerca de lo que creían *debía hacerse*, lo cual no propiamente corresponde a lo que *dicen realmente hacer* frente a este tipo de casos, lo que muestra sus contradicciones discursivas o las incongruencias frente a lo que se observó hacían.

Así, este apartado puede considerarse como el discurso institucional del Proceso de Atención a Víctimas, para después –en el capítulo cuarto- acercarnos al cómo se vive, y a *lo que se hace* en la práctica.

3.1.1 Según la Norma Oficial, el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género e integrantes del Departamento de Violencia Familiar del Hospital General de Cuautla

Según el testimonio de las encargadas del Programa de Violencia Familiar del Hospital General de Cuautla las mujeres en situación de violencia que llegan a dicha institución son detectadas por cuatro áreas: medicina externa, ginecología, urgencias y en algunos casos

pediatría, aunque tanto urgencias como medicina externa son los principales canales de referencia.

Según la Norma Oficial los responsables de detectar casos de violencia son los médicos a través de la consulta, específicamente a través del tamizaje que debe ser realizado de manera rutinaria “y en los casos probables, se llevarán a cabo procedimientos necesarios para su confirmación” (CCNO del CJF, 2009: 6.2.1.1). El Tamizaje consiste en examinar al (a la) usuario(a), por medio de una entrevista que se le hace a todos(as) los(as) usuarios cuando ingresan a consulta, donde se le pregunta sobre los motivos por los que acude y la causa o probable causa u origen del acto de violencia. Es decir, que se intenta saber qué le pasa (síntomas), cómo se siente, qué le pasó (hecho), por qué le pasó, cómo pasó y/o quién o qué lo causó. A través de este tamizaje -compuesto de preguntas clave y con la ayuda de la historia clínica- se podrá detectar si existen signos o síntomas asociados comúnmente a la violencia o si la usuaria vive en situación de cualquier tipo de violencia (ver anexo 2).

En la misma Norma que marca los procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, se especifica que la entrevista debe de hacerse bajo ciertos lineamientos:

Realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. Debe considerar las manifestaciones del maltrato físico, psicológico, sexual, económico o abandono, los posibles factores desencadenantes del mismo y una valoración del grado de riesgo en que viven las o los usuarios afectados por esta situación. Debe determinar si los signos y síntomas que se presentan -incluido el embarazo- son consecuencia de posibles actos derivados de violencia familiar o sexual y permitir la búsqueda de indicadores de maltrato físico, psicológico, sexual, económico o de abandono, como actos únicos o repetitivos, simples o combinados, para constatar o descartar su presencia(NOM-046-SSA2-2005,6.2.1.2).

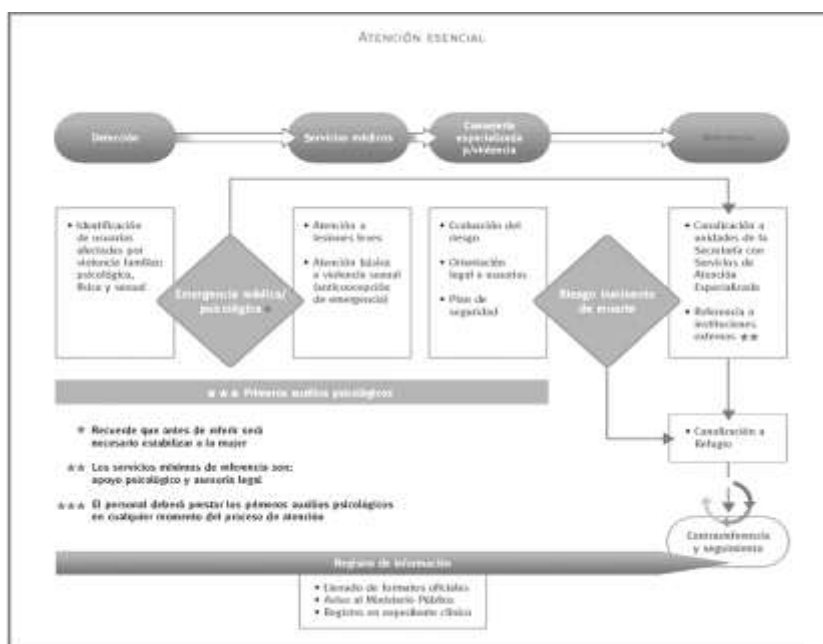
También se especifica que en caso de que la o el usuario no esté en condiciones de responder durante la entrevista, “la o el prestador de servicios de salud se dirigirá, en su caso, a su acompañante, sin perder de vista que pudiera ser el probable agresor” (CCNO del CJF, 2009: 6.2.1.3).

En el Hospital General de Cuautla, la norma oficial se aplica a través del Programa de Violencia Familiar (PVF), y es ahí donde se lleva a cabo el tamizaje más minucioso dejando sólo en los médicos la responsabilidad de detectar, brindar los servicios médicos

requeridos y canalizar a la víctima con las responsables de dicho Programa. Es decir, que una vez detectado un caso, se procede a dar la atención médica y después se canaliza el caso al departamento del PVF. El procedimiento coincide con lo especificado en el Manual Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, Vol. Operación: “El personal de salud proporcionará la información y atención médica a quienes se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar, debiendo referirlos, cuando se requiera, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutoria” (2004:40).

Como se verá en la Cuadro I. obtenido del manual de operación que se distribuyó a hospitales de toda la república, es importante que el médico (y la enfermera) estén capacitados para brindar primeros auxilios psicológicos de emergencia que contribuyan a manejar una crisis emocional, en lo que el personal capacitado se encarga de ello.

Cuadro I. Esquema de atención



• Extraído del Modelo Operativo; Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual 2006

Una vez que el departamento se hace cargo, se les brinda una asesoría jurídica y, si se requiere se da aviso al Ministerio Público para hacer la denuncia correspondiente. Posteriormente, el personal del departamento de PVF realiza la valoración del riesgo en el que se encuentra la usuaria y, ya sea que se trate de un caso donde la usuaria se encuentre en una situación de *alto riesgo* -donde su vida esté en peligro- o si es un procedimiento *estándar*, se lleva a cabo un plan de seguridad (forma que se puede ver en el anexo 8) que se detallará más adelante.

3.1.2 Según médicos(as)

A través del trabajo de campo realizado en el Hospital de Cuautla pude observar que los médicos son solo unos de los agentes que en el hospital detectan casos de violencia contra las mujeres, ya que también lo hacen enfermeras, asesores hospitalarios y recepcionistas, siendo estas últimas los principales agentes de detección y canalización. Además, pude darme cuenta en las entrevistas, las pláticas informales y la observación que realicé durante mi trabajo de campo que son pocos los trabajadores del hospital que conocen la unidad del PVF ubicada en el hospital. De 13 médicos entrevistados del área de urgencias y ginecología sólo 6 dijeron conocer la unidad y de ellos sólo dos dicen haber referido casos a dicha área. Así que, aun en lo que podríamos llamar el *deber ser* (lo que creen que debe hacerse), los médicos no dicen canalizar este tipo de casos a la unidad de PVF. En cambio quienes dicen canalizar casos de mujeres violentadas lo hacen al área de Trabajo Social, dependiendo de si la trabajadora social del turno conoce o no el Programa se conduce a este departamento o directamente al Ministerio Público.

Es decir, que cuando la usuaria en situación de violencia es identificada sea por los médicos y/o Trabajo Social, se sigue un procedimiento que privilegia lo legal, ya que según ellos, cualquier lesión física debe ser notificada al Ministerio Público pues las agresiones físicas “pueden afectar la integridad moral y física de la paciente” (Dr.Rambo.). Aunque hay que aclarar que no todos saben dónde exactamente se especifica dicho mandato. Todos saben que es algo que se tienen que hacer, pero no por qué, como lo podemos ver en el testimonio del Dr. Rambo: “siempre bajo artículo de quién sabe qué, pero siempre se nos dice que tenemos que avisar al Ministerio Público” (07/11).

Por lo regular no son los médicos(as) quienes dan aviso a Ministerio Público (MP) o, cuando detectan un usuario con lesiones, le piden a la trabajadora social en turno que lo haga o directamente ella canaliza; “la trabajadora social si hay una situación de traumatismo o de violencia da aviso al MP. A veces lo hace directamente sin que nosotros le digamos” (Dr. Teacher).

En entrevista la Trabajadora Social, dijo reportar siempre una agresión por leve que sea al Ministerio Público “independientemente de si la paciente quiere proceder o no, nosotros como hospital hacemos la denuncia y ya se le comunica a la paciente de que al ser un caso médico legal tiene que avisársele pero si ya ella quiere proceder, saliendo puede ir al Ministerio Público” (Dori, 07/11). Aunque la responsabilidad del Ministerio Público (MP) debería de ser acudir a investigar el caso, Dori nos contó que los del MP pocas veces mandan a sus agentes, la mayoría de las ocasiones sólo le dicen que le comunique a la agredida que si quiere presentar una denuncia vaya personalmente al MP, asimismo, Dori aseguró que el 100% de los médicos canalizan los casos con ella.

Después del aviso al MP, se reportaría al Programa de Violencia Familiar. Sin embargo, cuando es canalizado por recepcionistas, un asesor hospitalario o cualquier otro trabajador, a veces es canalizado directamente al PVF, pues son quienes más dijeron conocer la unidad y hacer canalizaciones, y a veces sin avisar al MP.

Aquí es importante hacer una puntualización sobre el procedimiento que se debería llevar a cabo frente al Ministerio Público, ya que, si bien dentro de lo que dicen los médicos hacer frente a estos casos (9 de los 13 entrevistados) o piensan que se debe hacer es notificar al Ministerio Público (MP) o avisar a Trabajo Social para que notifiquen al MP, el manual para la prevención y atención de la violencia familia, sexual y contra las mujeres que se distribuyó a médicos en donde se da a conocer la Norma Oficial (CCNO del CJF, 2009) menciona que “las instituciones de salud están obligadas a dar aviso al Ministerio Público de los casos *que* de este tipo que atiendan para lo cual se debe utilizar el formato incluido” (ver Anexo3) (CCNO del CJF, 2009:23). Sin embargo, añade más adelante que el formato que se remita al MP debe “hacerse en forma institucional por *la persona responsable de la*

*unidad*²⁴, en los términos que señala el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica, según el art. 18 y 19”(CCNO del CJF, 1986:23).

En dichos artículos mencionan que “Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable...” (Art. 18) y que entre las funciones de este responsable está “notificar al Ministerio Público y, en su caso, a las demás autoridades competentes, los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos”(Art. 19, fracc. V). Así, en el manual para promover la norma que distribuyó la Secretaría de Salud (a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva a médicos/as de hospitales de la Secretaría de Salud) se especifica los procedimientos a seguir (ver Cuadro II) y se aclara que en caso de que :“debido a la severidad de la violencia esté en peligro la integridad o la vida de la o el usuario de los servicios deberá hacerse el aviso de manera inmediata, e incluso solicitar la presencia del Ministerio Público en la unidad de salud ”(CCNO del CJF, 1986:23).

Ante esto, queda claro que no es responsabilidad de los médicos directamente dar aviso al MP, ni mucho menos marca que sea trabajo de las trabajadoras sociales, aunque como se verá, la organización institucional de cada hospital (y el de Cuautla no es la excepción) funciona a través de lógicas particulares que marcan los procedimientos de atención y que muchas veces pareciera que su proveniencia es irrastreable, pero que la investigación etnográfica pueden ayudarnos a delinear.

²⁴ Las cursivas son mías.

Cuadro II. Cuadro de procedimientos de atención según la Norma.



3.2 Procedimiento de atención en situaciones de alto riesgo

Este tipo de procedimiento se pone en práctica cuando la vida de la mujer está en peligro, en el cual si bien el personal médico sólo se encarga de la parte inicial del procedimiento, su rol se considera como indispensable pues el alto riesgo puede ser de urgencia médica o donde la integridad psicológica y física esté amenazada por un agente o persona externa y en cualquiera de las dos el médico tiene que apoyar. Así, si se trata de una situación en donde la vida de la mujer se encuentre en riesgo a causa de una violación, la Norma Oficial (CCNO del CJF, 2009) marca una serie de funciones de emergencia que el médico debe de cumplir:

- Estabilizar a la paciente, reparar daños y evitar complicaciones mediante el tratamiento de lesiones físicas.
- Promover la estabilidad emocional mediante la intervención en crisis y posterior atención psicológica.
- Evitar complicaciones tales como las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA; así como los embarazos no planeados o no deseados”(CNEGSR, 2009:23).

No siendo de pertinencia del (la) médico(a) la atención psicológica pero sí un apoyo psicológico en situación de crisis, en donde es forzoso que el médico cuente con la capacitación necesaria para llevarla a cabo.

También es importante mencionar que dicha Norma Oficial resalta el valor del testimonio de la afectada advirtiéndole que

“los prestadores de salud no tienen por qué colocarse en la posición de agente investigador para dilucidar si los hechos relatados por la víctima constituyen ‘un delito de violación o no’, ese es papel del Ministerio Público y las instancias de procuración de justicia; para ofrecer la anticoncepción de emergencia basta el dicho de la mujer de que fue forzada a tener relaciones sexuales sin protección” (CNEGSR, 2009:23).

Este punto ubica a las mujeres que sufren violencia y a los médicos en una relación más horizontal de usuaria-prestador de servicios, dejando a un lado la posición de subordinación frente al médico, donde la voz de éste es incuestionable y determina la posición de la “paciente”, o donde el diagnóstico es un dictamen unilateral, sino que legitima la voz de la usuaria. Además, es importante por el avance que representa en materia legislativa a favor de la anticoncepción de emergencia²⁵ y el aborto, pues la NOM-046-SSA2-2005 advierte que “si llega a presentarse el embarazo a consecuencia de la violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de aborto médico” (CNEGSR, 2009:23).

Sin embargo, dichas acciones están mediadas por una serie de condicionamientos que regulan o restringen el acceso a estos servicios como es que si la víctima es menor de edad se necesite la aprobación de los padres o tutores, que dicho servicio sea competente en términos de legislación aplicable para cada estado por lo que es necesario que se conozcan las leyes aplicables a la entidad federativa²⁶ y, finalmente, se especifica que el procedimiento está a objeción de conciencia del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento. Es decir, que si un médico no está dispuesto en realizar la práctica se le debe de excusar, aunque en la norma se especifica que el hospital debe de

²⁵ Herrera (2009) menciona que dicho punto fue uno de los más debatidos a la hora de aprobarse la norma ya que si bien se aprobó con unanimidad en julio del 2008, no se publicó hasta 2009 ya que se intentó hacer cambios promoviendo una versión en la que se privilegiaba la objeción de conciencia del personal médico para proporcionar servicios, condicionaba la irrupción legal del embarazo a menores de edad, no hacía obligatoria la atención a víctimas y magnificaba la anticoncepción de emergencia. Sin embargo, organizaciones civiles que defienden los derechos sexuales y reproductivos hicieron presión para que se aprobara y logrando eliminar algunas de las objeciones pero no todas.

²⁶ Dicho punto está relacionado con las modificaciones a la ley hechas en varias entidades federativas, en donde se le dio personalidad jurídica al producto desde la concepción, con lo que se intenta evitar la anticoncepción de emergencia.

contar con personal capacitado para realizarlo, si por alguna razón no llegara a haber se tiene que referir a una unidad que sí cuente con el servicio.

Así, como lo vemos en el Cuadro II de procedimientos, en una situación de alto riesgo, después de la atención médica y los servicios psicológicos de emergencia, se le refiere a una consejería especializada, en el caso del hospital de Cuautla es al PVF. En esta etapa la usuaria es canalizada al área o la trabajadora acude hasta el lugar donde se encuentre hospitalizada y se procede a realizar una entrevista a la usuaria para detectar el tipo de violencia que sufre y el grado en que se encuentra. Esto se realiza a través de un tamizaje, una herramienta elaborada por el programa federal de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de género, que sirve para evaluar el riesgo de la usuaria, según la situación específica de violencia (Anexo 4). Este cuestionario está conformado por cuatro áreas: *riesgo a la salud mental e incremento de violencia*, *riesgo a la salud física*, *riesgo a la salud sexual y reproductiva*, y *riesgo de muerte inminente*, cada uno con preguntas y apartados para anotar *la frecuencia*, *las observaciones* y *la acción urgente a realizar*.

Es importante mencionar que si bien puede ser una herramienta útil para realizar un plan de acción, muchas de las preguntas pueden ser confusas o difíciles de contestar y hasta pueden poner en peligro la libertad de la mujer en cuestión. Por ejemplo, en el apartado de *riesgo a la salud sexual y reproductiva*, unas de las preguntas dicen: “¿Ha estado embarazada como producto de la violación?” y “¿La ha impedido (*la pareja*)²⁷ interrumpir el embarazo aun cuando éste sea producto de la violación?”.

Al parecer dichas preguntas podrían parecer que son útiles para llevar a cabo un plan de seguridad (anexo 8) a la usuaria pero estas preguntas son de uso ambiguo y el contestarlas pueden implicar un riesgo para su libertad ya que en el caso del Estado de Morelos en el 2008 se hizo una reforma al Artículo 2 de la Constitución Política del Estado de Morelos en la cual se le da protección jurídica al producto desde el momento de la concepción y desde entonces ha habido casos en los que mujeres llegan a ser procesadas por abortar, ya que es obligatorio para cualquier trabajador de los servicios de salud denunciar a las autoridades competentes hechos que se consideren ilícitos. Aunque esto contradiga la confidencialidad

²⁷ Las cursivas son mías.

como derecho y obligación médica, según el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica y con la NOM-168, relativa al expediente clínico.

Esto mismo sucede con el siguiente interrogatorio que se aplica, el cual evalúa la peligrosidad del agresor (ver anexo 9), en donde preguntas como ¿participa *-el agresor-* en actividades ilícitas? pueden poner en riesgo no sólo a la usuaria sino también a la entrevistadora, por lo que se requiere un trabajo muy delicado a la hora de entrevistar.

3.2.1 Canalización

Después de que se ha llevado a cabo el tamizaje realizado por el departamento del PVF y se ha detectado un riesgo inminente, se debe canalizar al refugio; “si nosotros vemos y observamos que tiene algún problema de violencia más fuerte con el agresor, la tenemos que canalizar al albergue” (TS del PVF). Para ello primero se le da aviso al CAER (Centro de Atención Externo a Refugio) y se elabora una hoja de referencia para hacer la canalización.

El CAER es la cara del refugio y donde se canaliza a las mujeres en situación de riesgo con total discreción al refugio llamado “el vuelo de las mariposas”. El CAER es definido por el personal de ahí como *la cara* del refugio porque contribuye a que no se conozca la ubicación o acudan al refugio personas ajenas a él y es el vínculo que sirve de enlace interinstitucional entre el refugio, la prensa, las autoridades y otras instituciones: “la situación del refugio es que tiene que estar en el anonimato. De repente ya no era anónimo, todo mundo sabía ‘ah, el refugio está allá’. Entonces, llegaba gente externa que buscaba apoyo y atención, y eso pone en riesgo a las que laboran a ahí como a las que están de usuarias” (Jose).

El centro también brinda a las mujeres que son canalizadas o acuden por voluntad propia una primera asesoría, psicológica y jurídica y reevalúa si en verdad necesitan el refugio, si es así se les traslada de manera discreta a dicho lugar y, si es necesario, se les permite que lleven a sus hijos. Ya ahí, cumplen una estancia de tres meses, donde reciben, durante ese tiempo, asesoría médica, psicológica y jurídica que les ayuda a subsanar esta situación de riesgo.

En estos tres meses a ellas les dan un tratamiento psicológico muy amplio. Tienen terapia ocupacional, tienen su terapia de grupo y su terapia individual. Están las 24 horas en ese lugar y en tres meses ellas aprenden un oficio para que puedan valerse por sí solas y mantener a sus hijos. Porque ya no tienen que regresar con el agresor, ese es la finalidad del albergue, hacerlas unas personas responsables con su propia vida y valorarse como seres humanos. Eso es lo que hacen en el albergue (TS del PVF, 06/11).

Al pasar ese tiempo, se les da “de alta”. Los encargados del refugio han desarrollado contactos en diferentes negocios e instituciones, por lo que algunas ocasiones se les ofrecen un empleo a las egresadas por si no tienen cómo ganarse la vida. Asimismo, y tomando en cuenta los lazos de amistad que desarrollan entre las internas, existe la posibilidad de que las egresadas puedan seguir visitando el refugio o también continuar asistiendo al CAER para recibir asesoría psicológica y legal, pero ya de manera externa. También queda abierta la posibilidad de regresar al refugio, si así lo requieren.

Este procedimiento tiene como principal objetivo salvaguardar la vida de la usuaria por lo que después de la atención hospitalaria se canaliza fuera del hospital a la institución pertinente. Así, podemos decir que el procedimiento tiene una lógica interna/externa, mientras que como veremos en el procedimiento estándar todos los pasos son internos. Es decir, que la atención se brinda dentro del mismo hospital, aunque la ayuda se da de manera externa en el sentido que las usuarias no están internadas sino que asisten a citas en las instituciones.

3.3 Procedimiento estándar

Este es el procedimiento que se lleva a cabo cuando la vida de la víctima no está en alto riesgo inmediato. Aquí a la usuaria que fue identificada y canalizada al PVF se le aplica un tamizaje que está más orientado hacia la “sensibilización”, por lo que además de aplicarse el cuestionario para medir el riesgo, se aplica, como primer paso, unas preguntas que evalúan la capacidad de respuesta de la usuaria ante los eventos violentos, para que aquellas mujeres que aún no admiten que viven en una situación de violencia, puedan reflexionar sobre su situación.

Cuando llega aquí se le hace una prueba de tamizaje. Es un cuestionario que maneja el Programa de Violencia Familiar. Donde manejamos violencia psicológica y sexual, y ella nos va contestando y automáticamente al contestar esas pequeñas y breves preguntas nos damos cuenta en qué tipo de violencia está o en qué grado se encuentra. Cuando nosotros

terminamos de aplicarle el tamizaje platicamos, le damos la asesoría. En muchas ocasiones la paciente se resiste a decir “sí, estoy sufriendo violencia” (TS del PVF, 06/11).

Aunque el tamizaje se realiza normalmente en una sesión, si no existe una sensibilización completa -ya que “en ocasiones cuesta mucho que ella acepte” (TS del PVF, 06/11)-, se le invita a la usuaria a que siga acudiendo, “normalmente son dos ocasiones más para lograr completarla” (TS del PVF, 06/11).

Aun cuando la mujer no acepta ser entrevistada se le brindan una serie de trípticos (ver anexo 6) de lo que es el programa y se le explica de qué se trata el programa, también se le menciona que cuando quiera puede regresar. “Nosotros manejamos trípticos de violencia. (...) En ese tríptico vienen 10 preguntas y ellas las tienen que ir contestando en su casa, no se les fuerza a que lo contesten aquí, y ellas mismas regresan con el tríptico y dicen “yo creo que tengo un problema de violencia, porque todo esto contesté que sí” (TS del PVF).

Así, no siempre “la sensibilización” o el primer acercamiento tienen un efecto inmediato y en algunos casos simplemente no hay éxito.

Hay pacientes que se retiran y que después de 5 meses vuelven a aparecer y realmente ya vienen decididas a buscar una ayuda. Hay pacientes que se pierden pero hay otras que regresan después de 3, 4 meses, por ellas mismas. Y regresan y dicen “ya estoy muy mal, necesito el apoyo, necesito irme al albergue porque ya mi pareja no va a cambiar”. Regresan y ya tienen la idea de cómo se trabaja aquí, ya se fueron con esa mentalidad, de decir, “bueno, en el hospital hay este tipo de ayuda, yo si lo necesito voy a ir”, después regresan, pero algunas ya no (TS del PVF).

Para las trabajadoras del PVF este paso es indispensable, para continuar con el proceso, de él depende que se lleven a cabo las demás fases. Si la víctima no admite que sufre violencia o al menos que está pasando por un problema será muy difícil que continúe asistiendo. “Primero tenemos que lograr que la paciente acepte su problemática y posteriormente llegamos a una etapa en donde la paciente ya está en aceptación y lo que hacemos es mencionarle el centro SYGUE” (TS del PVF).

Este centro Salud y Género Unidad Especializada (SYGUE) que aunque es autónomo tiene su sede en un Centro de Salud de Tetelcingo (a unos minutos del hospital), está bajo la dirección, al igual que el PVF, del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género del Estado de Morelos, pero a diferencia de la unidad del

PVF del Hospital General, SYGUE se encarga de las mujeres que son canalizadas por los Centros de Salud.



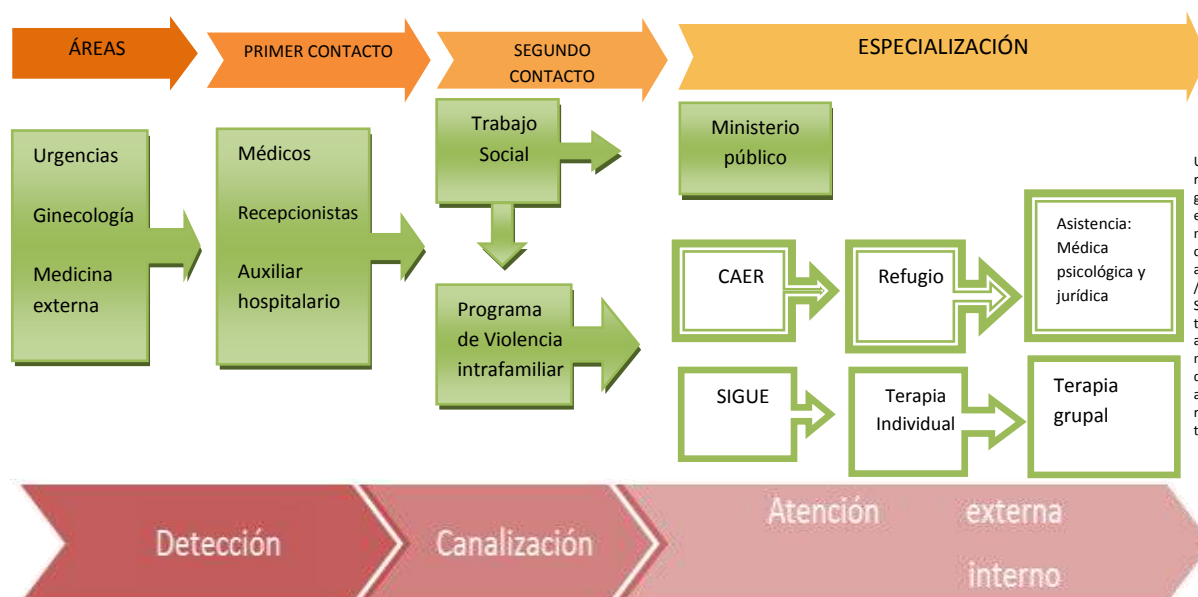
Sin embargo, como cuentan con el servicio de asesoría jurídica y de acompañamiento, y como se reubicó temporalmente la oficina de la psicóloga de la unidad del PVF al centro SYGUE, a causa de la remodelación del hospital general, muchas veces se canalizan usuarias del hospital general con el personal de esta área. “La diferencia sería que aquí está la abogada y allá no, entonces si alguna paciente o usuaria tiene alguna duda en cuanto a lo legal, lo refiere para acá para que sea asesorada e incluso acompañada por el área de trabajo social(...) se hacen acompañamientos a diferentes instancias como Ministerio Público” (Dulce TS del centro SIGUE).

A la par de que se le brinda la atención jurídica y el servicio de acompañamiento, se le ofrece una terapia psicológica individual la cual la lleva a cabo la psicóloga del PVF Tania. Dependiendo el caso es el tiempo de la terapia individual, pero pasado un periodo de terapia individual intensiva, se invita a la usuaria a que vaya a la terapia grupal que se ofrece una vez a la semana, en donde puede conocer a otras mujeres que están pasando por algo similar a lo que ella vive y donde se puede identificar con alguna. A diferencia de la terapia individual, en la “terapia grupal pueden estar 3 o 4 años, no importa el tiempo” (TS del PVF

06/11). Este servicio puede identificarse como el último paso que se da dentro del procedimiento estándar.

El esquema que se muestra a continuación lo he realizado basándome en datos que recogí (entrevistas a encargados del PVF, médicos y personal de refugio), e intenta mostrar las diferentes etapas y rutas que a nivel institucional recorren o deberían de recorrer las usuarias dentro del hospital. Asimismo, muestra las áreas de atención especializada y sus diversos procedimientos (estándar y de alto riesgo).

Proceso de atención a mujeres en situación de violencia (diversas trayectorias)



3.4 Perfiles según área de canalización

Como ya se mencionó son cuatro las áreas de donde más frecuentemente se identifican y canalizan mujeres en situación de violencia al PVF (pediatría, medicina familiar, urgencias y ginecología). Sin embargo, las mujeres canalizadas normalmente llegan con algunas características similares, dependiendo del área que provengan. Así, según las trabajadoras del Programa de Violencia familiar, las mujeres que son canalizadas por urgencias llegan con lesiones muy graves, por lo que lo primero que se requiere es una asistencia médica y legal.

Esas pacientes necesitan atención inmediata, lo que se hace es diferente. El proceso es que nos reporta a esa paciente el médico encargado de esa área o de turno y en ese momento

nosotros tenemos que dar aviso al ministerio público para que ella tenga su derecho de poder declarar, de poder denunciar(TS del PVF).

A partir de ese momento, siguen el proceso de *alto riesgo* que ya hemos descrito. Contrario a ese tipo de casos, las usuarias que llegan de las otras tres áreas siguen el procedimiento estándar pero también llegan con características particulares. Por ejemplo, cuando son canalizadas por pediatría o por consulta externa y hasta por iniciativa propia, normalmente llegan al PVF buscando un psicólogo pues dicen tener problemas con sus hijos; “siempre el gancho son sus hijos ‘Es que mis hijos van mal en la escuela’, ‘su conducta es muy mala, ya no puedo con él’, ‘tengo muchos problemas, necesito un apoyo’. Y ya nos damos cuenta que el hijo no es un problema, que ella trae un problema pero no lo quiere decir. Entonces, poco a poquito se comienza a trabajar” (TS del PVF).

Utilizando esa misma estrategia de los hijos, se le ofrece una terapia doble: para el hijo como para la madre, según se va avanzando, muchas veces las mujeres terminan admitiendo que el problema no es el hijo sino principalmente son ellas las que necesitan ayuda²⁸. Según me cuentan las encargadas del PVF, sesión tras sesión se van abriendo y aceptando el problema de violencia por el que están pasando.

En cuanto a las usuarias que llegan a ser identificadas por el área de ginecología se ha visto que muchas veces comparten unas historias similares. Algunas de ellas llegan diciéndole al ginecólogo que “ellas tienen un problema fuerte sexual que ya les duele mucho cuando tienen relaciones con sus parejas” (TS del PVF), otras dicen que sienten que ya están llegando a una etapa de menopausia. “Entonces, al hacerles un estudio se detecta que no hay ningún problema (de menopausia), el ginecólogo valora que hay abuso sexual”, y se da aviso al Departamento de Violencia Familiar y puede comenzar la sensibilización y el proceso estándar o también puede ser que se lleve a cabo el de alto riesgo, puesto que en esos casos si bien no hay denuncia durante la sensibilización o en las terapias. “Si ella ya nos platica que tiene también violencia física y eso hace que no tenga una buena conexión sexual con su

²⁸ Antes el departamento del PVF se hacía cargo de los dos pero desde el 2007, cuando el programa se enfocó en las mujeres mayores de 15 años, a los niños se les manda al CAER o a otra institución por lo que actualmente ya no es muy eficaz esa estrategia.

pareja, entonces le hablamos del albergue. Es poco a poco. La paciente, en ocasiones, acepta su problema cuando está en terapia o en terapia de grupo con la psicóloga”.

Como podemos ver, existen algunos signos comunes que les permiten hablar a las encargadas del PVF de algunas similitudes y que les puede permitir a los médicos identificar a mujeres que están viviendo en situación de violencia. Además, hemos podido seguir, a grandes rasgos, algunos de los procesos más importantes que se llevan a cabo en la atención a víctimas de violencia y que existen procedimientos implícitos y explícitos que marcan los pasos a seguir en estos casos. Asimismo, se pudo ver que existen normas, instancias, instituciones y personal que delinear, apoyan y se encargan de darle solución a dichos casos.

Frente a este panorama que nos ha relatado el personal de PVF y algunos médicos de lo que se *debe de hacer*, y antes de entrar al Capítulo 4 que aborda el *que se hace*, el cómo es vivido este proceso de atención en el día a día, las acciones que se suelen llevar en cada una de las etapas, las deficiencias, dificultades y experiencias que relatan no sólo los médicos sino también las usuarias y el personal de la unidad del PVF, con el fin de desfragmentar el proceso y entender mejor el fenómeno, quisiera hacer una pequeña reflexión sobre los supuestos ideológicos que hay de tras de estos discursos del *deber ser* y las implicaciones que ellos tienen. Ya que independientemente si se lleven o no a cabo estos procedimientos –cuestión que se pretende analizar en el siguiente capítulo-, lo importante aquí es visibilizar las premisas de las que parten.

Cristina Herrera menciona en su investigación sobre las políticas de salud en México como funcionarias que diseñaron y coordinaron el programa intentaron, con la participación de los refugios, sino lograr la rehabilitación sí “volverlas a la normalidad” (2009:67), “es decir, tratar de integrarlas nuevamente a su familia, a sus conocidos, al trabajo, etc., y cuando se trata de mujeres que ya no pueden volver a su estado, porque ahí se encuentra el agresor y su vida corre peligro, tratar de ofrecerles alternativas de trabajo en la República” (2009:67).

Herrera aunque menciona algunas de las principales críticas que ha tenido esta postura como el hecho de que los “grupos feministas más ‘radicales’” consideran que los refugios representan una huida al problema, beneficiando a los agresores, podemos ver que

dicha autora no toma una postura ni cuestiona el hecho mismo de que no sólo se les condena al exilio, trasladándole la responsabilidad del victimario a la víctima, sino que todo el “tratamiento” que llevan a cabo desde la identificación elimina la agencia de las usuarias e infantiliza a los sujetos. Es decir, que desde el hecho de que lleven a cabo un tratamiento, para volverlas a una normalidad -la cual, lógicamente es imposible- se decida qué es lo mejor para ellas (en el *check list* que realizan los médicos, menciona Herrera, si la mujer obtenía en él un número determinado de palomitas, no era regresada a su casa, ya que la prueba demostraba que su vida estaba en peligro), se centre toda la acción en la terapia psicológica como remedio infalible para solucionar el problema y no se cuestione en ni en la norma, ni en ningún manual el medio social, el sistema de género, el sistema económico, etcétera, no sólo las hace responsables de la solución del problema de la violencia, sino que no resuelve el problema que se ancla en lo cultural, más que en lo psicológico.

La psicología panacea de nuestro tiempo y “la medicina” más solicitada del mundo occidental contemporáneo, es uno de los elementos de los que se sirve la medicalización de la violencia, representando en este caso la única alternativa que no sólo la medicina ha encontrado para combatir el trauma de mujeres violentadas sino que también puede ser entendida como un mecanismo más de sometimiento que ejerce el gran aparato de la dominación masculina, contribuyendo a la eliminación de la agencia, silenciando la voz de las usuarias y confinándolas a una dependencia estatal y médica.

Capítulo 4. El proceso de atención

El contenido de este apartado está conformado por el análisis de los testimonios de profesionales de la salud del Hospital General de Cuautla (médicos generales y especialistas ginecólogos, enfermeras, recepcionistas, asesores hospitalarios y personal de PVF). Los principales temas tratados son las percepciones y actitudes que tienen respecto al proceso de atención de casos de mujeres que, en situación de violencia de género, acuden a solicitar algún servicio. Asimismo, incluye el testimonio de algunas usuarias con las que tuve contacto.

Las guías de entrevistas se pueden consultar en el apartado Anexos 1, sin embargo, cada encuentro fue diferente y muchas veces la guía se reestructuró o se dejó a un lado frente a una conversación profunda.

4.1 Desde la etnografía

Kleinman (2003) señala que la etnografía, al implicar un contacto directo y sostenido con las personas, la documentación y las narraciones humanas, tiene la capacidad de describir un contexto social particular e interpretar el sentido de las prácticas que se dan en él. Podríamos decir que permite acercarnos a las diferencias existentes entre lo que se dice y lo que se hace. Desde el enfoque etnográfico, las interacciones mantenidas con el personal de salud y sus usuarias, así como la observación realizada desde hace dos años en el Hospital General de Cuautla -poniendo especial énfasis al proceso de atención a mujeres en situación de violencia- me han permitido estructurar y reelaborar el proceso de atención que según diversos documentos oficiales y autoridades se *debe* dar a las víctimas de violencia que acuden a los servicios de salud, así como acercarme a las prácticas, lo que Castro llama *la posibilidad de hacer*, pero en este caso, el *hacer* de cada actor desde su rol.

4.2 Acercamiento

Desde la primera entrevista que realicé al personal de salud pude darme cuenta de las obvias diferencias existentes entre lo que se señala en los manuales (el *deber ser*) y lo que

realmente se lleva a cabo en materia de atención, un doble discurso de justificaciones y contradicciones expresado en sus testimonios. La estrategia fue, como Herrera (2009) menciona haberlo hecho, iniciar apelando a su posición como profesionales, preguntando por la frecuencia, prevalencia, similitudes y gravedad de los casos de violencia. Después se profundizó en su manera de actuar frente a los casos, se les pidió que relataran algunos casos particulares con los que se habían enfrentado, se les cuestionó sobre los parámetros bajo los que actuaban, los conocimientos que tenían en el tema y la preparación que habían recibido, y finalmente se les invitó a que autoevaluaran la atención que daban a estos casos y propusieran algunas soluciones a las deficiencias que encontraban. Todos los testimonios en conjunto revelan no sólo el proceso que siguen estos casos, sino que hacen alusión (directa o indirectamente) al sistema de género, la relación médico paciente, el discurso médico, el sistema de salud en México y lo que son las instituciones de salud y su estructura burocrática.

4.3 Los múltiples discursos del PVF

Las primeras entrevistas se realizaron al personal del PVF - la sicóloga Tania y Helen, la trabajadora social- como informantes clave, guías que consideraba me ayudarían a moverme mejor en el campo e identificar las principales áreas de interés y a los actores más protagónicos en los casos de violencia de género. En la primera entrevista se ciñeron a relatarme lo que los manuales marcaban, reiterándome que los médicos eran los principales agentes de detección y canalización de los casos de violencia de género:

La detección se da por dos caminos: una es recepción del hospital, por el área de consulta externa, y otra es médico de urgencia (Tania).

Cuando es violencia física los médicos nos la reportan porque aparece en su cuerpo un golpe. Ellos dicen ‘probablemente tienen violencia’, nos reporta a esa paciente el médico encargado de esa área o de turno, nos la canalizan y valoramos (Helen).

Sin embargo, a los pocos encuentros y tras cuestionarlas sobre los sujetos exactos a los que se referían para poder entrevistarlos y conocer sus experiencias de propia voz, las respuestas se fueron modificando y dando paso a un repertorio más amplio de actores muchas veces difíciles de rastrear. De ser sólo los médicos, fueron incorporándose en la escena asesores hospitalarios, trabajadoras sociales, enfermeras, recepcionistas, e incluso

camilleros y personal de limpieza. No obstante, la participación que parecían tener todos estos actores resultaba vaga:

De hecho, en las capacitaciones el personal que va, la mayoría no es médico, la mayoría es de trabajo social, las recepcionistas, inclusive los compañeros del aseo, los camilleros. A veces los camilleros nos dicen ‘fijate que vi una paciente así y así, ¿por qué no te das una vuelta?’ (Tania 03/11).

A mí me avisa Trabajo Social, me avisa el asesor médico [se refería al asesor hospitalario] que es Cruz, ahorita te la voy a presentar. Es que mira, hay médicos que no les gusta trabajar con violencia (Helen 06/11).

Así, durante el campo, descubrí con las entrevistas que si bien eran más los actores que identificaban a las usuarias en situación de violencia, su participación era tan esporádica que les costaba recordar hace cuando había sucedido y los casos específicos. Eso sucedió con la trabajadora social y con la asesora hospitalaria, a la que tanto hacían referencia las integrantes del PVF como agentes clave de canalización, pero quienes, al ser entrevistadas, sólo recordaban haber canalizado a dos jóvenes cada una desde que el programa se instauró hace casi 9 años.

Por otro lado, la participación y la imagen de los médicos comenzaron a cambiar en los testimonios de las integrantes del PVF, mostrándose como agentes apáticos a las capacitaciones, renuentes a detectar o canalizar cualquier actividad relacionada con el proceso de atención.

En su discurso, el equipo de PVF argumentaba ofrecer capacitaciones constantes a los médicos y distribuir la información necesaria, pero la actitud de muchos de ellos era la limitante, que calificaban como de apatía generalizada:

Hace tiempo comenzamos una serie de sensibilizaciones hacía los médicos, pero muchos tienen demasiada resistencia, entonces lo ven, pero no lo reportan. Ya se les ha dicho por las buenas, se les ha dicho que hay sanción. Nuestra norma marca sanciones a todas las personas que encubran o que no reporten o que se hagan de la vista gorda. Pero ni así. Hemos agotado todas las posibilidades y ni así lo hacen. Inclusive anteriormente había cuadros de flujogramas, de qué hacer en caso de violencia o en caso de violencia sexual, a quién hablarle, etc. Ni siquiera que ellos que hagan el trámite, sólo a quién hablarle... no lo hacen de verdad, no sé qué tengamos que hacer. Ya hemos implementado esos cuadritos... lo tienen en frente y dicen ‘no, no sé dónde está’, ‘doctor, es que está ahí’ y fulanito mismo dijo que iba a tener ese cuadrito ahí y luego dicen: ‘ah, ni siquiera me había dado cuenta’.

Entonces no se comprometen en esa cuestión, como que les da mucho miedo, porque piensan que los van a mandar a traer a ministerio público (Tania).

Un tercer giro en su discurso ocurrió cuando comencé a entrevistar a los médicos y, tras sus testimonios, el papel del PVF se vio cuestionado, pues como ya mencioné sólo seis de los médicos dijeron conocer el área y sólo dos dijeron haber recibido capacitación alguna vez. Cuando estos datos fueron referidos al PVF, los argumentos comenzaron nuevamente a cambiar, llegando a decirme:

Te pido que les digas que sí existe un módulo de violencia familiar y que deben de estar sensibles a eso (...) La que se encarga de capacitarlos es la psicóloga Tania, pero se les ha dado la capacitación a los de la tarde. Nosotros tenemos que capacitar a nuestro personal. Ahorita ya estoy en la mañana y Tania también, ahora tenemos otra labor, vamos a capacitar a los médicos de la mañana (TS Helen 07/11).

Se estaba brindando una capacitación por año pero ahorita con la remodelación no existen las condiciones idóneas para dar una, entonces llevamos dos años que no se da capacitación (psicóloga Tania 03/12).

Es importante mencionar que aunque las contradicciones sean evidentes, no significa que lo que digan sea falso, sino que forma parte de lo complejo que puede llegar a resultar *el hacer*. Hay que comprender la subjetividad de “la verdad”, que es la experiencia cotidiana, el quehacer profesional en distintos momentos. Así, este tipo de testimonios y las entrevistas en sí mismas nos ayudan a contrastar estereotipos, discursos oficiales e ir más allá de los argumentos del *deber ser*.

4.4 Los médicos

4.4.1 La capacitación

Como hemos visto, los médicos pueden considerarse los verdaderos protagonistas en este quehacer, son ellos a quienes va dirigida la norma, los manuales y muchas de las acciones pues son vistos como el elemento clave en la identificación y la atención hospitalaria. Sin embargo, son quienes a menudo están más ajenos al problema, muchas veces porque no saben qué hacer, porque no fueron capacitados a nivel personal ni en su formación profesional para actuar frente a esos casos. Su condición de “sujetos” sumergidos en una dinámica profesional técnica, sintomática, les impide ir más lejos o hacer algo más, dinámica que a veces puede resultar asfixiante para ellos mismos, ya sea porque no existen

las condiciones idóneas de infraestructura, de recursos económicos, de tiempo o porque la misma práctica médica y la formación profesional no lo permite o motiva. Esto se suma a intereses personales y a las determinantes de género que marcan el quehacer cotidiano.

Encontramos en los testimonios que la capacitación durante la formación profesional es percibida por los mismos médicos como deficiente y demasiado técnica. Además resienten la falta de herramientas para enfrentarse al problema:

Es falta de formación porque en la universidades no nos dan ese tipo de... gusto... no lo tenemos. El panorama de la educación del médico dista mucho de ser lo que debería de ser en todos los aspectos como médico general. Yo tengo la oportunidad de tratar médicos que recién terminaron la escuela y uno ve la preparación de ellos y es muy deficiente. Entonces, en este tipo de violencia, jamás nos lo enseñan en la escuela, nunca²⁹ (Teacher, 07/11).

Esta carencia, que puede representar un lujo o un “gusto” para unos médicos, para otros está relacionada directamente con el ejercicio de su trabajo, ya que su participación es requerida en varias ocasiones para determinar el origen violento de lesiones en casos judiciales, y en estos casos la falta de preparación es considerada como una importante carencia.

En ocasiones somos llamados o requeridos para ver si alguna lesión tuvo que ver con un hecho sexual violento. Pero nunca hemos sido capacitados en determinar o reconocer lesiones de este tipo, entonces nos dejamos llevar por nuestra experiencia y por lo que intuimos en cada caso (Castillo, 07/11).

Cabe mencionar que antes de que se instalara el módulo del Programa de Violencia Familiar, las pláticas o capacitaciones en el tema eran nulas, y aunque ahora las hay, podrían catalogarse como deficientes ya que 1) pasa demasiado tiempo entre una y otra (la última se dio hace dos años), 2) es escaso el número de médicos que tienen conocimiento del área o de lo que se debe hacer, y 3) sólo cuatro médicos dijeron haber tomado alguna vez una capacitación de algo relacionado, el resto dijo nunca haber recibido una ni saber que existieran. “Si hemos tenido yo no he sido incluido, nunca he tenido yo acceso a un curso así”, (Guillermo, 07/11) o “No, no sé si haya habido” (Estela 07/11).

De entre los que sí han tenido alguna capacitación sobre detección de casos de mujeres violentadas, África y Ruth fueron quienes señalaron estar más al tanto de las

²⁹ Es interesante que aunque se muestra preocupado por ello, se refiere a la capacitación como “gusto”, lo que sugiere estar dando poca relevancia al tema.

actividades, concordando sus testimonios con las actividades y frecuencia que dijeron mantener las integrantes del PVF.

Sí, aquí en el hospital, en el aula las dan por lo menos una vez al año. Principalmente el día de la mujer, no sé por qué [Risas]. Son abiertos a todo el público, pero no son obligatorios (África, 07/11).

No, de manera regular no. (...) Hemos tenido visitas y pláticas sobre lo que es violencia intrafamiliar (...) Cuando yo estaba en la mañana había ese tipo de... teníamos esa oportunidad de asistir. Yo considero que es muy importante porque de alguna manera yo también fui víctima de violencia, entonces yo, si no hubiera sido por la terapia no sé qué hubiera sido, yo sí valoro la importancia de una terapia, la importancia de que ellas tengan una mejor calidad de vida (Ruth 07/11).

En el testimonio de Ruth destaca la importancia que le da a los servicios del programa y a estas capacitaciones por la empatía que manifiesta al haber sido ella también una víctima. En sí, a lo largo de toda la entrevista, Ruth hizo referencia a las múltiples formas de violencia de las que ha sido víctima, física, psicológica y económica durante su matrimonio, y haber sufrido discriminación de género en varias ocasiones dentro del hospital por parte de colegas y directivos³⁰. El caso de Ruth es importante porque, como se verá más adelante, los factores personales han sido determinantes para que ella pueda detectar signos de violencia y diferencie entre varios tipos de ésta.

³⁰ Ruth se considera una mujer que conoce bien el ambiente médico que ella llama machista, así como las jerarquías del hospital, ya que ella trabajó 10 años como auxiliar de enfermería, tiempo durante el cual estudió la carrera de medicina y después de titularse pidió su cambio a Médico General en donde labora y tiene plaza desde hace 5 años. Ruth nos contó que las discriminaciones por género son muy frecuentes en el hospital y que ella ha vivido varias pero nos narró la que considera la más importante y yo la transcribo aquí ya que aunque no está centrada en el proceso de atención, el testimonio nos ayuda a contextualizar el ambiente del hospital y conocer otras violencias de género que se dan ahí y en la mayoría de hospitales en México, y otros países -una encuesta realizada en España apunta que el 46% de las mujeres médicas en España declararon haber sufrido algún tipo de discriminación-y que no sólo se ejercen contra las usuarias. “Como soy personal de base tenía la posibilidad de cambiarme de turno al que yo considerara, de acuerdo a mis necesidades. Me ofrecieron trabajo en el Politécnico, en la mañana, y acepté pero para eso tuve que hacer un cambio al turno... yo quería cambiarme al turno especial de sábados y domingos para poder laborar en la mañana, en el poli. Entonces... porque tengo 3 hijos y también económicamente necesito cubrir muchos aspectos económicos básicos y me era muy necesario. Hice mi solicitud de cambio pero no recibí apoyo para lograr mi cambio, cuando personal eventual y personal de sexo masculino, con menor antigüedad se los dieron a ese turno. Entonces llegó un momento en que ya no pude mantener ese ritmo: trabajar en la noche y trabajar en otra institución en la mañana. Entonces tuve que renunciar a mi trabajo porque no tuve apoyo de mis directivos. Hice todo lo posible, fui a Cuernavaca, inclusive vi gente de derechos humanos porque sí me pareció muy injusto. Digo, ¿por qué una persona porque es hombre consideran más sus necesidades que las mías, qué, porque soy mujer consideran que no son importantes?” (07/11).

Por otra parte, Anirak dijo haber tomado una charla pero que estaba más enfocada al tema del aborto: “Sí, hablaron un poquito de eso, pero casi no. Fue acerca del aborto, cuando estaba en polémica de que sí aceptaban el aborto. Sí vinieron a dar una capacitación, pero exclusivamente de violencia intrafamiliar, no.” (07/11).

Finalmente, Moreno hizo referencia a cursos a los que había asistido sobre el tema, el más reciente no en el hospital pero sí impartido por parte de la SSA y estuvo dirigido al personal del hospital de Cuautla:

Nos dieron un curso en el Ministerio Público. En ese curso hubo un teatro de cómo maltratan a las mujeres. De cómo hay que hacerle, cómo detectarlo pero no lo transmitimos. Ese curso lo convoca la Secretaría de Salud, un curso para violencia intrafamiliar cómo tratarla. Nos preguntaron quién quiere ir o a quién le toca ir, pero no hay una relación de que debemos de transmitirla. Nada más para que aprendan y lo apliquen pero no lo transmitan.

Pimentel considera que el discurso de un actor con frecuencia sirve para caracterizarse a sí mismo y a otros personajes, porque “un personaje no sólo se caracteriza por sus actos sino por las peculiaridades de su discurso” (2010:38). Así, el testimonio de Moreno -quien es jefe del sindicato de trabajadores del hospital y subdirector del área de urgencias del turno vespertino- es un buen ejemplo de la actitud apática de varios médicos frente al problema y de cómo la posición de poder –doble, en el caso de Moreno- puede permitir expresar ciertos actos sin miedo a ser juzgado y hasta ostentar actitudes que probablemente ocultaría si no estuviera en esa posición, o si se encontrara frente a una persona que representara una amenaza³¹. Así, él aceptó mantener un doble discurso frente al problema, ya que aunque ha recibido capacitaciones y dice intentar asistir a todas, no las aplica porque a su parecer no es obligatorio, ni recibe ningún beneficio con ello: “si nos dijeran ‘los vamos a llevar a Ixtapa Zihuatanejo, les voy a pagar todo, hotel y lo van a transmitir’, lo hacemos”. También mantuvo una doble moral frente a la norma: “como médico no la conozco. Como médico sindicalizado y coordinador sí, pero no la aplico porque no es mi departamento, para eso está planeación, para aplicar las normas” (07/12).

³¹ Como parte de la subjetividad y experiencia del investigador que considero se debe plasmar en toda investigación sociológica, quisiera mencionar lo difícil que fue realizar la entrevista a Moreno, ya que aunque se le dijo que la entrevista era voluntaria, firmó un consentimiento informado y se le enseñó en permiso oficial que me permitía realizar las entrevistas en ese hospital, insistió en varias ocasiones en lo apócrifo de mis permisos y en que si accedía a la entrevista era como un favor personal hacía mi.

Aunque, como veremos a lo largo de este capítulo, las razones del fracaso de estos programas son múltiples, en este apartado podemos ver las disociaciones entre lo que dice hacer el PVF y el verdadero impacto en el personal, así como entre los resultados que los manuales y normas creen obtener con las capacitaciones y la manera en la que se perciben y ejercen por los médicos. Quienes estuvieron más receptivos mostraron una empatía personal con el tema y quienes no, ni con las múltiples capacitaciones lograron obtener la tan perseguida “sensibilización”.

Considero que la manera misma en la que se intenta lograr una adecuada atención se sustenta en una capacitación, una “sensibilización” como la llaman,³² que se ancla en la empatía, “el humanismo” y la buena voluntad, ausentes, según los testimonios, en el sistema médico y considero que también en el sistema hegemónico de género.

4.4.2 La detección

Entre los resultados que arrojan los datos de campo, podemos encontrar que pese a que 12 de los 13 médicos entrevistados dijeron haber atendido alguna mujer en situación de violencia, sus afirmaciones comprueban lo diverso que puede resultar un simple “sí”. Y es que, de quienes respondieron afirmativamente, la frecuencia de tiempo en la detección de casos, manifestada espontáneamente al principio, fue modificándose mientras se profundizaba en el tema. Así, encontramos los testimonios de cuatro médicos que a la pregunta de ¿ha atendido alguna vez a una mujer que presentara signos de violencia? respondieron inicialmente “sí, muchísimos” o “sí, varias”. Sin embargo, cuando se les preguntaba sobre sus experiencias o, ya en forma de pregunta específica, sobre la frecuencia de estos casos, corregían diciendo: “realmente no son muchos”, “no son tan frecuentes como se pensaría”, “al año, tres casos”. Este tipo de detalles -que pueden esconderse en las

³² La palabra misma, sensibilización, podría dar pie a un análisis sobre la supuesta sensibilidad que tienen o de la que carecen los médicos, así como la implicación de género que conlleva ésta. Pues al parecer esto implicaría que los médicos(as) sumergidos en una profesión o campo masculino o masculinizado pierden la sensibilidad, por lo que hay que sensibilizarlos, es decir feminizarlos. Así que para que los médicos puedan identificar casos necesitan personalizar la atención más que adquirir un conocimiento; se trata de adquirir la sensibilidad de la que el resto de los médicos no asignados o pertenecientes a otras áreas puede carecer. “Cada hospital debe contar al menos con un equipo especializado que consiste en una psicóloga(o), una trabajadora social, una enfermera y un médico sensibilizado” (Programa de acción 2007).

encuestas u otras técnicas de recopilación de información muy cerradas- son importantes porque aportan información sobre el quehacer profesional médico. Podemos decir que la primera reacción nos puede dar luces de los casos que han detectado, pero suponemos que frente al temor de una forma de proceder precaria, o al sentirse juzgados o amenazados, las respuestas son corregidas. De igual forma, el sí inicial de otros, que contestaron de manera seca o para quienes fue el inicio de un tema, contextualizado con el resto de la información que dieron, puede decir mucho sobre la actitud -más abierta o indiferente- que mantienen esas personas frente al problema.

La siguiente tabla muestra el número de casos que cada médico dijo haber atendido. Cuando está señalado un NA (no aplica) se trata de casos en los que el médico no quiso contestar la pregunta (médico 5), o por ser jefe de área, mencionó que pese a saber que son constantes los casos de violencia de género, no podría dar una cifra aproximada porque sólo está en contacto con aquellas personas en estado grave (médico 11).

Número de casos de mujeres en situación de violencia atendidos por los médicos entrevistados ³³

Médico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Mediana
Casos por año	2.5	3	4	24	NA	2	0.2	2	12	2	NA	365	0	2.5

Como algunos testimonios hacen referencia a número de casos por mes, otros por año y algunos otros por el tiempo en el que han laborado en la institución, fue necesario sacar un promedio por año, lo cual no se pudo hacer de manera general por la naturaleza de los datos, así que se recurrió a obtener la media. Sin embargo, sí posibilita un análisis de la percepción que pueden tener los médicos y médicas de la violencia de género contra las mujeres.

Como se puede ver, dos cifras contrastan con el resto, pero son éstas las más sugerentes para el análisis. La cifra 12 (365) hace referencia a quien contestó que al menos atendía o detectaba uno por día, tomando en cuenta comentarios durante la consulta o casos donde fueran evidentes los signos de violencia física, psicológica o económica. En los casos

³³ Datos recogidos por la autora.

de violencia psicológica, la mayoría se manifestaban en crisis nerviosas o comentarios reveladores hechos durante la consulta:

Que llegan con crisis yo creo que al menos uno por noche... bueno, somos tres o cuatro médicos por noche, uno me toca a mí, no sé si a ellos les toca más pacientes. Llegan manifestando crisis pero sin signos positivos, y ya en la evaluación minuciosa te das cuenta de que lo que tiene la paciente no es congruente con un padecimiento y la evolución es muy rápida porque en sí la paciente no tiene nada físicamente (...) le interrogas, le haces estudios, la exploras y al final resulta que tuvo alguna cuestión emocional muy importante. Algún coraje, alguna situación de miedo intenso (Ruth, 07/11).

Es por ello que el dato de esta médica contrasta con la mayoría de quienes contestaron haber atendido un caso al mes o a los 4 años, pues eran casos que recordaban haber identificado por las señales de violencia física. Esto nos muestra que la mayoría de los médicos no toman en cuenta la violencia psicológica ni saben identificarla como tal. Ése es el caso de Estela, la médica que en la tabla es representada por el número 13, quien afirmó nunca haberse topado con un caso de violencia. Sin embargo, al final de la entrevista, cuando tenía que evaluar el procedimiento de atención, contestó que no creía que fuera bueno porque ella ve estos casos y no los canaliza. Además comentó sobre mujeres que después de atenderse un parto, cuando se les ofrece un método anticonceptivo, se niegan argumentando que sus maridos se lo prohíben o que llegarían a hacerles daño o dejarlas si lo hicieran:

No... o sea, así que se vean golpes y así no. Sí con situaciones emocionales que traen de fondo y que a veces incluso se ponen a platicar. Tal vez se dé la situación que no las dejan operar los maridos (...) aunque ya tengan cinco o seis (hijos), 'es que mi marido no quiere, no quiere que me operen', ellas no deciden por el miedo de que 'me va dejar, si me opero me va dejar' (Estela, 07/11).

Al parecer, Estela no considera que las agresiones psicológicas o emocionales sean productos de actos de violencia, ni el intentar dominar el cuerpo y las decisiones de las mujeres.

Ha sido constatado ya en diversas investigaciones y estadísticas que pese a que muchas mujeres lo desean, no usan ningún método anticonceptivo por injerencia de la pareja, lo cual debe ser tomado como una forma más de violencia, pues atenta contra los derechos reproductivos de la mujer.

Volviendo a la tabla, la séptima cifra, 0.2, se refiere al médico que dijo que sólo había atendido dos casos de mujeres golpeadas en el tiempo que llevaba trabajando en el hospital, 10 años, lo cual nos habla sobre la capacidad de identificar casos, el compromiso con esta problemática y la disposición para cooperar en una investigación. Lo mismo pasa con la mayoría de los entrevistados, quienes dijeron haber atendido a un promedio de dos mujeres por año, datos que contrastan con los casos identificados por las recepcionistas, quienes aseguraron que los distintos traumatismos provocados por la violencia contra las mujeres es la segunda causa más frecuente por la que asiste este sector al hospital (la primera está relacionada con la maternidad): “Las mujeres, si no es por parto, es por maltrato o picada de alacrán” (Recep1 07/11).

Así, aunque hemos visto que el principal objetivo de los programas, manuales y normas relacionadas con la prevención y atención en instituciones de salud es mejorar la capacidad de detección de los médicos y en ello se enfocan las acciones de capacitación, los testimonios muestran que sólo tres de los profesionales entrevistados detectaron ellos mismos los casos. Al resto podríamos dividirlo en dos tipos: 1) quienes sólo identifican a una víctima cuando es ella quien revela que sus heridas son causadas por un acto de violencia o que se encuentra en una situación de violencia y 2) quienes suponen que los casos pueden estar relacionados con la violencia pero no insisten en el cuestionamiento, concentrándose sólo en atender lo clínico, quedándose en meras suposiciones, pues consideran que eso puede ser lo mejor para la usuaria. Del primer tipo encontramos testimonios como: “la mayoría de las veces yo me imagino que hay muchos casos que son producto de agresión y que nosotros ni siquiera nos llegamos a enterar” (Castillo, 06/11) o:

Hay otras pacientes que no lo van a decir, prefieren reservárselo, más si están amenazadas por el esposo, ¿no? Si la paciente es de las que pueden estar amenazadas y que puede ser que no te estén... que no te informen, que no te digan la verdad, que puedan enmascarar, ocultar la información, y si aparte a nosotros se nos llega a ir el observarla a detalle o ver y no interrogarla entonces sí, son los casos que se nos llegan a ir (Anirak 06/11).

Dentro de este grupo también está Miranda, quien considera que nunca se le escapado la detección de un caso de mujeres violentadas porque “es muy evidente”, pero cuando es se le pregunta cómo logra notarlo, argumenta: “porque ellas me dicen ‘me golpeó

mi marido””. Es decir, que para detectar los casos depende de la información verbal que ellas expresan, sin intentar indagar de otras maneras.

Y del segundo tipo están los testimonios de Guillermo y Nela:

Pues vemos a una persona que es muy cohibida, muy penosa en expresarlo y que no nos da datos concretos. Abordamos de cierta forma al paciente sobre lo que le pasó y no nos da una explicación lógica de sus lesiones que presenta, pues, por miedo a las represalias o por miedo de lo que conlleva lo legal, pues, se limitan al decirlo. Vienen prácticamente por una necesidad de atención física pero sí nos damos cuenta que hay una agresión detrás de esto (Guillermo, 07/11).

Sí le preguntas pero si la persona lo niega, lo olvidas (Nela, 07/11).

Otros simplemente responden que no cuando se les pregunta si profundizan en el cuestionamiento para intentar averiguar el origen de las lesiones o corroborar sus sospechas.

Es importante mencionar que los médicos que dijeron identificar a las víctimas por ellos mismos e indagar constantemente en el origen de los padecimientos lo hicieron sin conocimiento de la norma o del protocolo de atención a víctimas de violencia, por lo tanto, sin responder a un lineamiento o exigencia oficial, sino con herramientas básicas del procedimiento de urgencias, como un interrogatorio a profundidad u otras desarrolladas por ellos mismos en un papel que ellos mismos llamaron de *detectives*.

Porque cuando uno empieza a cuestionar el porqué... uno es como un detective ¿no? Dicen ‘es que me di un raspón aquí’, ‘sí, pero ¿cómo te los diste?’, ‘no, pues me pegué con una silla’. Pero las características de la lesión a veces no son, entonces no le dicen a uno hasta que uno insiste otra vez, otra vez y otra vez cuestiona. Finalmente, ‘es que mi marido, mi novio, no debo de hacer esto u el otro’. Sí hay el aspecto psicológico, pero no lo detectamos tan fácilmente a sabiendas que vaya acompañado de lesiones importantes que físicamente se manifiestan (...) Va mucho en relación a la experiencia... le decía hace rato que éramos como detectives. Decimos ‘esta lesión no es’. Dicen: ‘es que me raspé’ y nosotros ‘es que esta no es de raspaduras’ o ‘tengo un moretón’ y digo ‘los moretones no se hacen ahorita’ (Teacher 07/11).

o:

Nadie me dijo, yo sólo lo hago porque llegan las mujeres porque según se cayeron, pero no es así. Ya cuando uno empieza a entrevistar empiezan ellas a decir ‘no, es que la verdad mi esposo me pegó, que porque no tuve la comida a tiempo, que porque no lavé la ropa, que porque está todo regado’, diferentes cosas (...) Diría que un 60% lo aceptan y un 40% no, pero nunca se me ha ido un caso, siempre le saco la información. Siempre les hago ese hincapié: ‘si usted me da una mala información yo le voy a dar un mal tratamiento y va a ser maltratada’. No en el sentido de que yo la maltrate, sino que recibirá un mal tratamiento’ (Rambo 07/11).

Tanto en el testimonio del Teacher como el de Rambo, la identificación representa un acto heroico o un reto que debe realizarse con capacidades personales especiales, que se adquieren con la experiencia, o que está relacionado con actitudes humanitarias, una cuestión de no caer en la indiferencia, como se puede verse en el testimonio de Rambo:

El hacerlo depende del médico, definitivamente. Hay médicos que sí le dan importancia a esos casos, hay médicos que no. Más que nada es que, así como hay buenos negociantes o buenas personas que se dedican a los negocios, también hay médicos que se dedican a explorar, a ponerse en los zapatos del paciente y ser un poquito más humanitarios, porque en esta institución nos tachan de que no somos humanitarios, que todo nos vale, porque así hay mucha gente.

Este testimonio sugiere que la buena atención puede ser también vista como una suerte, donde a un usuario, si le va bien, le puede tocar un médico que le importe por lo que esté pasando, aunque también hace referencia a la saturación de los hospitales que para muchos puede ser un impedimento para brindar una correcta atención.

Entre las dificultades que señalan los profesionales para la identificación de víctimas está el tiempo: “no hay suficiente tiempo para servir, no podemos estar mucho tiempo con el paciente, no puedo estar preguntando por qué se enojaron, o por qué... no.” (Pino); la infraestructura del hospital y los consultorios -por la remodelación los consultorios son cuatro en un mismo cuarto, divididos por cortinas. Si ahí es donde atienden a todos los pacientes de urgencia, la falta de intimidad puede ser determinante para que una mujer en situación de violencia no se sienta con confianza para hablar o expresar libremente las causas de sus lesiones: “por las obras de remodelación no tenemos una privacidad con el paciente, pero cuando hay ese ambiente de privacidad, sí nos llegan a comentar pues problemas que tienen” (Guillermo,07/11), y también la minimización que le dan a estos casos y que algunos médicos detectan, como señala Ruth: “lo minimizan, muchos lo minimizan” o Rambo, cuando dice que depende de los médicos y la importancia que le den a los casos.

Rosario Valdez (2004) considera que son tres los aspectos principales que dificultan la identificación de los médicos con víctimas de violencia: a) la falta de capacitación del personal de salud, b) las limitaciones de tiempo y c) la renuencia del personal de salud a enfrentar de manera directa estos casos.

Como ya se ha mencionado, quedarse a ese nivel sería obviar lo institucional, lo estructural y lo social del campo médico. Tenemos que ver las actitudes como parte de un *habitus* y los problemas de atención en sí como “epifenómenos resultado de las estructuras de poder, los *habitus médicos* y los *habitus de las usuarias*” (Castro, 2010).

4.5 El papel de las recepcionistas y la identificación

El testimonio de las recepcionistas fue clave, ayudando, entre otras cosas, a corroborar los testimonios de los médicos e integrantes del PVF, pues al ser el primer contacto, son quienes están más al pendiente de los casos, algunos incluso de violencia ejercida contra los usuarios por parte de los médicos. Sin embargo, el papel que desempeñan en el procedimiento de atención en el hospital, dista mucho de lo que se puede llamar una atención de calidad. Sobresale el lenguaje paternalista con que se dirigen a los usuarios(as): “madrecita, “padrecito” y otros “itos”, puede verse como un elemento distanciador, formando parte del paternalismo profesional, muy común en el campo médico: “el paternalismo o el trato conmisericordioso, que rompe la igualdad, son algunas de las formas de discriminación” (García, 2008).

En mi observación, pude notar que son las recepcionistas quienes imponen la gravedad del malestar de la usuaria, ya que ellas son quienes deciden quién tienen prioridad dependiendo del riesgo en el que se encuentre. Esto es decidido sin conocimiento médico y sólo a través de la observación. Al no haber turnos o listas de espera y sí una gran demanda, en ocasiones los usuarios deben esperar durante horas, siendo muchas veces olvidados.³⁴ Sin embargo, muchas de estas actitudes pocas veces están relacionadas con intereses o causas personales, más bien son producto de la mala organización de muchas de las instituciones de salud en México, con alta demanda de servicio, escaso personal y deficiencias de infraestructura, como es el caso de este hospital.

En cuanto a la participación que tienen estos agentes en el proceso de atención, al ser las recepcionistas el primer contacto con el usuario y las encargadas de priorizar, son las que cuentan con la mayor información sobre todos los casos:

³⁴ Cada persona que llega es anotada en papelitos que son acomodados junto al teléfono y que en muchas ocasiones, veía yo mientras estaba entrevistando, se revolvían.

Sí, muchísimos casos, traen golpes, moretones, descalabradas, desde adultas hasta jovencitas. Ahorita hay una que la golpeó su yerno. Hay muchas veces que nos dicen, hay otras en que vienen con mucho miedo o es el familiar que nos dice. Muchas se abren pero otras por pena no. Si vienen muy lesionadas las pasamos con Trabajo Social para que pongan una demanda, si no, las pasamos con Helen...hay un módulo de violencia intrafamiliar y ella nos ha pedido que canalicemos (Recep1 07/12).

Sí, bastantes, de hecho han llegado embarazadas y lactantes, hace dos semanas llego una embarazada muy golpeada, venía tapada de la cara y me dijo: es que mi esposo me golpeó. Pero ya no supe en qué quedó (...) llegarán unas tres por mes (Recp_N_MJS 07/12).

Sí, es frecuente que lleguen ese tipo de pacientes. Cuando llegan normalmente no nos lo refieren, pero unas si nos dicen porque tratamos de saber qué es lo que pasa, algunas sí nos dicen. Pero cuando no nos dicen nos damos cuenta, se ponen nerviosas, lloran, vienen alteradas pues (Recps_N_LMV).

Estos testimonios contrastan con la información dada por lo médicos, pues la mayoría respondió que la media anual era dos casos de violencia contra mujeres, mientras que la mayoría de las recepcionistas dicen que son casos frecuentes, aunque pocas veces identificados a través de un interrogatorio específico, y la mayoría de las usuarias llega refiriendo el origen de sus lesiones. También pudimos observar que las recepcionistas son agentes limitados en el seguimiento de un caso, pues pocas veces sabían el desenlace de los casos que recibían, ya que después son atendidos por el urgenciólogo y entran a hospitalización y no existe la oportunidad de seguir el proceso. Otro aspecto relevante es que son las recepcionistas quienes tuvieron un conocimiento mayor del departamento del PVF y son las que han canalizado en más ocasiones a usuarias a este departamento o con la tanatóloga, que recibe casos del personal médico que no tiene conocimiento del PVF. El papel clave que juegan estos actores es indispensable en el desarrollo del proceso. Surge también la reflexión de que probablemente no sean ellas las que más casos detectan, sino que tienen menos miedo de decirlo sin retractarse, pues no es su responsabilidad detectar, cuestionar ni canalizar, y muchas veces lo hacen de manera esporádica y, como dicen, “si está en nuestras manos y si el trabajo nos lo permite”. Esto contrasta con lo que sucede con los médicos, que parecen tener miedo a ser juzgados. Así que aunque los médicos identificaran una mayor cantidad de usuarias, la responsabilidad que creen tener hace que sus respuestas sean moderadas y reticentes.

4.6 El hacer de los médicos. Entre entrevistas, encuentros y observaciones

Uno de los puntos más importantes que se intentó dilucidar en esta investigación es el *qué se hace* cuando ya se ha identificado a una víctima, cuando la usuaria manifiesta que el motivo de sus heridas es un acto de violencia o menciona vivir en situación de violencia. Para ello, se cuestionó a los médicos sobre lo que hacían cuando se enfrentaban a un caso, bajo qué mandato hacen lo que hacen y si siempre hacen lo mismo o existen variantes. La información recabada se comparó con la obtenida por otros trabajadores no médicos del hospital, con el testimonio de las usuarias con las que se pudo tener contacto y con la observación realizada. El resultado fue un discurso “oficial”, plasmado en el Capítulo 3, donde se menciona que los médicos dicen avisar al Ministerio Público o canalizar los casos al área de trabajo social para que ahí se le dé aviso al MP. Pocos sabían por qué debían hacer eso, “más bien es como una tradición oral, de que si hay algún tipo de violencia se debe dar aviso al Ministerio Público” (Castillo, 07/11), fue la respuesta automática que obtuve. Sin embargo, como se puede ver en el Anexo 5, donde se narra el encuentro que mantuve con una usuaria en situación de violencia (que pude contactar gracias al aviso de las recepcionistas), lo que se hace no es eso, por explícita que sea la agresión. Así, durante mi trabajo de campo, en una ocasión, tuve la oportunidad de observar lo que se hace en esos casos más allá del discurso oficial, y vi cómo los médicos no dan aviso a la trabajadora social, ni ésta al Ministerio Público, como dijo “siempre” hacerlo “ante el más mínimo signo de violencia”. Es importante resaltar que, en este caso, ni siquiera era necesario indagar ya que Estela -como llamé a la usuaria- llegó diciendo a las recepcionistas que había sido agredida por su yerno, y lo mismo le dijo al médico (Guillermo³⁵) y a la trabajadora social,

³⁵ La entrevista con Guillermo fue clave para mi investigación, ya que él atendió a Estela, una usuaria que llegó diciendo haber sido agredida por su yerno. Este testimonio me permitió contrarrestar discursos entre víctima y médico. Guillermo es un joven de 31 años que labora en el hospital desde hace cinco años. Él durante la entrevista se mostró como una persona de actitud seria, se considera buen médico, acostumbrado a ver casos de violencia, pero su percepción de ser buen médico es contradictoria con la práctica porque no da seguimiento a los casos. A él le toco atender el caso que me relató otra médica y el de la mujer violentada que yo conocí. Al caso que me relató la otra doctora no le dio seguimiento, “creo que su esposo vino y se fue”. Y en cuanto al caso de la señora con la que coincidí no lo cuenta como tal y sólo hace referencia a él cuando menciona tipos de agresores. Guillermo dijo dar recomendaciones a quienes llegan por estas causas, como “tenga cuidado de su persona”, mismas que podemos considerar como recomendaciones insuficientes cuando estamos frente a un caso de violencia y dónde puede estar en riesgo la vida de la mujer. Asimismo, tiene una visión o justificación de la violencia relacionada con la idea de que los pleitos se arreglan en casa, pues

cuando fue a pagar sus gastos médicos y detalló sus lesiones y las causas de éstas para que estimara el monto.

4.6.1 El apoyo y el miedo

Como vimos, aunque sólo sea en el discurso oficial, los médicos dicen hacer cosas (como siempre dar aviso al MP) que consideran es su deber independientemente si lo sea o no, pero justo cuando acaba el discurso oficial y la responsabilidad, comienzan a traslucirse los discursos ocultos sobre la atención y la violencia de género. Esto lo percibí cuando intenté profundizar acerca del tipo de interacción que se da durante la consulta, lo que les dicen a las usuarias en cuanto éstas hablan o ellos mismos perciben una situación de violencia. Fue entonces que comenzaron a notarse las sutilezas de la atención y con ello el interés y el compromiso que tienen con el problema. De los trece médicos, siete aceptaron no decirle nada especial a la usuaria y evitar involucrarse. Sus principales argumentos son:

- No tenemos los medios para poderles hablar (Villa, 07/11).
- Anotamos en el expediente clínico, pero sólo es sobre los hallazgos clínicos y lo que retrata la paciente... (Castillo, 07/11).
- No pues... no, pues cuídese o algo, pero no, no, la verdad en mi caso no me involucro (Pino, 07/11).
- Mi reacción es normal, yo la veo como paciente, como ella. Trato de platicar con ella pero no me meto (Miranda, 07/11).
- Simplemente lo que hacemos es lo del tratamiento médico, ya para no meternos en broncas, porque eso ya es otro problema (Anirak, 07/11).
- No tenemos mucho tiempo para hablar con la persona, salvo en casos excepcionales tenemos que tomarnos el tiempo para platicarlo. Por ejemplo pues el fallecimiento de un paciente que sí estamos a cargo de él pues platicarlo con los familiares y demás. En estos casos, pues bueno, si recomendamos pues, tener cuidado de su persona, que sea un lugar seguro donde estén, pero más allá no. Por tiempo por... 'ora sí que nuestra especialidad es la medicina, no psicología, no abordamos más el tema (Guillermo, 07/11).
- Me abstengo de discutir con los pacientes, no es mi papel (Nela, 07/11).

considera que a veces las mujeres cuidan el qué dirán o no denuncian por sus hijos y familiares. Según él, su obligación es reportar estos casos a trabajo social y de ahí en fuera, no se hace cargo. Menciona que muchas de sus acciones están limitadas por la infraestructura del hospital y los recursos humanos y materiales necesarios. La cantidad de trabajo que tiene y lo que considera su responsabilidad también limita su acción frente a dicho problema: "nosotros vemos lo agudo". Guillermo considera la detección como algo que a veces tiene que hacer pero indagando se da cuenta de que lo que dice que pasó no coincide con las lesiones, no se corresponden y entonces los canaliza con la psicóloga. Con todo, después se contradice cuando le pregunto a dónde específicamente las canaliza: "sólo les recomiendo asistir a psicología". El testimonio de Guillermo fue muy importante porque ayudó a ver las subjetividades y ambigüedades en relación con el *deber ser* profesional, ya que su actitud no puede ser considerada buena o mala en tanto que él cree hacer lo que debe de hacer, lo que le enseñaron que hiciera.

A través de estos testimonios, podemos ver cómo todos los reglamentos o normas distribuidas no tienen impacto alguno sobre los médicos ya que aunque consideran que su trabajo es dar aviso al Ministerio Público (lo que en realidad es responsabilidad del jefe del hospital o del departamento de violencia), no consideran su deber brindar apoyo a las usuarias, creen que su trabajo se acaba en lo técnico, no hay acompañamiento, ni interés, ni ven el problema mayor. Las mujeres en situación de violencia son vistas como un usuario más, un paciente sin agencia, un enfermo al que solamente se le debe curar un malestar físico. Para los médicos en general la violencia “no es un asunto de orden médico, si acaso de cierta patología mental difusa de la que deben encargarse los profesionales de esta área” (Herrera, 2009:113).

Uno de los argumentos más frecuente para no brindar apoyo es el tiempo. Un tiempo que nunca alcanza cuando hay tanta gente que atender y tan pocos médicos por turnos³⁶. Además, está la poca importancia que le dan los directivos y autoridades al programa, quienes no promueven la atención de calidad, ni a usuarias con este problema ni a ningún otro, pues parece que lo importante es cubrir números aunque no existan las condiciones para ello, aun a costa de la explotación del médico o de la vida de los usuarios.

Otro elemento en los testimonios de los médicos fue el no querer meterse en problemas o evitar involucrarse en conflictos. Este argumento es uno de los motivos que más pesa para que los médicos no quieran canalizar ni intentar detectar los casos, y que los justifica para “hacerse de la vista gorda”. Aunque pocas veces lo hacen explícito, a mí me lo reveló un anesthesiólogo en una plática informal:

El problema es que esos casos no se persiguen de oficio, por eso los médicos no le dan seguimiento ni hacen nada, y si denunciamos nos tratan peor que criminales en el MP. Lo mismo pasa con los abortos, uno tiene que estar yendo a declarar cada rato al MP, lo peor no es eso, es que sabemos que a las mujeres que abortan las arrestan o les hacen lo que quieren. Si a los casos de violencia o violación se les persiguiera de oficio como se hace con los homicidios, sólo se investigaría cómo sucedió pero no tendríamos que estar declarar y

³⁶ Aunque debería de haber al menos en urgencias 4 médicos por turno normalmente son dos y, a veces, sólo uno a cargo del área de urgencias. En una ocasión, cuando cubría el turno vespertino me tocó que sólo hubiera un médico en el área de urgencias, ya que según se había reportado uno enfermo, otro estaba en incapacidad y otro había ido a un traslado, por lo que a fuera había decenas de personas esperando desde hacía más de 7 horas.

declare, no tenemos tiempo ni nos gusta cómo nos tratan (Trascripción de diario de campo. Cuaderno 1, 07/11).

Lo que relata el anestesiólogo me hizo darme cuenta de que al no saber los médicos que su única responsabilidad es canalizar al departamento del PVF (que toma entera responsabilidad del caso), terminan involucrándose en situaciones difíciles, lo que fomenta una apatía mayor en el tema. También el testimonio muestra dos puntos muy importantes: por un lado, permite entender cómo el problema no se puede reducir a acciones individuales, es estructural e intervienen otras instituciones y otras deficiencias y, por otro lado, revela un miedo a lo legal que nos permite ver y entender el límite de su acción. Así, más que una falta de voluntad o de sus convicciones personales sobre el tema de la violencia de género, el Ministerio Público, como ya se mencionó en el Capítulo 2, se muestra como un *lugar-mito* al que temen, un temor tal vez relacionado con la salida de su zona de confort, con enfrentarse a otra institución y otro campo que no es el suyo pero que también es masculino, violento y jerarquizado.

Con todo, se puede apreciar que el problema va más allá de la jurisdicción del hospital, y por otra parte, se observa cómo no existen sanciones para los que no cumplen, el aviso es opcional ya que la norma es laxa y los programas también. Esto se debe probablemente a que hasta los años noventa las Normas Oficiales en México eran instrumentos regulatorios de cumplimiento voluntario, pero a partir de la puesta en marcha del Tratado de Libre Comercio adquirieron un esquema de normalización de los Estados Unidos, elevándose a otra categoría y entrando en conflicto con otras leyes y reglamentos institucionales (Herrera, 2009). Así, es probable que muchas instituciones no se sientan obligadas a aplicar la norma o cooperar con el programa, o simplemente le den prioridad a otro tipo de reglamentos más rigurosos. Y aunque tuve registro de que sí se distribuyó el resumen de la norma (Anexo 7) y el plan de acción a los médicos (no sólo por lo que me dijo el personal del PVF sino porque un médico declaró haberlo recibido), el aplicarlo implicaría introducirse en un embudo de compromisos a los que se rehúye.

Entre los médicos que se mostraron más dispuestos a hablar con la usuaria y brindar apoyo fueron tres. El primero fue Rambo, de quien he escuchado es el que canaliza más

casos al departamento del PVF e intenta escuchar, aunque admite que no le gusta enfrentarse a esos casos.

Al saber que son de violencia intrafamiliar, yo les digo que hay un módulo de violencia intrafamiliar aquí en el hospital, que pueden acudir a ese módulo para que sean informadas de qué es lo que necesitan hacer. Les digo que necesitan acudir al siguiente día, en cuanto sean dadas de alta. Creo que hay veces que hay que ser un confesionista, vamos a decirlo así. Hacer sentir mejor a la paciente. De hecho hay pacientes que llegan con crisis nerviosas y ¿qué es lo que pasa?, dice ‘es que mi marido me regañó, me hizo esto, me dijo que si yo no hacía esto, me iba a pedir el divorcio’, cosas así. De hecho cuando me toca una así digo ‘híjole, uta’”, a mí no me gusta atender ésas pero así las tengo que atender. Ya cuando veo a la paciente digo ‘pues bueno, vamos a hablar con ella, vamos a hacerle como un *coco-wash*’ (Rambo, 07/11).

La actitud de Rambo demuestra que sus acciones no son hechas con perspectiva de género y responden más a un *deber ser* o una ética, pero no demuestra concebir la gravedad de la violencia de género ni empatía, valorando el acompañamiento que realiza como de “lavado de cerebro”. También su testimonio remite inmediatamente a la figura del médico como nuevo sacerdote, la cual ha sido abordada por varios autores como Foucault, Beltrán, Menéndez, Clavreul, entre otros, quienes observaron que dicha figura no sólo goza de un status sagrado dentro de la sociedad, sino muchas de sus funciones sociales son similares al de la jerarquía religiosa, como el dominio y el control simbólico y funcional de los cuerpos.

Ruth parece ser quien está más al pendiente de los casos e intenta involucrarse hasta donde sea posible, incluso llega a ofrecer consejos personales:

Yo en lo personal platico con ellas: ‘mire señora esto no es bueno para usted, que siga sufriendo este tipo de maltrato. Ahorita fue su dedo, al rato le puede costar su vida, no tiene por qué vivir una situación así, no tiene porqué... ahí están quienes le pueden ayudar. Es mejor a veces estar sola y que tenga problemas económicos a que de por sí los tenga y sufra maltrato y este maltrato puede repercutir en sus niños’. Intentas que la paciente vea lo que considera uno que es más conveniente para ella, pero muchas se molestan, no aceptan que... no sé (Ruth, 07/11).

Estela es ginecóloga y ante el hecho de que los maridos de las parturientas no las dejan operarse, las aconseja e intenta ayudarlas:

Pues obviamente las tratamos de aconsejar, por ejemplo, que si no quiere pues no le decimos a su esposo que se va a operar, al fin que las heridas son muy pequeñas. Algunas aceptan y no se ponen ni siquiera en el expediente que se ligó para evitar ese tipo de problemas con la pareja, pero es muy difícil que en tan corto tiempo tú puedas orientarlas más o darles más oportunidad a platicar con ellas. Aparte yo soy muy cerrada para el trabajo, normalmente no se puede (Estela, 07/11).

La actitud casi generalizada que tiene los médicos frente a la usuaria es a lo que se refiere Kleinman cuando habla de la desvalorización del dolor o el sufrimiento por parte de las instituciones de salud y personal médico. Él considera que se diluyen las formas de experimentar dolor en categorías diagnósticas. Este autor reconoce al sufrimiento, incluida la enfermedad, como una experiencia moral, y las respuestas al sufrimiento como actos morales, pues “están cargados de la responsabilidad de cambiar para mejor una situación problemática” (2003:18). Kleinman ha estudiado durante mucho tiempo el sufrimiento desde la antropología médica, él piensa que a las instituciones de salud y al médico se les ha olvidado lo que implica ser testigo del sufrimiento. El ser testigo implica que uno asuma el un sufrimiento en *sí mismo* al contemplar el sufrimiento *en el otro*, lo que no significa conectar o comprender el sufrimiento del otro sino contemplarse en el otro sufriente:

La biomedicina, cuyo punto de mira está puesto en los mecanismos biológicos de la enfermedad, no necesita información alguna sobre los miedos de los pacientes, la frustración de las familias, o los variopintos tipos de relación que se dan entre los pacientes y sus cuidadores. Sin embargo, estos aspectos son tan cruciales para el diagnóstico y el tratamiento que ignorar su relevancia limita la dispensación y eficacia de los cuidados. Esto conduce a una sensación de impotencia, frustración, enfado y alienación por parte de los que sufren (2003:20).

Cristina Herrera (2019) relata en su investigación sobre violencia de pareja y políticas de salud que una vez una enfermera le dijo que el problema era que los médicos no hacían buenos diagnósticos porque insistían en curar algo visible o audible con los remedios habituales, cuando el síntoma está en la casa. Pero esto, dice Herrera, implica *ir más allá* del discurso médico.

4.6.2 La violencia después de la violencia

El fracaso de la medicina que se muestra a través del desamparo, las omisiones, la mala atención, se potencializa cuando nos encontramos frente al absurdo y los increíbles actos de violencia física que ejercen los médicos contra las usuarias. Así, y sin que esto fuera un tema que me planteara estudiar, los casos de agresiones comenzaron a aparecer en los testimonios a través de excepciones que “parecen confirmar la regla en un servicio de salud” (Herrera, 2009) o en la dinámica cotidiana de atención.

La primera que me hizo referencia a esto fue Ruth, cuando mencionó que no le agradaba realizar ciertas prácticas violentas contra usuarias que llegan con crisis nerviosas:

Lo que menos me gusta a mí hacer es aplicarles lo que se llama inyecciones alemanas, que es la aplicación de alcohol intramuscular o agua. (...) Entonces, cuando una paciente viene muy mal tú tienes como médico que determinar o es realmente que viene muy mal o es una crisis conversiva. Si tú clínicamente sientes que viene en una crisis conversiva o histérica, a veces puedes aplicar inyecciones para que ella reaccione con el dolor y diga ‘no, ya mejor evito ese tipo de actitud porque me está provocando dolor’. Y a mí no me gusta utilizarlo porque es muy traumático y el alcohol te quema los tejidos, te maltrata.

El comentario de Ruth me hizo sospechar que las inyecciones son un acto común no penalizable dentro del sistema médico mexicano y que confiesa hacer pese a que dice no gustarle³⁷. Profundizando en el tema de la violencia intencional, Ruth me hizo saber que ha escuchado de varios compañeros que frecuentemente realizan actos violentos contra usuarios y que presencié uno: “la otra vez un compañero mío inclusive le jaló los pelos a la paciente y la zarandeó prácticamente de las greñas. A mí me impresionó mucho”. Cuando le pregunté qué fue lo que hizo al ver eso, me comentó que le llamó la atención diciéndole: “‘Oye, qué te pasa, si quieres yo la atiendo, pero si te ve el familiar vas a tener una de problemas, te va a demandar’, ‘por eso tengo la puerta cerrada’, dijo.” El diálogo que me relató me pareció, para mi inocente juicio, algo anacrónico o de ciencia ficción. En él la preocupación de Ruth más que ser el acto violento, parecía ser la demanda o las represiones que pudiera tener el médico si lo llegasen a ver. Por su parte, el agresor creía sentirse seguro con la puerta

³⁷ Durante la redacción de esta tesis, trate de saber un poco más sobre esta práctica, y si bien en internet no logré encontrar ningún artículo ni investigación que hiciera referencia al tema (al menos con ese nombre), sí encontré un foro donde médicos debatían el tema o, más que debatir, justifican la práctica en nombre del abuso que consideran tienen “pacientes” del servicio de urgencias. El título del foro es: “Manejo de las crisis conversivas, crisis de ansiedad en pacientes que abusan del servicio de urgencias”. Entre lo que se discute es el método más doloroso para acabar, en una dosis, con “la actitud” del usuario(a). Escribe un médico: “muchos compañeros utilizan las muy conocidas Alemanas... Agua inyectable, oxigenada y en algunos casos hasta un poco de alcohol y agua estéril Intramuscular para el manejo de pacientes con síndrome conversivo (...) El manejo rápido es una inyección dolorosa...Y si no se le quita repetirla cada 30 minutos hasta la mejora, la verdad pocas aguantan 3 inyecciones”. Otro escribe como respuesta: “Mi punto de vista es que a estas pacientes si tienen signos vitales estables y la exploración física es dentro de parámetros normales aplicar media ampolla de furosemida y esperar, puedo decirles que hasta este momento ni una sola mujer u hombre aguanta más de 40 minutos cuando por la desesperación de ir al baño recobran su estado de alerta”, argumenta otro.

Puede consultarse en:

http://grupos.emagister.com/debate/manejo_de_las_crisis_conversivas_crisis_de_ansiedad_en_pacientes_que_abusan_del_servicio_de_urgencias/1790-764301 consultado el 17 de abril de 2012.

cerrada, al fin y al cabo el paciente, es eso, un paciente que no tiene voz ni la posibilidad de queja.

Recuerdo que cuando escuché ese testimonio, se convirtió este tema en pregunta rigurosa a realizar en las siguientes entrevistas y aunque ningún médico aceptó tener practicas violentas, sí llegaron a hacer referencia de manera indirecta a actitudes violentas.

Les gritan a los pacientes, se les dicen cosas a veces demasiado agresivas (Estela, 07/11).

Hay veces que tenemos mucha gente, y cuando es así, crisis conversiva, que es como le llamamos... entonces las dejamos afuera esperando y ya cuando se relajan, ahora sí entrar y ahora sí ‘mija, ¿qué te pasó?’, ‘no sé, me falta oxígeno’ le ponemos oxígeno, las dejamos un ratito, después ‘ya te sientes bien?’, ‘sí’ (Rambo,07/11).

Estos actos violentos que pueden ser considerados como menores (violencia verbal y omisión) no dejan de ser agresiones que marcan la atención y convierten la violencia en un ciclo interminable para la mujer.

Con algunas recepcionistas y una asesora hospitalaria logré que me señalaran quiénes eran los médicos más agresivos o los que tenían más quejas de usuarios. Es importante señalar la correlación existente entre quienes fueron señalados en este caso y quienes fueron más cortantes o menos accesibles en la entrevista.

4.6.3 Evaluación, involucramiento y propuestas desde la mirada de los médicos

Los últimos temas que se tocaron en la entrevista fueron el de la valoración del proceso, es decir, saber si ellos mismos consideraban adecuada la atención que se brindaba en el hospital a mujeres víctimas de violencia; lo que ellos creen que podría hacerse para mejorarla y, finalmente, si consideraban que su participación como médicos podría ser mayor. Aunque obtuve algunas respuestas más cercanas *al deber ser*, la mayoría se expresaron en el marco de lo que consideran sus responsabilidades y posibilidades, brindándonos un amplio panorama de percepciones profesionales.

En cuanto a la valoración del procedimiento de atención, encontramos que dos de los médicos entrevistados dicen no tener opinión al respecto porque no están al tanto del proceso, ya que “no se meten en eso” (Pino y Miranda); dos más consideran que es bueno el procedimiento y que lo que cada quien hace está bien, y aunque una de ellas afirmó que no

le falta nada (Villa), la otra creyó que faltaría un módulo del Ministerio Público (África). Daniela opinó que se hace un buen trabajo de detección pero el problema es que “se deja ir a la víctima a su casa a que la sigan golpeando”. El resto de los médicos dijo que el procedimiento no era el adecuado por:

- No, porque no se detectan muchos casos (Castillo).
- No porque no sabemos qué hacer, sólo atendemos la urgencia (Moreno).
- Falta más porque hay gente que no le toma interés y ya quiere acabar la consulta (Anirak).
- No es el adecuado porque después de lo agudo ya no le damos seguimiento (Guillermo).
- Depende del médico si hace una buena anamnesis y el problema es que el módulo de violencia sólo está en la mañana y la violencia está en todos los turnos (Rambo).
- No creo que sea buena (...) la psicóloga desapareció (Teacher).
- No se da la importancia que se le debería dar y ni se comprende la gravedad del asunto (Ruth).
- No creo que sea buena porque nosotros que las vemos deberíamos canalizarlas (Estela).

Como podemos ver, si bien hay médicos que de entrada se deslindan del problema, o que ven el problema fuera (en la falta de módulos o en la imposibilidad de retener a las usuarias), hay médicos que pueden ver las carencias y problemas en el proceso de atención que los involucra y en el que juegan un papel determinante. Sus testimonios, aunque se enmarcan siempre en el *deber ser*, muestran un interés en proponer alternativas que se manifestó al preguntarles cómo mejorarían el proceso. Entre las principales respuestas estuvo el estar más alerta, el hacer el interrogatorio a profundidad, resolver la falta de protocolos, incrementar la concientización sobre el problema y, en general, coincidieron en que sería bueno recibir una mejor capacitación. Aunque sus palabras estuvieran llenas de buenas intenciones, parecían más un cliché que una intención a realizar, ya que cuando se ahondaba sobre cómo podrían involucrarse más los médicos en el problema, cómo se podría ir más lejos, las respuestas cambiaron objetando dificultades de tiempo, de límites de responsabilidad que niegan el mayor involucramiento. No obstante, el testimonio del Teacher me pareció interesante porque él observa que el problema y la solución están en la educación profesional de los médicos y en la manera que éste tiene de relacionarse con el usuario:

El panorama de la educación del médico dista mucho de ser lo que debería de ser en todos los aspectos como médico general (...) Yo creo que todo estriba en la educación y además del propósito que tenemos, hemos dejado de ver al cliente como eso. Ahora como una

persona que le vamos a resolver o le vamos a decir... Entonces esta situación hace que nosotros no tengamos la oportunidad de poder detectar específicamente.

Creo que el testimonio del Teacher, además de aportar elementos a la reflexión sobre la profesión médica, aporta luces para reflexionar en la interacción usuario-prestador de servicios y lo que Illich (1986) llama *la salud enferma*, la cual es creada por la burocracia aumentando las tensiones, multiplicando la dependencia inhabilitante, generando nuevas y dolorosas necesidades, disminuyendo la tolerancia al malestar o al dolor y reduciendo el trato que la gente acostumbraba a conceder al que sufre.

4.7 La representación del médico y algunas bases para acercarnos al orden de interacción.

Retomando el tema de cómo se presentan los médicos a través de su discurso, quisiera hacer un pequeño análisis de cómo representan su “rol de médico” –entendiendo este rol no sólo como el papel que desempeñan en el sentido actoral³⁸ sino también como una figura abstracta que se construye generalizando³⁹. Así, encontramos que la mayoría de los médicos utilizaron dos maneras para referirse y adscribirse al rol de médico: en tercera persona “el médico” “los médicos” y en primera persona del plural “nosotros los médicos”. Es decir, “los otros” son aquellos que no indagan, aquellos que han tenido una mala educación, que no tienen experiencia, que maltratan a las pacientes, y “nosotros los médicos” los que siempre avisamos a las autoridades cuando hay un caso de violencia, nosotros que trabajamos bajo condiciones precarias y tenemos desventajas frente a los “otros médicos”. El nosotros si bien no siempre es quien hace lo que se debe hacer, sí es quien hace lo mejor que puede desde su posición y bajo las precarias condiciones, no es el que no hace, para eso está “el ellos”, los otros médicos.

Si bien todos los médicos tuvieron formas muy particulares de presentarse como médicos, coincidieron en que piensan que están haciendo lo correcto de alguna forma, y ahí incluyo a médicos como Miranda o Moreno, quienes aunque hagan lo que creen correcto no significa

³⁸ Goffman (1956) considera que la representación o actuación es toda actividad de un individuo que tiene lugar durante un período señalado por su presencia continua ante un conjunto particular de observadores y posee cierta influencia sobre ellos.

³⁹ El término figura abstracta la utilizo según Strathern(1988) quien dentro de la teoría relacional utiliza este concepto para referirse a sujetos que construimos generalizando y que sólo existen de manera subjetiva.

que hagan lo que tienen que hacer. Si bien es unánime el hecho de que conciben un deber ser médico, esto no significa que lo llevan a la acción, pero de manera consciente o inconsciente, lo reconocen. Y aunque muchos coinciden en que el médico podría hacer más en el proceso de atención, consideran que ésa no es su responsabilidad, es la de otros (entiéndase por eso Centros de Salud, Trabajo social, área de planeación, promotores de salud, otros hospitales, etc).

Al proceso de atención, en su mayoría lo perciben como un trabajo en conjunto, en donde además de los servicios de salud, gran parte es responsabilidad de la usuaria. Varios de los médicos entrevistados, consideran que las mujeres tienen que hacerle saber su situación al médico y está en ellas que el proceso continúe, pero también la mitad de los informantes considera que el papel que desempeña el médico en la detección es elemental en este proceso.

En cuanto a cómo representan a ese otro, hemos visto en apartados anteriores cómo para muchos médicos las usuarias en situación de violencia son vistas como un paciente más, la relación es “estrictamente profesional” y no reciben un trato especial, (salvo en el caso en el que sea inevitable se les hace un coco-wash o una palabra de aliento). Los sujetos a los que se refieren los médicos son sujetos sin agencia, objetos de medicalización, pues son tratadas sólo desde el punto de vista médico, no como personas que están pasando por una situación difícil sino sólo como enfermedades, lesiones que deben de atenderse u organismos cuyo funcionamiento debe ser verificado.

La manera en la que es representada la usuaria es elemental para acercarnos al orden de interacción, pues es a través de esta representación y la manera en la que estos sujetos son delineados en el discurso de los médicos que surgen indicios de su conducta frente a situaciones cotidianas (Goffman, 1956), sin que esto quiera decir que siempre actúen de la misma forma. Sin embargo, nos acerca al cómo está jerarquizada la interacción y bajo qué premisas se mira y atiende al otro. Y, si bien en toda interacción social hay dos lados y el orden es bilateral, en este caso, la intervención del usuario pareciera estar delimitada por un guión o una serie de posibilidades limitadas de acción dispuestas por los profesionales de la salud, su campo médico y su orden de interacción. Al respecto, Goffman (1956) considera,

dentro del esquema interaccional, que en muchas situaciones sociales el medio social en que tiene lugar la interacción es montado y manejado por un solo lado. Así hay una persona que tiene el control dentro de la interacción, control que puede proporcionar al equipo dominante una sensación de seguridad y dominio sobre el otro.

4.8 Fase de atención externa y especialización

Al principio de la investigación se había planteado relatar el proceso de atención desde dos perspectivas: desde el punto de vista de los profesionales de la salud y desde el de las usuarias, para comparar discursos y experiencias. Las usuarias serían algunas de las 20 integrantes que en 2010 (cuando se planteó la investigación) eran parte del grupo de terapia a víctimas de violencia que imparte la psicóloga Tania del PVF en el Hospital General. Cuando decidí hacer este trabajo, se lo planteé al grupo para saber si estarían de acuerdo en participar como informantes, compartiendo sus experiencias, pero cuando llegó el tiempo indicado por mi escuela para realizar el trabajo de campo, el grupo se había disuelto a causa de una incapacidad por maternidad de la psicóloga Tania. Cuatro meses después, cuando Tania regresó, decidió volver a abrir el grupo cambiando, por razones personales, el horario y el día: 2 de la tarde, lunes, y a causa de la remodelación, la nueva sede sería el centro de salud del poblado de Tetelcingo, a media hora del hospital.

Cuando fui, ya pasado un tiempo desde la reapertura, de las 20 integrantes sólo había cinco, ninguna de las integrantes originales y ninguna de las nuevas canalizada por ningún médico del hospital. Una de ellas había ido a consulta al centro de salud de Tetelcingo, donde le dijeron que daban terapia, lo que le pareció buena idea pues tenía problemas con su marido, decidió no ir sola e invitó a dos comadres de las que sabía tenían problemas con sus hijos. Aunque platicué con ellas, no las entrevisté, pues el objetivo era entrevistar a usuarias canalizadas por médicos. Las otras dos sí habían sido canalizadas desde el hospital, pero no por médicos.

Y entonces entendí cómo todos los problemas y deficiencias que había encontrado en el hospital y con los médicos se veía reflejado en la ausencia de integrantes, nadie llegaba a la etapa de especialización porque eran ignoradas en los niveles previos de detención,

atención y canalización. Aun así, la pregunta era ¿qué había pasado con las antiguas integrantes?

Una de las integrantes del nuevo grupo, Dela, quien sí había sido canalizada desde el hospital por la trabajadora social Helen del PVF, me dijo que de las razones por las que ya no asistían las antiguas integrantes eran dos: 1) el nuevo horario dificultaba a muchas su asistencia porque era la hora de la comida y debían atender a su marido y familia y 2) porque cuando se disolvió el grupo regresaron al hospital a ver si alguien más podía ofrecerles terapia (ya que Tania les brinda terapia individual y grupal) y la tanatóloga del hospital⁴⁰ (una enfermera que tomó un curso de tanatología) absorbió a las usuarias.

4.8.1 El problema de la tanatóloga

Cuando fui con Tania a preguntarle qué había pasado con las antiguas integrantes me contó su versión. El problema, más que el horario, había sido la intromisión de la tanatóloga y que, como no estaba capacitada para casos de violencia, mal aconseja a las mujeres que acudían con ella, diciéndoles que dejaran a su familia o cuando eran casos de gravedad y las víctimas se enteraban de la existencia del albergue, ella no les aconseja entrar diciéndoles que ahí le van a quitar a sus hijos. “La tanatóloga las quiere llevar un albergue que tiene ella por parte de su iglesia (...) les mete muchas ideas cristianas, las hace ir a su iglesia y si no van se enoja”.

Tania me contó que hacía poco había mandado a Helen a su grupo para saber qué es lo que hacía y a su regreso supo que no es exclusivo de mujeres que sufren violencia, sino que van usuarios que sufren distintas enfermedades, que el grupo era sobre todo de autoayuda. “Dice Helen que al final les vendió películas y no sé qué tantas cosas. Entonces también lo está viendo como parte de un negocio”. Así que aunque el departamento del PVF tenga prioridad para la recepción de casos de violencia, la tanatóloga ha diseñado estrategias eficaces.

La cosa es que ella se cree *todóloga*, todo es para ella, creo que se lleva bien con la jefa de enfermería. Helen me comentó que habían mandado a hacer hojas de enfermería y abajo

⁴⁰ A quien durante mi trabajo de campo nunca pude encontrar.

ponen como para reportarle a ella ciertos casos, le anexaron ese pedacito. Entonces no sé bien, no me he sentado a platicar con el director (Tania).

Ante esto, le pregunté a Tania por qué no hacía nada o desarrollaba nuevas técnicas de promoción y qué si estaba consciente de que el programa se diluiría si ya nadie iba con ella:

Es que nosotros no podemos directamente acusarla de nada porque sería entrar en conflictos laborales. Hay una serie de cuestiones que nos atan mucho las manos, pero elaboramos un oficio para decir cuáles son las características que tienen nuestras pacientes para que nos las canalicen, porque para eso está capacitado. Se lo di al subdirector, pero ahora lo cambiaron y ahora hay una subdirectora. Le dimos el oficio a ella con copia para todos los jefes de área, pero ni así, todo va para allá, todo para ella.

Cuando Tania me dijo eso entendí que no cambiaría nada sobre este problema, ya que su acción había sido elaborar un oficio para que los encargados distribuyeran información y pensé en los manuales que han sido distribuidos y que nadie ha leído, pensé en Moreno cuando afirmaba que él simplemente no canalizaba, y lo imaginé diciendo: “si nos dijeran los vamos a llevar a Ixtapa Zihuatanejo, les voy a pagar todo, hotel y lo van a transmitir, lo hacemos”.

Así pues el “problema de la tanatóloga” junto con el testimonio de otros médicos pareciera evidenciar cómo la atención no sólo a las mujeres en situación de violencia sino a cualquier usuario que requiera una atención o cuidado más allá de lo técnico, dependiera más de un acto de buena voluntad, de una empatía, de una moral cristiana o de intereses personales, más que de una responsabilidad profesional. Así, las acciones que ha llevado a cabo el PVF frente a las acciones hechas por la tanatóloga demuestran que las técnicas que ha llevado a cabo para captar usuarios, y que bien pueden ser juzgadas en muchos sentidos, parecen ser más efectivas que aquellas diseñadas por todo un programa gubernamental.

4.8.2 El grupo

Aunque no realicé entrevistas cuando asistía al grupo de terapia durante mi trabajo exploratorio, con la observación me pude dar cuenta de las actividades que se llevaban a cabo. La psicóloga comenzaba preguntando a las asistentes su nombre y como se sentían en ese momento, cuál era la emoción que tenían. Después les preguntaba por qué estaban ahí (si era su primer día, las cuestionaba sobre el porqué habían decidido pedir ayuda, cuál era su

problema general, y a las que ya eran miembros las cuestionaba sobre el día de hoy), después ponía una actividad que siempre cambiaba, como hacer collages con revistas que representara cómo veían la violencia que estaban viviendo, escribía Tania frases violentas que se han normalizado con el tiempo y les pedía que les dijera qué pensaban de ellas, veían películas, se compartían experiencias sobre lo que vivían o meditaban. Al finalizar hacían entre todas una reflexión sobre la actividad y a veces Tania les daba *tips* sobre qué hacer en una situación violenta (buscar un lugar seguro, tener momentos para ellas, reflexionar sobre sus sentimientos y meditar en casa). Tania dice que jamás recomienda directamente que dejen al agresor, pero sí que tomen conciencia de lo que están viviendo, intentar levantarles la autoestima y que sepan que pueden dejar de vivir esa situación cuando ellas decidan pues hay lugares a donde ir.

Las chicas con las que platicué dijeron que el grupo les gustaba y que se sentían mejor desde que asistían. La otra mujer canalizada por el hospital, Linda,⁴¹ me comentó que si bien ella no sufre de violencia, le ha ayudado a comprender por lo que está pasando su hija, que vive una situación así. Sin embargo, tuvo varios problemas administrativos y calificaba el procedimiento para entrar como “complicado” por la cantidad de formularios que hay que llenar, pues con la situación de su nieto tuvo que dar dos vueltas entre el CAER y el hospital, por un problema con una forma.

4.8.3 El proceso de Dela

Dela (quien me contó de la tanatóloga) dijo llevar cuatro meses en el grupo, desde que lo reabrieron. Quisiera transcribir su testimonio porque da una versión muy interesante del proceso de atención.

Dela, al poco tiempo de separarse de su esposo, asistió al centro de salud porque tenía cita médica. En la consulta, Dela le preguntó al médico si sabía dónde podía pedir

⁴¹ Ella llegó al hospital por su nieto, pues antes, cuando Tania atendía a niños, su mamá (la hija de Linda) lo llevaba a que tomara terapia porque “era un niño problema”, pero dejó de asistir desde que su mamá lo abandonó. Hace unos meses Linda comenzó a hacerse cargo de él e intentó que volviera a la terapia pero le dijo Helen que Tania ya no trabajaba con niños, así que la canalizó al CAER, no sin antes decirle que si ella quería podía tomar terapia grupal o individual. La señora probó, contestó los interrogatorios para ver si verdaderamente la necesitaba, llenó los formularios (los de ella y los de su hijo), y aunque cuando yo la entrevisté era la segunda vez que asistía, decía sentirse bien ahí.

atención psicológica, “le pregunté cómo le podía hacer para que me ayudaran psicológicamente, eso es lo que más quería yo. Como era nuevo me dijo que para la próxima cita me iba a investigar, me parece que era pasante porque ya no lo volví a ver”.

Al no saber qué hacer y con la presión de que su ex pareja la seguía acosando, fue al DIF para pedir ayuda. Ahí la pusieron en lista de espera porque la psicóloga no tenía lugar para alguien nuevo; “todavía sigo en lista de espera en el DIF (dijo riéndose), porque tenían todo cupo lleno para terapia psicológica. Tenían una hoja llena por este lado, por el otro y ya luego estaba yo”. Dela platicó sobre su problema con su tía, que es médica del IMSS, y ésta buscó el teléfono del Hospital General de Cuautla, “luego mi mamá habló y ya le dijeron las de recepción que pasara al día siguiente con Helen y que le planteara mi situación”. Cuando se entrevistó con Helen le platicó de su problema. Helen tomó sus datos, le dijeron que al día siguiente iban a volver a abrir el grupo, le preguntaron si quería asistir y accedió. “Me dijo Helen, ‘pero es hasta Tetelcingo, ¿no importa?’, ‘no importa’ le dije. Yo vivo a una hora de aquí pero no me importa”.

El primer día Dela no participó en el grupo, porque dijo que estaba nerviosa. Terminando la sesión se le acercó Tania y le ofreció terapia individual, que aceptó. Le hicieron su expediente y comenzó a ir desde entonces a la terapia grupal e individual, “pero sí, me he sentido muy bien, siento que todos me han ayudado, desde la recepcionista hasta la doctora Tania. Vengo y llego y todos me saludan, las señoras del aseo, las del trabajo social.” Dela considera que el único problema es que no hay mucha gente que vaya y muchas de quienes van no vuelven a asistir. Cuando le pregunto el por qué, responde: “me dijo una señora que dejó de venir porque creía que no le ayudaba el grupo, que se sentía igual o peor con sus problemas”. Dela piensa que eso no es magia sino es algo que se siente poco a poco “yo lo he sentido, me siento mejor. Me siento acompañada y cuando escucho a las demás me doy cuenta que lo que vivo no es tan feo como el de otras”.

El testimonio de Dela da para mucho análisis, pero en primer lugar muestra cómo todas las instancias y las personas a las que acudió para pedir ayuda demostraron cierto grado de ineficiencia: el médico del centro de salud que desapareció cuando había quedado en ayudarlo, el DIF con sus listas de espera para dar terapia psicológica y el mismo

programa que demostró su mala forma de proceder cuando la envió a terapia grupal desde la primera vez, donde se espantó y a donde tendría que haber sido enviada después de varias sesiones individuales y luego estar lista para compartir con otras personas. En segundo lugar, su testimonio arroja grandes luces sobre el papel que la medicina juega en la violencia, sobre el paternalismo de la medicina, el rol que tienen las usuarias dentro de las instituciones, el papel de la profesión médica y el rol social de la psicología.

Así, en este momento y antes de pasar al apartado final, quisiera hacer una reflexión inspirada en el testimonio de Dela, en la investigación que he realizado hasta el momento sobre el tema y en la obra de Ivan Illich. Dicha reflexión se centrará en el papel que parece tener la mujer en situación de violencia cuando es pensada y “tratada” desde el campo médico, desde el enfoque de la salud y desde la dicotomía salud-enfermedad.

4.9 La “víctima” desde el enfoque de la salud

Como mencioné en el primer capítulo, en el apartado de los antecedentes, ha habido muchos avances tanto en el ámbito académico como político gracias a la lucha de mujeres y organizaciones sociales. En lo académico, la sociología de la salud o la antropología médica han abordado el tema de la violencia contra las mujeres -en el desarrollo de temas como derechos sexuales y reproductivos, combinándose también el de salud pública-, cuestionando el sistema social y las instituciones que perpetúan y reproducen los problemas, así como señalando y analizando el papel de actores claves en la identificación, notificación y canalización de casos de violencia (Herrera, 2009). En lo político, las instituciones de salud en México han puesto las manos en el asunto como parte de los acuerdos y compromisos suscritos a nivel internacional en diversas convenciones, a través de programas como los mencionados en el capítulo anterior. Sin embargo, considero necesario reflexionar sobre el papel que ha adquirido la mujer en situación de violencia dentro de muchos de estos estudios, programas y/o políticas, ya que al ser abordado y reflexionado su papel dentro del ámbito de la salud y con ello dentro de una lógica de salud-enfermedad, *la víctima* se ha convertido en *enferma* y por lo tanto se le trata como tal; la mujer se transforma en una

paciente dentro de este sistema, de esta dicotomía. Illich considera que en una sociedad medicalizada como en la que vivimos, la influencia de los médicos se extiende a la creación de categorías en las que se encasilla a la gente. En la búsqueda de síntomas y detecciones de enfermedades, la medicina hace dos cosas: “‘descubre’ nuevos desórdenes y los adscribe a individuos concretos” (1986:126).

Aunque el objetivo ahora no es profundizar en este estatuto, es importante esbozar lo que considero es el triple rol de la mujer en situación de violencia, dentro de las instituciones de salud. El *rol de mujer*, que dentro del sistema de género dominante se encuentra sometida al hombre, *el de víctima* que le es asignado social, política y (hasta hace poco) académicamente, por encontrarse en situación de violencia, quitando toda agencia a los sujetos con esta identidad, y *el de enfermo-paciente*, que es atribuido a los usuarios dentro de las instituciones médicas⁴². Es decir, que la interacción que se lleva a cabo entre médico y usuaria se establece como una relación asimétrica, porque además de las desigualdades de género los profesionales esperan que la mujer sea pasiva e inerte, alienada, sin poder de elección.

Así, hemos visto cómo al hacerse cargo el sistema de salud de la violencia contra las mujeres y de género, se ha convertido a las consecuencias de la violencia y a la violencia misma en enfermedades, aplicando o diseñando acciones y tratamientos para combatirla que siguen la misma lógica dicotomizante de salud-enfermedad que se aplica a un padecimiento, cometiendo los mismos errores y omisiones que frente a las enfermedades.

⁴² Según Menéndez, el enfermo es básicamente un *paciente*, término que implica el hecho de una relación de subordinación y sometimiento. La construcción del “paciente”, de la situación de “paciente”, supone un trabajo social e ideológico dentro del cual operara el conocimiento médico. En esta construcción intervienen no sólo los curadores e investigadores, sino los conjuntos sociales. El rol de paciente supondrá una situación de “minoridad” sobre todo en grupos subalternos. Se construye subordinadamente a partir del reconocimiento de una relación estructurada en torno a saber/no saber, de una relación en la cual el que “sabe” utiliza un lenguaje subordinante ya que pretende ser científico, verificado, universal (1984:82-83).

Arthur Kleinman (1988) considera que el fracaso moral de la asistencia médica es que los médicos y el personal de enfermería no llegan a aceptar el sufrimiento de quienes asisten a dichas instituciones:

En las instituciones en las que se proporcionan los cuidados, se aplican las medidas curativas y se administran los tratamientos, son a menudo en sí mismas productoras de sentimientos de amenaza y desamparo, como cuando el dolor o el sufrimiento no se valoran o cuando las peculiares formas de experimentar a la enfermedad se diluyen en categorías diagnósticas (Kleinman, 2003:18).

El mismo autor añade que cualquier justificación del sufrimiento duplica la violencia hacia el que sufre y no cumple con el primer deber ético, es decir, el reconocimiento (2003:18). Este reconocimiento, que debería ser obvio como principio humano, ético y profesional, se ignora constantemente. A pesar de encontrarse especificado en manuales y reglamentos, la precariedad y mala calidad de la atención, las prácticas burocráticas (a través de múltiples cuestionamientos y formularios que condicionan y obstaculizan el servicio a los usuarios(as) de las instituciones), la violencia que se ejerce en contra de las(os) usuarias(os), etc., representan elementos constantes que llenan los reportes de quejas médicas o que evidencian la desigualdad de la relación médico-paciente, perpetuando un modelo de salud. Es importante mencionar que aquí no me refiero sólo a individuos (médicos) que ejecutan acciones (sean estas catalogadas de apropiadas o no), sino a estructuras, instituciones y sus formas de operar, que construyen profesionales y profesiones, sin que esto quite la agencia de los sujetos o exente de la responsabilidad de acción individual.

Desde este enfoque, diversos autores (Kleinman, Castro, Herrera, Illich, Goffman, Bertino y Costa, etc.) que cuestionándose la atención médica han abordado las experiencias de los usuarios en las instituciones de salud, han encontrado en la construcción de la profesión médica un punto clave para el análisis.

Kleinman (2003) encuentra que el lenguaje técnico que se utiliza en la consulta médica cala en la conciencia de los ciudadanos eliminando la experiencia moral, la experiencia de estar enfermo, de padecer. Illich por su parte, considera que el dolor y la invalidez provocados por el médico han sido siempre parte del ejercicio profesional. “La dureza, la negligencia y la cabal incompetencia de los profesionales son formas milenarias

de su mal ejercicio” (1986:42-43). Castro (2011) observa que los hospitales y los servicios médicos están pensados bajo una lógica médico-administrativa altamente racional, convirtiéndose la atención en un círculo paradójico donde las mujeres asisten a los hospitales en su calidad de ciudadanas, pero la atención que ahí reciben es vivida en términos despersonalizantes.

Es por lo anterior que considero que todos los factores mencionados -la violencia de género a cargo del sistema de salud y el campo médico en sí mismo- son elementos determinantes que marcan el fracaso de las múltiples iniciativas y programas de atención a violencia contra las mujeres. Dichas iniciativas son planeadas, normativizadas y dictaminadas por programas, manuales, reglamentos, leyes, etc., y sólo se sostienen por la ética, la buena voluntad y la cooperación de los médicos e incrementan los tratamientos basados en largas terapias psicológicas que patologizan el rol de la mujer violentada.

4.10 La atención externa

Aunque mi objetivo no era investigar el proceso de atención del CAER ni del albergue, al ser instituciones independientes del hospital y formar parte de las etapas finales del proceso que en teoría recorren las usuarias en situación de violencia, consideré necesario investigar cómo funcionaban a grandes rasgos, para lo que entrevisté a la directora de cada institución. También intenté realizar entrevistas a varias usuarias canalizadas por el hospital para conocer cómo había sido el paso por todas las etapas hasta llegar al refugio, que es el último nivel del procedimiento de urgencia, pero pese a que me dijeron que el refugio se encontraba a su máxima capacidad, sólo se encontraba una mujer canalizada por el hospital, con la que pude platicar.

4.10.1 El investigador frente a las oportunidades, una cuestión de ética

A Claudia la conocí la primera vez que fui al CAER en junio del 2011 a raíz de la entrevista que le hice a Jose, la encargada del centro. A Jose le comenté al finalizar la entrevista que me encontraba en la etapa de entrevistas al personal médico y administrativo, pero que

dentro de poco comenzaría con las usuarias y que sería de gran ayuda si pudiera avisarme cuando llegara alguna mujer canalizada por el hospital.

Entonces Jose me comentó que en ese momento se encontraba una chica canalizada por el hospital que tenía poco de haber entrado al refugio, que si quería podía entrevistarla. Era una buena oportunidad y no podía dejarla pasar, pero no tenía ni guión de entrevista para una usuaria ni consideraba adecuado que acabando de llegar (recién comenzado un proceso de tratamiento médico y psicológico), fuera yo a entrevistarla. No me gustaba la idea, pero acepté. Era una de esas oportunidades de las que siempre había escuchado que no se pueden dejar pasar, pensé en mi investigación y creí hacer lo correcto. Sin embargo, Jose llamó al refugio para avisar que iría para allá pero debido a las nuevas reglas era imposible que yo entrara, la directora del lugar y jefa directa de ella se lo había prohibido. No obstante, le habían autorizado que llevara a la usuaria a las oficinas del CAER para hacer la entrevista, así que me pedía que la esperara en lo que iba con el automóvil para traer a la chica.

En ese momento pensé que la situación no me parecía correcta, imaginé a Jose pidiéndole a la chica que subiera al auto para llevarla a las oficinas de atención del refugio porque alguien la quería entrevistar, así, de buenas a primeras, sin que tuviera la posibilidad de elegir. Pensé en el proceso que estaba atravesando, en su situación emocional, en lo confuso y violento que sería sacarla del refugio. La situación que se planteaba me sonaba peor que si hubiera ido yo, creí que eso no estaba bien. Intenté decirle a Jose que no era un buen momento, que lo mejor sería que le explicaran de qué se trataba mi entrevista y yo volvería otro día, así tendría tiempo de preparar un guión de entrevista. Me dijo que ya había avisado y que en lo que iba por la chica podía preparar algunas preguntas, que era una oportunidad que tenía que aprovechar pues no sabía cuándo se repetiría, ya que como las mujeres eran canalizadas desde distintas instituciones, era muy difícil saber cuándo llegaría otra desde el hospital. La situación era inesperada y vi una oportunidad irreplicable. No pude decir que no.

Cuando salió por la usuaria comencé a trabajar en el guión de entrevista, mientras lo hacía no pude evitar pensar en el artículo de Castro y Bronfman (1999) sobre el poder como

elemento constitutivo del dato. Sobre todo me acordé de que sostienen que normalmente se considera que el método cualitativo, en su relación con el objeto/sujeto de estudio, tiene una relación más horizontal, donde el acercamiento es más “natural”. Frente a esto, argumentan que la mayor parte de los estudios se hacen sobre/con sujetos que socialmente viven bajo alguna forma de subordinación, por lo que esa condición es la que da origen a su disposición a colaborar. Los autores se preguntan si al hablar de informantes se trata de individuos que aceptan participar en pleno uso de su libertad o si es más bien que la investigación se plantea en un marco contractual. Ellos consideraban que el consentimiento informado puede ayudar en este dilema ético. En este caso, yo contaba con un consentimiento, pero eso no ayudaba en mi problema ético.

En fin, la mujer estaba en camino y lo único que me quedaba era hacer frente a la situación de la mejor manera y hacer una entrevista lo menos tensa posible para ella. Cuando Claudia llegó, lo primero que hizo Jose, la directora del CAER, después de presentarnos, fue enseñarnos una oficina donde podíamos estar en un ambiente más privado. Entramos y Helen (la trabajadora social de PVF), Jose, el abogado y la psicóloga del CAER nos esperaron en una estancia fuera.

A continuación transcribo la historia completa narrada por Claudia, ya que su historia es importante porque en ella encontramos todas las etapas del proceso de atención hasta llegar al refugio, lo que representaría el proceso de alto riesgo narrado en el capítulo 3.

4.11 El proceso a través de los ojos de Claudia

Cuando cerré la puerta lo primero que hice fue preguntarle a Claudia si le habían explicado algo, si sabía qué hacía ahí. “No”, me contestó. Entonces me presenté y le expliqué de qué se trataba mi investigación y que lo único que quería era que me platicara cómo había sido su estancia en el hospital, quién la había canalizado y cómo le había parecido el servicio y la actitud que había recibido. Le aclaré que la habían traído porque era la única que había sido canalizada por el hospital y era justamente esa institución en la que se enfocaba mi investigación. Le dije que no tenía que contarme su historia personal, que sería trabajada en el refugio con el personal capacitado para ello.

Ella comenzó a exponer los motivos que la llevaron a pedir ayuda. Me contó que había llegado al hospital porque su hija tenía ansiedad y se sacaba sangre de la nariz desde que Claudia comenzó a tener problemas con su esposo (“Se picaba la nariz todo el tiempo hasta que se sacaba sangre y sólo así estaba contenta”). Esta situación comenzaba a ser preocupante, así que una vez en que, mientras discutía Claudia con su esposo, la niña lo volvió a hacer, produciéndose una hemorragia importante, decidió llevarla a urgencias.

Fue un sábado. Me atendió un doctor, no recuerdo el nombre del doctor pero, pero le empecé a platicar y comencé a llorar, y ya me dijo ‘sabes qué, te voy a mandar con Helen [la TS del PVF], ella te va a ayudar. Realmente tu niña tiene medicamento y ya no te puedo ayudar de otra manera más que mandándote con Helen’. Dice, ‘el lunes temprano, antes de las 10 te vienes para acá’.

Ella dice estar muy agradecida con el doctor por que la atendió muy bien, además que la escuchó y le dijo cosas que la ayudaron a sentirse mejor y reflexionar.

De hecho hasta me dio Kleenex para que me limpiara las lágrimas, hasta me habló de Dios, me dijo que siempre hay una puerta, ‘si se te cierra una puerta se te abren 10, y de verdad que hay muchas oportunidades, no sientas que el mundo se te cierra’. Me habló muy bonito, me tranquilizó mucho (...) De veras que es una lástima que no me aprendí su nombre porque me quedé encantada, o sea le agradezco mucho al doctor.

El lunes, cuando volvió al hospital, la atendió la TS, y le contó su problema. Helen, tras escuchar los problemas que estaba viviendo con su marido, le dijo que le ofrecía dos alternativas: podía ir a un refugio o demandar a su esposo. Pero le aclararon que eso era sólo una asesoría, que ella tenía que decidir qué quería hacer y se tenía que encargar de lo que fuera. Claudia eligió el refugio y quedó en regresar el miércoles o el viernes pero no regresó, “me dio así como miedo”, dice. El miedo provenía de comentarios que le hicieron sus conocidos tras el encuentro con Helen. Le decían que le podían quitar a sus hijos. Ella, por sus problemas emocionales, admitió que les gritaba mucho y a veces les pegaba. “Pensaba ‘qué tal si dicen que yo les grito o que les digan que yo les doy un manazo de vez en cuando’. Dije: ‘me los van a quitar’”. Así que por esa razón no acudió al hospital. Durante unas semanas regresó al Estado de México, donde había encontrado un trabajo, y después se regresó a Cuautla a vivir con sus suegros porque se reconcilió con su esposo. Pero al poco tiempo volvieron “a lo mismo” y su hija también. Así que un mes después de la primera cita, regresó a pedir ayuda al hospital.

Cuando llegó, un trabajador le comentó que la trabajadora social del PVF estaba de vacaciones (y la encargada, incapacitada), le preguntaron para qué la quería y ella contestó: “Es que me habían hablado de un albergue y quería ver... y le digo, la verdad me urge, ¿nadie me podría ayudar?”. El trabajador, de quien Claudia no recuerda muy bien su aspecto, la canalizó inmediatamente con la tanatóloga, que “atendió a dos personas y tardó un montón.” Ese día Claudia sí tenía tiempo, así que pudo esperar hasta ser atendida, les dijo “hagan lo que tengan que hacer, yo de aquí no me muevo hasta que me atiendan”.

En cuanto la atendieron, la canalizaron. Aunque estaba lleno, dijeron que sí podían recibirla, que podía ser el mismo día o al día siguiente, le mencionaron que podía traer a sus hijos. Ella estaba temerosa, pero varias circunstancias hicieron que se decidiera. Un factor fue la influencia de una amiga a quien le platicó, “ella siempre me veía golpeada y me decía ‘mira hay muchas opciones que te pueden ayudar’”. Luego le platicó de esto y ella me dijo ‘pues vete, vete, no lo pienses más’”.

Acordó con su amiga que cuando saliera del refugio le daría trabajo en la empresa de su esposo. Otro factor que la impulsó fue que sus problemas maritales regresaron y más fuertes. Sobre todo la hizo decidirse “la desesperación” que ya tenía.

Del hospital la llevaron al CAER, donde la psicóloga le hizo preguntas sobre su situación. Ahí la estancia máxima es de tres meses, pero que ella podía irse cuando quisiera, la estadía es voluntaria, y todo los servicios totalmente gratuitos. Además le explicaron que recibiría asesoría jurídica durante su estancia en el refugio y que frente a su caso tenía dos opciones: o demandar a su esposo para que le diera manutención de los hijos o demandarlo por la custodia. Hasta el momento de la entrevista, había decidido que tal vez lo haría por la custodia de los hijos, pues la manutención no le convenía, “si lo demandaba por dinero hasta 300 pesos por quincena me da y tiene todos los derechos sobre los niños”.

Después del CAER la llevaron al refugio. A su llegada tuvo que firmar un reglamento en donde ella se comprometía a seguir algunas reglas de aseo y de orden.

Acceden a cooperar con la limpieza del lugar y de sus pertenencias, de acostarse a las 9:30 y de no hacer “disturbios” ni meterse con los hijos de las otras mujeres.

El refugio se encontraba a su máxima capacidad, sin embargo le ofrecieron unas colchonetas donde pudo dormir los primeros días. Entre los servicios que se ofrecen, además de la atención jurídica, es la atención médica y psicológica. Sin embargo, en los ocho días que llevaba no había podido ver a la psicóloga. En cuanto a la atención médica, le recetaron unas gotas calmantes porque constantemente sufre de ataques de llanto y esas “gotitas” le ayudan a calmarse y a dormir. “Me da así por llorar, me da así como tristeza, me siento poquita cosa, no sé, así me siento. Pero hoy sí amanecí como de muy buen humor, no sé por qué pero me siento súper bien, tengo ocho días”.

También le facilitan artículos de limpieza y de cuidado personal como papel sanitario, toallas femeninas, “lo desechable”, dice Claudia. Reciben tres comidas al día, talleres de herbolaria, de listón, de cocina, y para los niños hay una escuelita en donde al mayor le ayudaban a prepararse para ingresar a la secundaria y a la niña a la primaria.

En el momento en que la entrevisté dijo estar contenta con su estancia, pero que en los primeros días no tanto porque había muchos problemas entre las otras compañeras, se peleaban constantemente y varias de ellas, que ya no están en el refugio, acostumbraban hacer bromas a las otras, lo que daba pie a problemas. Todavía en la mañana del día que la entrevisté pensaba en salirse, pero habló con otra compañera y la convenció de quedarse.

Hoy platicué con una chica que se llama Dulce y le dije voy a pedir mi salida y me dice ella ‘pues piénsalo, dónde vas a estar mejor, tómalo como unas vacaciones, porque tú dices siempre has trabajado y nunca has convivido con tus hijos. Aquí puedes. Dónde vas a estar donde te den tus tres comidas, donde tengas agüita caliente segura, donde tus hijos tengan la escuela. No vas a estar aquí eternamente, son tres meses. Posiblemente es menos por lo de la escuela de tus hijos y te vas, pero aprovecha estas vacaciones y disfrútalas’.

Pese a los problemas, ella siente que le ha ayudado para darse cuenta que hay quienes viven problemas similares o más fuertes, y sobre todo ha podido acercarse a sus hijos:

He convivido con mi hijo lo que nunca. Estoy así sentada y va mi hijo me abraza, me hace cariñitos, me da besos, me dice que me quiere mucho. Antes afuera todo lo que hacía estaba mal, todo me criticaba pero ahorita se ha vuelto muy cariñoso, nos ha servido para acercarnos.

Si bien la historia de Claudia puede ser considerada como una historia de éxito para el programa y el proceso de atención, refleja mucho de lo que he mencionado del papel de enferma que le dan las instituciones de salud y que naturaliza este rol en las mujeres, también apreciamos como ella naturaliza su rol de madre, lo cual le sirve para actuar frente a su situación de sujeto que sufre violencia y para permanecer en la institución. Así ella ve la estancia en el refugio como un momento para ejercer su maternidad, cuestión reforzada –o debería decir implantada- por sus amistades y el personal de las instituciones encargado de darle solución a la problemática de la violencia (lo que se puede observar cuando por la vía legal sólo se le ofrece dos opciones relacionadas directamente con el ejercicio de su maternidad). Asimismo podemos ver como se perpetúa la relación médico paciente que posiciona al profesional por encima del usuario reforzando la naturalización de esta relación que se cimenta en jerarquía y en la adopción de roles. Toda esta alienación se puede ver también como un ejemplo de lo que Bourdieu llama violencia simbólica. Por otro lado, el testimonio de Claudia también nos mostró otro punto de vista, contrario al de la psicóloga Tania, del personaje de la tanatóloga y su actitud sobre la canalización a refugio, pero sobre todo nos dice mucho sobre la violencia que se ejerce contra las usuarias, la dinámica reformatoria que viven en los refugios, que remite a las instituciones totales (Goffman, 2007) como cárceles u hospitales, que se caracterizan por el confinamiento de todas las actividades dentro de la institución y por una fuerte normatividad, donde la vida está sistematizada y monitoreada.

Reflexiones finales

Entre la violencia institucional y la medicalización de la violencia

A través de los testimonios y el análisis de los mismos que se han planteado a lo largo de la investigación me surge una pregunta: ¿hasta dónde los problemas que existen en el proceso de atención a mujeres víctimas de violencia se pueden considerar actos de *violencia institucional* o consecuencia de la *medicalización de la violencia*?

Para abordar el tema desde la violencia institucional lo intentaré hacer desde la mirada de Bertino y Costa (2007), quienes argumentan que muchas de las prácticas médicas son un ejercicio de poder, pues los médicos, como los demás profesionales de salud, son autoridades que deciden sobre la vida del usuario o cliente de los servicios de salud. Esto nos marca un principio a partir del cual se pueden analizar las actitudes que tiene el personal del Hospital General de Cuautla, quienes de manera indirecta o directa violentan a usuarios en general y en este caso en particular a las usuarias en situación de violencia de género (como cuando les hablan en diminutivo, las dejan esperando horas, minimizan su sufrimiento, las tratan como neuróticas, no les brindan privacidad en la consulta, las violentan físicamente, ignoran la norma, no transmiten las capacitaciones a sus subordinados, no identifican, omiten o se desentienden de los casos de violencia de género, violan sus derechos como usuarias, etc.)

Sin embargo, también hemos visto que muchas de estas acciones provienen de causas más ajenas, en donde pocas veces interviene la acción directa de esos sujetos, como pueden ser: un presupuesto, una remodelación, una norma mal diseñada y mal aplicada que no contempla diversidad de contextos socioculturales y económicos, unas malas condiciones de trabajo, una educación deficiente, machista, violenta, que forma a los médicos en el abuso de poder y los insta para reproducir estos valores, etc. También vimos que interviene una lógica institucional administrativa altamente racional que no toma en cuenta de igual modo las necesidades de ambas partes y no propicia lo que Goffman llamaría una *interacción*

ordenada ya que no existe un “consenso normativo en la que los individuos den por sentadas normas que consideren intrínsecamente justas” (Goffmann, 1991:179).

Estos niveles son identificados por Bertino y Costa (2007) como violencia institucional anclada en tres niveles: uno podría considerarse de responsabilidad institucional, relacionado con el sistema de salud en general, donde entraría la negación total o parcial de acciones médico sanitarias; este nivel es un grado máximo de omisión o inexistencia de un servicio (en este estudio podría considerarse la omisión de la norma en todas las áreas de la institución, la falta de personal). Otro nivel está relacionado con la institución en sí como las rutinas institucionales (el tipo de atención que se brinda a las usuarias como una usuaria más, donde no sólo no se respetan las individualidades y la cultura sino que se ignora el aspecto específico por el que se encuentran ahí, la violencia). Finalmente, el nivel relacionado con el médico, el profesional, en donde se aplica una lógica de poseedores del saber (un saber sintomático, no integral) *versus* objeto de aplicación de ese saber (de quien se espera sumisión, obediencia, pasividad, silencio y de aceptación de la autoridad del profesional como aquel que tiene derecho de controlar y/o prescribir los horarios, las expresiones, la movilidad, entre otros comportamientos).

Aunque, como vemos claramente, podemos ligar el caso del hospital general de Cuautla a un caso de violencia institucional y someterlo a un análisis de mayor profundidad donde los niveles propuestos por Bertino y Costa podrían servirnos de guía, seguiríamos dejando de lado situaciones que surgieron en el trabajo de campo que no pueden ser entendidas bajo este concepto, como la aplicación de calmantes (fármacos, gotitas o inyecciones alemanas) para suprimir el sufrimiento de quien vive en situaciones como las mujeres violentadas o como se diría en el lenguaje médico: las crisis conversivas⁴³, o la

⁴³Podemos tener una muestra de lo que determinados médicos piensan que es una crisis conversiva, en el blog del Dr. Mauricio Cruz G, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Él considera que las crisis conversivas son: “una enfermedad psiquiátrica que originalmente se creía que era sólo padecida por las mujeres por la frecuencia en la que estas lo presentan. Pero actualmente se sabe que se presenta también en hombres. No importa la edad, ni la posición socioeconómica, ni la raza, ni la escolaridad; se puede presentar en cualquiera de nosotros. Es la impotencia o dificultad que tiene una persona para afrontar sus problemas o emociones; por eso responden entonces de una manera que nadie se puede imaginar y muchas veces ni ellos saben. Pero puede ir desde un vómito, cefaleas, alteraciones motoras, "pseudo crisis convulsivas", alteraciones cardiológicas, colitis, sangrados digestivos por vómito excesivo, alteraciones menstruales, ceguera, locura, etc. Muchas veces los

psicología como terapia, etc. Es decir, que ignoraríamos algo más profundo, y que ya hemos esbozado en el capítulo cuatro: la apropiación que ha hecho la medicina de la violencia o mejor llamada *la medicalización de la violencia de género* que podríamos definir como la forma en la que la medicina se ha hecho cargo de la violencia de género en donde al ser pensada dentro de una dicotomía salud-enfermedad se le da un trato de enfermedad a algo que no lo es y aplicándole tratamientos paliativos –como la terapia psicológica- que no llegan al fondo del problema y no inciden de manera directa en la erradicación del problema, revictimizando a los sujetos que la viven.

Kishore (citado por Marquez y Meneu, 2007) considera a la medicalización como la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y abarca ahora muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas como: “menstruación, embarazo, parto, menopausia, la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo” (Marquez y Meneu, 2007:66), y yo añadiría, la violencia de género.

Todos estos, considerados por Marquez y Meneu (2007) como *no-enfermedades*, (algo que es considerado y/o tratado actualmente como enfermedad pero que no lo es), que son más bien procesos o problemas humanos definidos desde alguna instancia como condiciones médicas para los que se obtendrían mejores resultados si no fueran considerados y tratados así.

Estos mismos autores analizan lo que sucede cada vez que se realiza un etiquetado de enfermedad, la consecuencia inmediata es que la prescripción de un tratamiento. Así, terapias son administradas constantemente sin dar a la persona la información adecuada sobre la naturaleza de los beneficios y efectos adversos, y por tanto, sin tener en cuenta las preferencias y aversión a los riesgos de cada uno. En este estudio vemos que los tratamientos marcados por el programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, no toman en cuenta las particularidades de cada caso, el origen étnico, las condiciones bajo las que trabajan los médicos, ni las consecuencias que implica el hecho de que el programa

familiares pueden creer que se trate de personas poseídas (incluso el mismo paciente)”, <http://emutit.blogspot.mx/2009/09/crisis-conversivas.html>, consultado el 24/04/12

esté enfocado sólo en la mujer, etc., sosteniéndose el tratamiento en la terapia psicológica que es alienante y que vuelve dependientes a las usuarias de algo que no profundiza en el problema, que no muestra o instruye sobre el aspecto estructural (cultural, histórico, social) de la violencia de género.

En este sentido de la medicalización de la violencia podemos remitirnos al trabajo de Stark, Flitcraft y Frazier (1979) quienes evalúan la contribución del sistema médico y de distintas fuerzas sociales a la problematización y atención de la “violencia patriarcal”. Ellos señalan que el trauma físico asociado con el abuso normalmente es medicado inmediatamente en las instituciones psiquiátricas y médicas. Pero la persistencia del paciente, el fracaso de la cura y la incongruencia entre sus problemas y las explicaciones médicas disponibles llevan al profesional a etiquetar a la mujer maltratada como responsable de su victimización. También muestran cómo a pesar de que los problemas secundarios como la depresión, el abuso de drogas, los intentos de suicidio se derivan del evento violento, comúnmente son tratados como problemas principales en los psiquiátricos y en los servicios sociales, donde a menudo la familia es el objetivo terapéutico, trayendo como consecuencia la solidificación de familias violentas. El resultado es un proceso de alienación, lo que podría denominarse "la socialización de la percepción del médico", que marca la construcción médica del maltrato como un producto social. Por lo tanto, como muestran estos autores, el papel de la medicina frente al maltrato sugiere que los servicios funcionen para legitimar "lo privado", el mundo de la autoridad patriarcal, y la violencia si es necesario.

Ir más allá

En el capítulo cuatro mencioné cómo Cristina Herrera consideraba que para tratar el problema de la violencia de pareja era necesario *ir más allá del discurso médico*, por lo que ahora quisiera retomar esa frase para volver a abordar algunas de las ideas planteadas en este trabajo intentando responder a la pregunta que ahora se plantea de cómo pensar el más allá del discurso médico.

Creo que para ello se podría empezar dejando de patologizar la violencia, la violencia de género no es una enfermedad, por lo tanto es inútil la búsqueda e identificación de síntomas físicos en algo de origen social. La medicalización de la violencia, se ha topado con pared desde un principio porque no hay nada que hacer desde ese enfoque. La violencia contra las mujeres se ancla en un sistema de género que se basa en el ejercicio de la violencia de un género (masculino) contra otro pensado y construido socialmente para ser sometido (femenino)⁴⁴. La violencia de género es la manifestación de cómo hombres y mujeres son presas de construcciones genéricas que limitan su acción. En la violencia contra la mujer no hay enfermos. Ni el hombre ni la mujer son enfermos que se deban tratar. Quiero resaltar que cuando digo que no hay enfermos, es que no los hay ni psicológicamente hablando, por eso se puede entender el fracaso constante de las políticas públicas que depositan en las (largas e interminables) terapias psicológicas de hombres y de mujeres en situación de violencia la solución del problema.

El género pues construye hombres y mujeres, como lo dice Bourdieu:

Si las mujeres están sometidas a un trabajo de socialización que tiende a menoscabarlas, a negarlas, practican el aprendizaje de las virtudes negativas de la abnegación, resignación y silencio, los hombres también están prisioneros y son víctimas subrepticias de la representación dominante (Bourdieu, 2000:67).

Así, las mujeres construidas como pertenecientes al género femenino se conciben dentro de relaciones de dominación y aplican a ellas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas parecer naturales (Vendrell, 2003). Una autodepredación, diría Bourdieu, a la que como concepto analítico (2000) llama violencia simbólica. Entender este aspecto de la violencia, llevaría a dejar de pensar que las mujeres están en esas relaciones por gusto y entender todo el aparato social que conlleva la práctica de la violencia. El campo médico por tanto tiene poco que hacer frente a la violencia, pero sí los médicos de quien se espera al menos un acompañamiento en el dolor.

⁴⁴ Lo mismo sucede con los hombres, su construcción social es la del violento. “Los rasgos constituyentes de eso que llamamos masculinidad, incluyen el uso legítimo de la violencia en cuanto derecho y también en cuanto deber” (Vendrell, 2003). Lo cual no significa que todos sean violadores o que todos ejerzan violencia pero sí “*todos* los hombres son socializados para dominar a las mujeres” (Vendrell, 2003) y *todos* los hombres se benefician de la violencia que se ejerce en contra de las mujeres.

Es interesante pensar ahora la profesión médica, esa profesión que si bien está basada en relaciones de poder, es jerárquica (como todas las profesiones), masculina, con una lógica administrativa, práctica, anclada en una medicina “que socaba la salud no sólo por agresión directa contra los individuos sino por el impacto de su organización social sobre el ambiente social” (Illich, 1984:57), habría que tomar en cuenta que no es absoluta e inmodificable. El poder de la medicina no existe, entendiéndolo desde la teoría del poder propuesta por Foucault (1988) desde donde no existe “El Poder” como esencia, sino que se encuentra en relaciones, no es vertical sino bilateral. Por lo tanto sería interesante pensar la profesión médica como una relación entre actores, y analizarla desde el lado de las personas que la practican. Porque las profesiones no son algo establecido, inamovible, las construyen y las practican personas, hombres o mujeres que si bien están contruidos genéricamente dentro del esquema de la dominación masculina, tienen una agencia. Y si bien el *habitus médico* es el conjunto de predisposiciones incorporadas, se sostiene a través de las prácticas de los médicos, quienes son personas con una agencia, si bien limitada, es mayor que quienes están en situación de violencia.

Por lo tanto, creo que comenzando a reconocer que no hay enfermos en una situación de violencia, siendo conscientes de que todos estamos contruidos genéricamente y, reconociendo la agencia de los sujetos, lo que se puede hacer -y lo que podemos hacer por otros-, pienso que tal vez, a partir de entonces, sea cuando comenzaremos a cambiar las estructuras.

Recapitulando

Para finalizar quisiera hacer un balance entre los objetivos marcados que se señalaron en el capítulo 1 y los logros alcanzados a lo largo de esta investigación. Esto, en términos de acercamientos, replanteamientos, limitaciones y aportaciones.

Para empezar, uno de los logros que considero de los más importantes, fue el cuestionar algunas de las definiciones del concepto de violencia de género, marcar sus limitaciones y proponer una que fuese útil para esta investigación y más cercana a la definición de género desde la que partía.

En cuanto a los objetivos se puede decir que el trabajo logró tener un acercamiento al cómo es que en el Hospital General de Cuautla se identifica a las mujeres que se encuentran en situación de violencia y al tipo de atención se les brinda a través del análisis de los materiales que se distribuyen (donde se marcan los procedimientos a seguir), y a través del análisis los testimonios. En este sentido se lograron distinguir entre dos discursos: el del *deber ser* que marcan las normas, procedimientos y discursos “oficiales” y *el hacer* en donde pudimos ver los problemas de la identificación y las deficiencias en la atención que llevan a una revictimización de estas mujeres.

Siguiendo con los objetivos, en el capítulo dos y tres detallé el cómo es que se han aplicado, en dicho hospital las normas oficiales, me acerqué al cómo funciona el departamento de violencia intrafamiliar que se encuentra dentro del hospital y señalé las acciones que realiza.

Los logros y limitaciones de este departamento intentaron plasmarse en el capítulo cuarto cuando se analizó los discursos de las integrantes del PVF y cuando, gracias a la multiplicidad de voces y al contraste de testimonios entre el personal médico, no médico y el de las usuarias, pudimos conocer las diferencias entre el decir y el hacer en el discurso del personal del PVF, que ha llevado a una imposibilidad de realizar a cabo acciones, muchas veces ante circunstancia ajenas a este, aunque también vimos una conformidad que adoptan ante estas circunstancias el personal.

Asimismo, pienso, que pude identificar a algunos de los actores que intervienen en el proceso de atención a mujeres en situación de violencia, evidenciando que no son los médicos, como marca la norma, quienes son los principales agentes de detección de estos usuarios sino que son varios los agentes que llevan a cabo esta función, trabajadores que la norma y los manuales no contemplan, que no cuentan con una capacitación ni una “sensibilización”, sino que muchas veces lo hacen como algo que depende y está más relacionado con la buena voluntad que con el deber profesional. Este hecho que pareció, en un principio, una incongruencia me llevó a situar y describir las prácticas y las actitudes del personal del hospital -que surgieron en los testimonios y que pude observar- como parte de

un *habitus médico* que limita la acción y que está relacionado con el orden de género imperante que construye y marca la profesión y la acción individual.

Las disparidades y coincidencias entre el discurso de los médicos y de las usuarias se pudieron hacer evidentes en el caso de Estela y en los mismos testimonios de los profesionales en donde de manera directa pudimos ver las diferencias entre lo que deben hacer, lo que dicen hacer y lo que se observó hacen en la atención que brindan a las usuarias en situación de violencia. Esta discordancia propicia una relación jerárquica entre prestadores de servicios y usuarios, éstos últimos más bien vistos como pacientes, lo cual implica una relación de subordinación y sometimiento, que se respalda a través de una violencia simbólica (Menéndez, 2003) en donde los mismos usuarios aceptan y reproducen su rol de pacientes (un ejemplo claro es cuando Claudia manifiesta estar agradecida por obtener un pañuelo del médico que la atendió). Este tipo de relación supone relaciones y significaciones de control ideológico, social y físico, que determinan como subordinado a todos los usuarios y a la mujer en mayor grado. Aunque a través de los testimonios pudimos ver elementos de este trabajo social que intervienen en la perpetuación de esta relación asimétrica y en el tipo de atención que brindan los médicos a usuarias en situación de violencia, percibimos que muchos de estos aspectos están más relacionados con cuestiones que no dependen de ellos directamente, aspectos estructurales como lo puede ser la deficiente educación que recibieron –de manera general relacionada con la despersonalización de la medicina que se refleja en atención de calidad a los usuarios, y en particular frente a casos de violencia de género en donde no saben cómo actuar y que ellos mismos identifican como obstáculo para el ejercicio de su profesión–; además del sistema médico, el sistema de género se vio como el principal responsable dentro de esta relación pues es lo que delimita y marca la acción profesional (aunque no sólo la médica) y la individual. También está el sistema económico y los deficientes recursos que son destinados al sector salud lo cual es causa de la infraestructura limitada con que cuenta el hospital y de la remodelación que parece nunca acabar o más bien nunca avanzar.

En el análisis de la relación usuaria- médico se pudo profundizar poco por el escaso número de usuarias que entrevisté, ya que al ser pocas las identificadas y canalizadas, no hay

muchas que lleguen a las áreas o instituciones especializadas, también se debe a que fueron pocos los casos con los que coincidí en mi trabajo de campo. Sin embargo, se intentó plantear unas bases del orden de interacción a través de los testimonios de los médicos.

El poco acercamiento que tuve con las usuarias, también influyó en el objetivo de conocer varias de las estrategias y actitudes que tienen las víctimas, a través del grupo de mujeres que suelen reunirse los lunes, en el hospital, ya que sólo había dos canalizadas por el hospital y de ellas ninguna había sido atendida por un médico. Pero, por otra parte, este inconveniente nos permitió evidenciar cómo los problemas que pueden existir a un nivel o fase del proceso afecta de manera directa en todo el resto, lo que me llevó a un cuestionamiento más profundo relacionado con el campo médico, la profesión y, en sí, lo que ha significado que el sistema de salud se haga cargo de la violencia de género.

Es decir, que gracias a estos contratiempos pude entender los problemas, obstáculos y deficiencias del proceso de atención como parte de un orden médico, de la construcción social de los géneros y por lo tanto como una consecuencia de la medicalización de la violencia de género –término para el que además se intentó construir una definición tentativa-, y no sólo eso, sino que, considero que la trayectoria que siguió la investigación me permitió confirmar la hipótesis de la que partí que fue que: el orden médico y el orden de género imperante son determinantes a la hora de entender el proceso de atención a las mujeres maltratadas, las actitudes adoptadas por médicos y el personal que interviene en la atención que se les brinda dentro del hospital, así como también nos ayudan a comprender las acciones de las propias víctimas frente a esta atención.

Bibliografía

- Álvarez López, Esther, Carolina Brito *et. al.* (2010), “Detección de la Violencia contra la Pareja por Profesionales de la Salud”, *Anuario de Psicología Jurídica*, Vol. 20, pp. 31-41.
- Belmartin, Susana (1995), “Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo”, *Desarrollo Económico*, Vol. 35, núm. 137, consultado el 3 de noviembre de 2010 en: <http://www.jstor.org/stable/3467424>.
- Berger, Peter y Hansfried Kellner (1985), “El acto de la interpretación”, en *La reinterpretación de la Sociología*, Madrid, Espasa Calpe, pp. 53- 92.
- Biedma-Velázquez, Lourdes and Serrano-del-Rosal, Rafael (2009), “Médicos y médicas, estilos asistenciales distintos: ¿satisfacción diferente de los usuarios?”, *Salud pública México*, vol.51, núm.4, pp. 277-284.
- Butler, J. (2011). “Remarks on ‘Queer Bonds’”, *GLQ, A Journal of Lesbian and Gay Studies*, núm17, pp.2-3.
- Dias Bertino Bispo, C., Costa Souza, V. L. (2010), “Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento”, *Revista Baiana de Enfermagem*, núm 21, pp.19-30
- Beltran, A. (1994) *Antropología médica: sus desarrollos teóricos en México*, México, Fondo de Cultura Económica.
- (1986) *Antropología Médica*, México Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Bloom y Wilson (1996), “relaciones entre médicos y pacientes”, en Careaga Pérez, G. *Ética Y Salud Reproductiva*, Las Ciencias Sociales, México, M. A. Porrúa.
- Bourdieu, Pierre (2000), *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama.

- Buchillet, D. (1991). "Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia" en Buchillet (ed.), *A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde*". CEJUP; MPEG; UEP, Belem (BRA), p. 21-44.
- Caballero, J. J. (1998). "La interacción social en Goffman", *Reis*, núm. 83, pp. 121-149.
- Castro, Roberto (2011), "Enfoques y desafíos en los estudios de género y violencia", Ciclo de Conferencias El Colegio de México Problemas Contemporáneos: interpretaciones sociológicas, de mayo de 2011, México, Auditorio Alfonso Reyes de El Colegio de México
- (2010), *Poder médico y ciudadanía., El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Montevideo, Udelar/CRIM-UNAM.
- (2004) *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*, México, UNAM-CRIM.
- (1999), "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comp.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, CEDDU, El Colegio de México, México, pp. 57-85.
- Castro, Roberto y Casique, Irene (coords.) (2008) *Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006*, México, Instituto Nacional de las Mujeres, CRIM-UNAM.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2009), *Para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres ¡Conoce! la NOM-046-SSA2-2005*, México, Secretaría de Salud.
- (2006), *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo*, México, Secretaría de Salud

Cervantes Muñoz, Consuelo; Ramos Lira, Luciana, *et. al.* (2004), “Frecuencia y dimensiones de la violencia emocional contra la mujer por parte del compañero íntimo”, en Martha Torres Falcón (Comp.), en *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, México, Colegio de México.

Clavreul, (1983), *El orden médico*, Barcelona, Editorial Argot.

Comisión de Creación de Nuevos Órganos del Consejo de la Judicatura Federal (2009), “Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, *Diario Oficial de la Federación*, México.

----- (1986), “Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica”, *Diario Oficial de la Federación*, México.

Corbin, Juliet M. (1998), “The Corbin and Strauss Chronic Illness Trajectory Model: An Update”, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An Internacional Journal*, vol.12, núm. 1

De los Campos, H (2007): “Diccionario de Sociología”, 5campus.com, Sociología, versión en línea en la URL: <http://www.5campus.com/leccion/sociodic>.

Denzin, Norman K. (2000), “Un punto de vista interpretativo”, en Denman Catalina A. y Jesús Armando Haro (comp.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, Hermosillo, El Colegio de Sonora, pp. 147-205.

Dias Bertino Bispo, Clísy, Vera Lucia Costa Souza (2007), “Violencia institucional sufrida por mujeres internadas en proceso de abortamiento”, en *Revista Baiana de Enfermagem* v. 21, núm. 1, pp. 19-30.

Estibaliz (2011). “Prevención de la violencia de género”, en Jesús Pérez, Ana Escobar, *Perspectivas de la violencia de género*, Madrid, Grupo 5 Editorial. 292 p.

- Erviti, Joaquina, R. Castro e I. Sosa Sánchez (2006). “Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México”, *Estudios Sociológicos*, XXIV, núm. 72, septiembre-diciembre, pp. 637-665.
- Finkler, K. (1992), “El cuidado de la Salud: un problema de relaciones de poder” en R. Campos (Comp.), *La Antropología médica en México*, (Tomo 2), México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Fleischer, S. (2006). “Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala”, *Anthropologica*, núm. 24, pp. 51–75.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad*, vol. I: La Voluntad de Saber, México, Editorial Siglo Veintiuno.
- (2001). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI.
- Geertz, Clifford (2000 [1973]), “Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura”, *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa, pp. 19-40.
- (1994), *Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas*; traducción de Alberto López Bargados, Barcelona Paidós.
- Goffman, E. (2007), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, col. *sociología*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- (1991), “El orden de la interacción”, en Goffman, E., & Winkin, Y. *Los momentos y sus hombres*, pp.169–205.
- (1969), *The Presentation of Self in Everyday Life*, Londres, Allen Lane The Penguin Press.
- Heise, Lori, (1994) *Violencia contra la mujer la carga oculta de salud*, Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo Banco Mundial.

- Herrera, Cristina, Ari Rajsbaum, Carolina Agoff, Aurora Franco (2006), “Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México”, *Salud pública México*, vol.48, suppl.2, p.259-267.
- Herrera, Cristina, (2009), *Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México*, UNAM-PUEG, FLACSO México, INSP.
- Illich, Ivan, (1986), *Némesis médica: la expropiación de la salud*, Barcelona, Barral Editores.
- 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*, Cuernavaca.
- Kleinman A, (1988), *The illness narratives. Sufferings, healing and the human condition*, New York, Basic Books.
- Kleinman A., Benson P. (2004), “La vida moral de los que sufren de la enfermedad y el fracaso existencial de la medicina”, *Monografías Humanitas*, núm. 2, pp. 17–26.
- Lago, L. M., J. J.Martins, D. G.Schneider, D. C. C. Barra, E. R. P. Nascimento, G. L. Albuquerque, A. L. Erdmann (2010), “Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalaria”, *Ciência & Saúde Coletiva*, núm. 15, pp. 1283–1291.
- Lamas, M., & Bourque, S. (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, UNAM.
- Langdon, E. J., Santos, R. V., & Coimbra Junior, C. (1994). *Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazonia Colombiana; Disease representation and therapeutic procedures of the Siona in Colombian Amazonia*, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Machado, Z. Lia (2010), *Feminismo em Movimento*, Brasil, Verbena Editorial.
- Malinowski, Bronislaw (2000 [1922]), “Introducción: objeto, método y finalidad de esta investigación”, *Los argonautas del Pacífico Occidental*, Barcelona, Península, pp. 19-42.

- Mechanic D. (1986) “The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition”, en *Psychol Med*; p.1–7.
- Mattosinho, M. M. S., & Silva, D. M. G. V. (2007) “Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares”, en *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, núm. 15 (6), 1113–1119.
- Menéndez, Eduardo (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, núm. 8. Chata-Ciesas.
- (1998). “Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado”, en *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 73, pp. 5–22.
- (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, Casa
- (1985), “El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos”, *Desarrollo Económico*, 24 (96):593-604.
- (1984), “Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos”, *Nueva Antropología* 6(23):71-102.
- Méndez-Hernández, Pablo *et. Al.* (2003), “Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México”, *Salud pública México* vol.45, núm.6, pp.473-482.
- 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”, Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud, OMS, Ginebra, OMS/EIP/GPE/99.2.
- Paggi, Patricia, (1999), “Las instituciones de salud y el problema de la violencia conyugal”, en Corsi, J., *et. al.*, *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Buenos Aires, Paidós.

- Pamplona, Francisco (2006), “Violencia institucional”, en *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*, México, Secretaría de Salud.
- Parsons, T. (1966). El sistema social Talcott Parsons; traducción al español por José Jiménez Blanco y José Cazorla Pérez. Madrid Revista de Occidente 1966.
- Pereira, Diogo Neves (2008), *Itinerários terapêuticos entre pacientes do Hospital de Base (DF)*, Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- Pimentel, L. A. (1998), El relato en perspectiva: estudio de teoría narrativa, Siglo XXI.
- Piña, C. (1988). “La construcción del ‘sí mismo’ en el relato autobiográfico”, Revista paraguaya de Sociología, vol. 25 núm. 71, pp. 135–76.
- Riquer, Florinda; Saucedo, Irma; Bedolla Patricia (1996), “Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública” en Ana Langer y Kathryn Tolbert, *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, México DF, Edamex, The Population Council.
- Ritzer, G. (1997). Teoría sociológica contemporánea George Ritzer; traducción María Teresa Casado Rodríguez; revisión técnica Amparo Almarcha Barbado. México McGraw-Hill.
- Sayavedra, Gloria y María Eugenia Flores (1997) *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?* Red de Mujeres, A.C. México. SSM (Servicios de Salud de Morelos) (2010), “Censo de Población y Vivienda 2010”, Cuernavaca.
- Secretaría de Salud (2009), *Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual, manual de operación*, México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 206 p.
- (2008), *Programa de acción específico 2007-2012. Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género*, México.

- (2001), *Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres*, México.
- SSM (Servicios de Salud de Morelos) (2010), “Censo de Población y Vivienda 2010”, Cuernavaca.
- Schutz, Alfred (1974), *El problema de la realidad social*, Buenos Aires, Amorroutu Editores.
- Scott, J. W. (1986), Gender: A useful category of historical analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053–1075.
- Siegler, M., & Osmond, H. (1973), “The 'sick role' revisited. Studies” - Hastings Center, 1(3), 41-58.
- Stark, E., Flitcraft, A., & Frazier, W. (1979), “Medicine and patriarchal violence: the social construction of a 'private' event”. *International Journal Of Health Services*, 9(3), 461-493.
- Strathern, M. (1990), *The gender of the gift: problems with women and problems with society in Melanesia*, University of California Press.
- Sturzenegger, O. (1994). “El camino a tientas. Reflexiones en torno a un itinerario terapéutico”, *Suplemento antropológico*, núm.29, pp. 163–227.
- Tamez González, Silvia y Rosa Irene Valle Arcos (2005), “Desigualdad social y reforma neoliberal en salud”, *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 67, No. 2. <http://www.jstor.org/stable/3541543> (consultado el 3 de noviembre de 2010).
- Taylor, S.J. y R. Bogdan (1987). “Introducción. Ir hacia la gente”, en S.J. Taylor y R. Bogdan, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Paidós, pp. 15-27. (301.01 T246int versión en inglés).
- Torres Falcón, Marta (comp.) (2004), *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, México DF, Colegio de México.

- Valdez-Santiago, Rosario *et. al.* (2006), “Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas”, *Salud pública México*, vol.48, suppl.2, p.221-231.
- Valdez-Santiago, Rosario; Myriam Ruiz-Rodriguez (2004), *Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública?*, *Salud pública Méx*, Cuernavaca, v. 51, n.6, Dec. 2009, recuperado el 26 de noviembre de 2010 de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600009&lng=en&nrm=iso
- Vela, P. (2001), “Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa”, en Tarrés, M, L., *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, Porrúa y FLACSO, pp. 97-131.
- Vendrell Ferré, Joan (2003), “Violencia sexual y masculinidad: sobre algunas consecuencias intolerables de la dominación masculina” en Marinella Miano Borruso, *Caminos inciertos de las masculinidades*, México, Conaculta- INAH, pp. 259-286.
- Ward, J., (2002) *If Not Now, When? Addressing Gender-based Violence in Refugee, Internally Displaced, and Post-conflict Settings: A Global Overview*. New York.
- Marquez y Meneu, “la medicalización de la vida y sus protagonistas”, en *Eikasia. Revista de Filosofía*, II 8 (enero 2007). <http://www.revistadefilosofia.org>
- Mesa Redonda *El concepto de víctima*. I Congreso Internacional *Construyendo Redes*. Grupo de Acción Comunitaria. Abril-Mayo 2008.
<http://documentacion.aen.es/pdf/libros-aen/coleccion-estudios/violencia-y-salud-mental/parte1-algunos-conceptos-sobre-la-violencia/37-el-concepto-de-victima.pdf>

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevistas

URGENCIAS		
Nombre (seudónimo)	Edad	Edo civil
Estudios	Especialidad	Puesto
Años de titulación		
Tiempo de laborar en esta institución		
Trabajos previos		
Otros trabajos alternativos		
¿Considera el laborar aquí un trabajo definitivo o temporal?		
¿Según su percepción son más mujeres o hombres los que atiende?		
¿Padecimientos más comunes por los que acuden?		
¿Qué tipo de padecimientos son los más frecuentes por los que acuden H y M?		
¿Considera que tienen comportamientos distintos frente a la enfermedad H y M?		
y/o frente a las instituciones de salud el médico?		
¿Durante el tiempo que lleva en la institución le ha tocado atender a alguna mujer que presente signos que considere que puedan ser signos de violencia?		
¿Qué tipo de signos?		
¿Cómo lo detectó?		
¿Qué hizo usted al respecto? (Descripción)		
¿Supo quién, por lo general, era el agresor?		
¿Cree que se le ha escapado la detección de algún caso? Por qué cree que haya sucedido?		
¿Cuántos casos como este se ha enfrentado? De qué se trataban?		
¿Cree que son recurrentes este tipo de casos en el hospital?		
¿Existe algún tipo de protocolo que ponga en marcha cuando se detectan evidentes señales de violencia?		
¿Le han dado alguna instrucción al respecto? (para saber cómo detectar o enfrentarse a este tipo de casos?)		
¿Reciben algún otro tipo de capacitación o Cursos en el Hospital? Son obligatorios? Tienen algún costo?		
¿Conoce el departamento de violencia familiar que hay en el hospital?		
¿Conoce el refugio que hay en Cuautla para mujeres en situación de violencia?		
¿Considera que se le da el procedimiento adecuado en esta institución a los casos de violencia contra las mujeres?	Por qué?	
¿Qué haría para mejorarlo?		
¿Considera que los médicos deberían involucrarse más en el proceso de atención a víctimas de violencia?		
¿Ha escuchado de la norma NOM-190-SSA1-1999 y NOM-045-SSA2-2005		
¿Conoce el término violencia de género?	Dónde lo ha escuchado?	

GINECOLOGÍA		
Nombre (seudónimo)	Edad	Edo civil
Estudios	Especialidad	Puesto
Años de titulación		
Tiempo de laborar en esta institución		
Trabajos previos		
Otros trabajos alternativos		
¿Considera el laborar aquí un trabajo definitivo o temporal?		
¿Cuáles son los procedimientos que más atienden o?		
¿Las mujeres que acuden son de distintas clases sociales?		
¿Considera que las actitudes que tienen frente a las instituciones de salud y/o frente a los médicos son diferentes dependiendo el origen socioeconómico?		
¿Le ha tocado atender a usuarias de habla indígena? Cuentan con algún mediador?		
Durante el tiempo que lleva en la institución le ha tocado atender a alguna mujer que presente signos que puedan ser signos de violencia?	Qué tipo de signos?	
¿Cómo se detenta a una mujer que ha sufrido violencia?		
¿Qué hizo usted al respecto?		
¿Cuántos casos de este tipo se ha enfrentado? Cómo fueron?		
¿Cree que son recurrentes este tipo de casos en el hospital?		
¿Existe algún tipo de protocolo que ponga en marcha cuando se detectan evidentes señales de violencia?		
¿Le han dado alguna instrucción al respecto? (para saber cómo detectar o enfrentarse a este tipo de casos?)		
¿Reciben algún otro tipo de capacitación o Cursos en el Hospital? Son obligatorios? Tienen algún costo?		

¿Conoce el departamento de violencia familiar que hay en el hospital?
¿Conoce el refugio que hay en Cuautla para mujeres en situación de violencia?
¿Considera que se le da el procedimiento adecuado en esta institución a los casos de violencia contra las mujeres? Por qué?
¿Qué haría para mejorarlo?
¿Considera que los médicos deberían involucrarse más en el proceso de atención a víctimas de violencia?
¿Ha escuchado de la norma NOM-190-SSA1-1999 y NOM-045-SSA2-2005
¿Conoce el término violencia de género? Dónde lo ha escuchado?

RECEPCIONISTAS/T.S.		
Nombre (seudónimo)	Edad	Edo civil
Estudios	Especialidad	Puesto
Cuál es su función principalmente?		
Cuántos años lleva laborando en esta institución?		
¿Siempre ha estado en la misma área?		
¿Qué tipo de trabajos ha tenido antes de entrar a esta institución?		
¿Considera este trabajo como fijo o es pasajero?		
En su turno, ¿considera que llegan más mujeres o más hombres?		
¿Por qué padecimientos principalmente acuden unos u otros?		
¿Considera que tienen actitudes diferentes frente a la enfermedad?		
Y frente a los médicos a al personal médico?		
¿Ha visto que lleguen pacientes de habla indígena?/ cómo se comunican?/ existe un trato diferenciado por parte de los médicos?		
¿Durante el tiempo que lleva en la institución han llegado mujeres con señales de violencia? Qué tipo?		
¿Admiten haber sido agredidas o uds lo suponen?		
¿Cómo han actuado?		
¿Son ustedes o los médicos quienes dan aviso a trabajo social/ al MP?		
¿En qué caso se debe hacer?		
¿Hay un procedimiento o quién les dice qué deben de dar aviso?		
¿Consideran que los médicos alguna vez no lo hacen por alguna circunstancia?		
¿Quiénes consideran que son los principales responsables de dar aviso?		
Este tipo de casos son recurrentes?		
¿Cuántos recuerda? Cómo fueron?		
¿Ustedes entrevistan a los usuarios? ¿qué tipo de preguntas les hacen?		
¿Han recibido algún tipo de capacitación al respecto? Reciben otro tipo de capacitación?		
¿Consideran que se le da o existe un procedimiento adecuado dentro del hospital?		
¿Cuáles creen que son las fallas o cómo podría mejorar?		
¿Consideran que los médicos deberían de involucrarse más? O quién debería?		
¿Consideran que los médicos siempre tienen una actitud correcta frente a estos casos?		
¿Conoce el departamento de violencia familiar que hay en el hospital?		
¿Conoce el refugio que hay en Cuautla para mujeres en situación de violencia?		

PERSONAL DEL PVF		
Nombre (seudónimo)	Edad	Edo civil
Estudios	Especialidad	Puesto
Cuál es su función principalmente?		
Cuántos años lleva laborando en esta institución?		
¿Siempre ha estado en la misma área?		
¿Qué tipo de trabajos ha tenido antes de entrar a esta institución?		
¿Considera este trabajo como fijo o es pasajero?		
Cuáles son sus funciones?		
Historia del programa		
Objetivos		
¿Cuántos hay y dónde?		
Nexos con el DIF, refugio, MP		
Describame el proceso de atención que se da en el hospital a mujeres en situación de violencia		
¿Cada cuando se dan capacitaciones?		
¿Cómo promueven el programa?		
¿Cuáles son las principales dificultades que identificas en el proceso de atención?		
Personalmente, ¿qué consideras que podría hacerse para mejorarlo?		

Anexo 2. Registro de atención en casos de violencia Familiar o Sexual (forma)

REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL

Folio: _____					
Unidad médica		Institución			
Nombre		Localidad			
Municipio		Entidad			
USUARIO(A) AFECTADO(A)	1. Nombre		3. Edad	4. Sexo	
	Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)		Años	1. Masculino 2. Femenino 3. Embarazada	
2. CURP		5. Derechohabencia			
6. Domicilio		1. IMSS 2. ISSSTE 3. SEGURO POPULAR 4. PEMEX 5. SEDENA 6. SECUMAR 7. OTRO 8. NO			
Calle		Número exterior	Número interior	Código postal	
Localidad		Municipio	Entidad Federativa		
EVENTO MAS RECIENTE	1. Fecha de ocurrencia		4. Día de la semana en que ocurrió el evento		
	2. Tipo de Violencia		5. Fue en día festivo		
	3. Prevalencia		6. Sitio de ocurrencia		
	8. Agente de la lesión		9. Lugar del cuerpo afectado principalmente		
1. Física 2. Sexual 3. Psicológica 4. Abandono		1. Lunes 2. Martes 3. Miércoles 4. Jueves 5. Viernes 6. Sábado 7. Domingo		1. Hogar 2. Escuela 3. Recreación y deporte 4. Calle 5. Transporte público 6. Automóvil particular 7. Centro de trabajo 8. Otro Especificar	
1. Primera vez 2. Subsecuente		1. Si 2. No		11. Gravedad de la lesión	
1. Asesinato 2. Lesión grave 3. Lesión moderada 4. Lesión leve 5. Otro		1. Cabeza o cuello 2. Cara 3. Brazos y manos 4. Torso 5. Columna vertebral 6. Abdomen y/o pelvis 7. Espalda y/o glóteos 8. Piernas y/o pies 9. Area genital 10. Múltiple		1. Leve 2. Moderada 3. Grave	
7. Consecuencia resultante		13. Gavecedad de la lesión			
1. Contusión 2. Laceración 3. Fractura 4. Herida 5. Amputación 6. Abcisión 7. Quemadura 8. Clotadura 9. Aboma 10. ITB 11. Embarazo 12. Contusión 13. Tratamiento de urgencia 14. Tratamiento quirúrgico 15. Defunción 16. Otro		1. Leve 2. Moderada 3. Grave			
PARIENTE AFECTADO(A)	1. Edad	2. Sexo	4. Parentesco con la o el afectado		
	Años	1. Masculino 2. Femenino	1. Padre 4. Madrastra 7. Novio o pareja eventual 2. Madre 5. Cónyuge 8. Sin parentesco - conocido 3. Padrastro 6. Otro paciente 9. Sin parentesco - desconocido		
ATENCIÓN	1. Fecha de ocurrencia		3. Atenciones otorgadas		
	2. Servicios de atención		4. Aviso al Ministerio Público		
	5. Destino después de la atención		1. Si 2. No		
1. Consulta externa 2. Urgencias 3. Hospitalización 4. Otros servicios		1. Tratamiento médico 2. Tratamiento quirúrgico 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico 4. Otro		1. Domicilio 2. Consulta externa 3. Hospitalización 4. Traslado a otra unidad médica 5. Grupos de apoyo de mutua 6. Refugio o albergue 7. Unidades de atención especializada en violencia familiar y sexual 8. OIP 9. Otro	
1. Si 2. No		1. Si 2. No		1. Si 2. No	
Notificación fecha		Nombre del notificante		Firma	
Día Mes Año		_____		_____	

Formulario estandarizado para uso exclusivo de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
 Nota: De conformidad con los lineamientos de la presente Norma, la persona responsable de la Unidad Médica de Atención a la Salud tiene la obligación de dar aviso al Ministerio Público.

Anexo 3. Aviso al Ministerio Público (forma)

AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO (APENDICE INFORMATIVO)				
Nombre, razón o denominación social del establecimiento				
Institución		Localidad		
Municipio		Entidad federativa		
C.P.		Fecha de elaboración		
Servicio		Día Mes Año		
Causa				
Usuario(a) o afectado(a) de violencia				
Nombre		Edad		Sexo
Apellido Paterno		Apellido Materno		M. F.
Domicilio				
Calle		Número Exterior	Número Interior	Barrio o colonia
Localidad		Municipio	Entidad federativa	
Fecha de atención médica		Hora de recepción del usuario(a) afectado(a)		
Día Mes Año		Horas Minutos		
Motivo de atención médica				
Diagnóstico(s)				
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte:				
Plani:				
a) Farmacoterapia				
b) Exámenes de laboratorio				
c) Canalización				
Seguimiento del caso:				
Área de trabajo social		Área de psicología		
Área de medicina preventiva		Área de asistencia social		
Pronóstico				
Notificación		Agencia del Ministerio Público		
Día Mes Año		_____		
Nombre y cargo del receptor				

Anexo 4. Herramienta para evaluar el riesgo, según situación específica de violencia (forma)



HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA

A. RIESGO A LA SALUD MENTAL E INCREMENTO DE VIOLENCIA

PREGUNTA	FRECUENCIA	OBSERVACIONES	ACCIÓN URGENTE
¿Se insulta, menosprecia o humilla en privado o en frente de otras personas?			
¿Impidió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas?			
¿Ha controlado un sus actividades o tiempo?			
¿Se quitó o sus pertenencias en contra de su voluntad?			
¿Se difamó o proporcionó información sobre usted dañando severamente su imagen ante los demás?			
¿Contrajo matrimonio con otra persona a pesar de estar casado con usted?			
¿Se divorció algunas de sus parejas?			
¿Se puso a golpear o patear la pared, algún mueble u objeto?			
¿Amenazó con golpearla o asustarla?			
¿Amenazó con matarla?			
¿Amenazó con llevarse a sus hijos/as?			

E. RIESGO A LA SALUD FÍSICA

PREGUNTA	FRECUENCIA	OBSERVACIONES	ACCIONES URGENTES
¿Se sacudió, zarandeó, jironeó, o empujó a propósito?			
¿La golpeó con la mano, el puño, objetos, o la pared?			
¿Demoradas con objetos calientes o sustancia?			

C. RIESGO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PREGUNTA	FRECUENCIA	OBSERVACIONES	ACCIONES URGENTES
¿La forzó o acosó sexualmente, o bien lo forzó a dejarse tocar o acariciar en contra de su voluntad?			
¿Ha mantenido actitudes de acoso sexual o tocamientos, hacia otras personas o hacia sus hijos?			
¿Ha forzado físicamente a alguna persona o alguno de sus hijos/as, para tener sexo?			
¿Le controla el uso de métodos anticonceptivos, o no le permite usarlos?			
¿La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin utilizar fuerza física?			
¿La forzó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando la fuerza física?			
¿La forzó a tener sexo con prácticas que no son de su agrado?			
¿Ha estado embarazada como producto de la violación? (Indicar tiempo de gestación)			
¿Ha impedido interrumpir el embarazo aun cuando éste sea producto de la violación?			
¿La ha golpeado durante el embarazo?			
¿La ha golpeado durante el embarazo y eso le ha provocado un aborto?			



D. RIESGO DE MUERTE INMINENTE

PREGUNTA	FRECUENCIA	OBSERVACIONES	ACCIONES URGENTES
¿La golpeó tanto que usted cree que iba a matarla?			
¿La trató de ahogar o asfixiar?			
¿La tiró de las escaleras o de la azotea, balcón, del auto en movimiento, etc.?			
¿La agredió con alguna navaja, cuchillo o machete, o arma de fuego?			

Anexo 5. El caso de Estela

En Julio del 2011, realicé la entrevista a recepcionistas del turno matutino del Hospital General de Cuautla, comenzó normalmente hasta que llegué a la parte en que les pregunté si les había tocado recibir a alguna mujer que presentara signos de violencia, y Abi, una de ellas me contestó:

Uhh, muchísimos casos desde mujeres adultas hasta jovencitas (...), nada más ahorita en la mañana recibimos a una que la golpeó su yerno.

Al momento Abi y Lili me la señalaron y así fue como conocí a Estela. “Estela” es un nombre que le he asignado yo, ya que no supe su nombre ni tuve la oportunidad de preguntárselo. El contacto que tuve con ella fue muy efímero puesto que representa el caso de aquellas mujeres que no son identificadas y que al no ser canalizadas salen de la institución en cuanto son dadas de alta sin que puedan ser orientadas por los servicios que para estas situaciones existen. Este tipo de casos cuestionan testimonios y discursos oficiales del personal médico.

La información que presento a continuación proviene de uno de mis diarios de campo, y los diálogos que aparecen no provienen de grabaciones sino de transcripciones que realicé después del encuentro.

Así, al terminar la entrevista con las recepcionistas ubiqué a Estela en el pasillo. Estaba sentada entre los muchos pacientes que al no contar con una camilla esperan, se reponen, se curan, en una silla. Me paré cerquita a ella, lo más cerca que pude con toda el área llena, y esperé a que se desocupara un asiento para poder abordarla. Mientras, esperaba, observaba, escribía mi diario de campo y anotaba eventualmente algunas preguntas que podría hacerle.

Mientras estuve ahí pude mirarla detenidamente y darme cuenta que tenía un brazo con férula y sus ropas manchadas de sangre. Mirándola intuí que se trataba de una señora de aproximadamente 45 años, su tez era morena clara, era alta y de complexión robusta. Vestía bermudas y una playera de talla más grande que la suya. Su mirada y porte me hicieron pensar que no se trataba de una señora introvertida, sino por el contrario me deba la impresión que tenía un carácter fuerte.

Tras unos 20 min y al ver que no había posibilidad de que se desocupara un lugar pronto, me acerque, me puse de cuclillas a mitad del pasillo frente a ella y le pregunté qué le había pasado. Ella me contestó que le había pegado el yerno. “Mire mi brazo, ahorita me van a decir que dice la radiografía y mire mi cabeza, me cosieron”, me lo dijo agachando la cabeza y enseñándome una herida entre los cabellos de unos 10 centímetros, ya suturada.

Le pregunté si ya había denunciado y si le había dicho el origen de su lesión al médico cuando la atendieron. Ella me contestó que no había denunciado, en cuanto al doctor sólo le había preguntado qué le había pasado. Estela le dijo al médico que el culpable había sido su yerno, a lo que el doctor lo único que comentó después de aliviarle las heridas fue que esperara afuera, que él la volvería a llamar, y la acomodaron en el pasillo, donde la encontré. Después le pregunté si alguien le había dicho que la trabajadora social iba a venir a platicar con ella o que si tenía que ir a ver (haciendo referencia al tamizaje que dicen que le hacen las trabajadoras sociales para después canalizarlas al área de violencia familiar), o si alguien del personal le había dado algún consejo, ella me dijo que no a todo.

En ese momento una enfermera paso con un carrito de curación y me pidió que me retirara porque estorbaba el paso. Antes de moverme le dije a Estela que después de que la viera el médico regresaría para que me contara que le habían dicho y me fui a parar donde mismo. 10 minutos después salió el Dr. Guillermo del cuarto que funge como el área de los consultorios de urgencias con una radiografía en su mano. Llamó a Estela y le dijo algo que no alcancé a escuchar, sólo oí cuando le dijo: “¿tiene alguna duda?”, ella negó con la cabeza sin contestar nada, inmediatamente Altamirano le dijo que pasara con la trabajadora social a pagar.

Después de decirle eso el doctor salió a la calle y preguntó si había un familiar de ella (gritando su apellido que no alcancé a escuchar). Un joven entró –parecía de unos 20-25 años de complexión robusta, que vestía bermudas y chancas de baño, - después supe que era el hijo Estela,. El doctor le dio instrucciones sobre donde tenía que ir a pagar. Mientras, el hijo hacía eso, Estela esperó sentada. Al poco tiempo Estela se paró y fue a alcanzar a su hijo al departamento de trabajo social, no quise esperar más y fui tras ella.

Cuando logré alcanzarla le pregunté que qué había pasado y me contestó que ya la habían dado de alta: “Ahora me mandaron aquí para que pague, a ver en cuanto me sale, porque no tenemos dinero”.

Le pregunté si al menos la habían atendido bien, me dijo que sí. Intenté indagar sobre si el doctor le había comentado algo relacionado con que le hayan pegado, me contesto que no, misma respuesta que me dio cuando la cuestioné sobre si le habían hablado de un departamento que ayuda a mujeres que sufren violencia. Ella me contó que era la primera vez que le pegaba su yerno, que había llegado borracho y como ella estaba en la casa de su hija se había enojado. A la hija al parecer ya le ha pegado otras veces y que esta vez hasta un pedazo de labio le había arrancado, ella no había podido venir al doctor porque tenía que ir a trabajar y así golpeada se había ido.

La trabajadora social los llamó y antes de que entraran rápidamente, le expliqué más o menos porque le estaba haciendo estas preguntas, le dije de mi investigación y que me importaba saber que decían los médicos cuando estaban frente a un caso de mujeres golpeadas. Ella me contestó: “no me dijeron nada, pero no tengo quejas, la verdad me trataron muy bien”. Le desee suerte, me despedí y me fui.

Al día siguiente entrevisté al doctor que la atendió y cuando le pregunté que si le había tocado atender casos de mujeres víctimas de violencia me contesto que como dos casos hace tiempo. Cuando le pregunté qué casos habían sido, a lo que él respondió dos casos en los que el esposo había golpeado a su esposa. Insistí sobre casos recientes que le hubieran tocado donde mujeres hubieran sufrido violencia y dijo que no.

Anexo 6. Trípticos

¿Cual es una de las consecuencias más dañadas de la violencia familiar?

Las víctimas de la violencia familiar son muchas y sus consecuencias son graves. La violencia familiar es una de las causas más importantes de lesiones físicas, psicológicas y emocionales. Las víctimas de la violencia familiar son muchas y sus consecuencias son graves. La violencia familiar es una de las causas más importantes de lesiones físicas, psicológicas y emocionales.

Las consecuencias de la violencia familiar son graves, lesiones físicas y psicológicas.

- Responder a la violencia familiar de la víctima involucra la familia.
- Trastornos emocionales, depresión, ansiedad, inseguridad, etc.
- Desorganización familiar, falta de apoyo emocional.
- Trastornos psicológicos en los hijos, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta y trastornos del aprendizaje.
- Riesgo de que los hijos se vuelvan violentos.



Violencia Familiar

No olvidemos algunos puntos:

- La violencia familiar es un delito.
- Mejor argumento jurídico a la violencia.
- Los conflictos familiares son normales.
- La violencia familiar es un delito.
- La responsabilidad de la violencia es de quien la ejerce, no de la víctima.
- Las víctimas de la violencia deben buscar la ayuda de la víctima.
- La violencia es una conducta que se aprende y con ayuda se puede cambiar.



¿Dónde puedo buscar ayuda si soy víctima de violencia familiar?

El Centro de Atención y Apoyo a las Víctimas de la Violencia Familiar (CAAV) es un espacio seguro para las víctimas de la violencia familiar. El CAAV ofrece servicios de atención y apoyo a las víctimas de la violencia familiar. El CAAV ofrece servicios de atención y apoyo a las víctimas de la violencia familiar.

Violencia Familiar



La Secretaría de Salud cuenta con Servicios y Centros Especializados de atención gratuita a la violencia donde pueden recibir atención psicológica.

Y si lo deseas puedes referirte a algún refugio en el estado para salvaguardar tu integridad física y emocional o de quien vive una situación de violencia extrema.



Si conoces a alguien que vive violencia hazle llegar este folleto

Servicios de Salud Morelos

Programa de PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA Familiar y de Género

Servicios y Atención Psicológica Especializada Centro SYDGE (Salud y Género Unidad Especializada)

Correos:

Residencia Jurídica, Contratación Pública, Trabajo Social, Seguimiento al Caso, Psicología, Asesoría Jurídica

Dirección de Salud Pública:
Calle Cuernavaca No. 5, C. Centro, Cuernavaca, Morelos
Atención Atención Legal, Trabajo Social, Psicología, Atención Médica

Teléfono 01 (777) 910 1111
Av. Miguel Alemán S/N, P.O. Box 10, Toluca, Estado de México
Avda de Alvarado Paredes, Cuernavaca, Morelos, Cuernavaca, Morelos

Director General de Salud Pública:
Rafael General de Guzmán, Cuernavaca, Morelos, Cuernavaca, Morelos





Anexo 7. Portada del resumen de la norma distribuida a médicos


Para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres

¡CONOCE! LA NOM-046-SSA2-2005

SALUD **GOBIERNO FEDERAL** **MÉXICO**



Anexo 8. Plan de seguridad (forma)



PLAN DE SEGURIDAD

1. Tejar los teléfonos importantes, disponibles para mí y para mis hijos:

2. Yo le puedo contar a: _____
 Ya: _____
 Sébale la valencia y pídeles que llamen a la policía si oyen ruidos en mi casa.

3. Si decido salir de casa, yo me puedo ir a:

4. Si salgo de casa para protegerme, yo me llevaré:

El bebé y mis hijos (si pequeños) / valores para los hijos mayores.
Documentos:
Medicinas:
Objetos de valor:
Dinero:
Otros:

5. Para mantener mi seguridad e independencia yo debo:

- Siempre tener una tarjeta telefónica.
- Ejercitar la ruta de escape.
- Sólo yo debo conocer mi plan de seguridad para evitar riesgos.
- Evitar confrontaciones con el agresor.

NOMBRE Y FIRMA DE LA USUARIA: _____

Anexo 9. Herramienta para evaluar la peligrosidad del agresor (forma)



HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA PELIGROSIDAD DEL AGRESOR

PREGUNTA	GUIA DE ACCIONES URGENTES
¿Existe alguna razón por la que usted sienta un miedo intenso hacia su generador de violencia? ¿Tiene antecedentes penales o ha estado en la cárcel?	
¿Usa drogas o alcohol con frecuencia o tiene el efecto de agredirlo severamente? ¿Tiene acceso a armas?	
¿Participa en actividades delictivas? ¿Tiene nexos con grupos policíacos o militares?	
¿Existen otros aspectos relevantes que nos ayuden a evaluar la peligrosidad del generador de violencia?	

OBSERVACIONES: _____

APLICADOR: _____
 FECHA: _____