



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Filosofía

**“Violencia de género a mujeres residentes en la
formación y
profesión médica dentro de hospitales
públicos”**

Trabajo escrito

Que como parte de los requisitos para
obtener el Grado de
Maestría en Estudios Antropológicos en Sociedades
Contemporáneas

Presenta:

Flor Mariana de la Peña Vargas

Dirigido por:

Dr. Édgar Israel Belmont Cortés

Querétaro, Qro. a 25 de Septiembre, 2020



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Filosofía

Maestría Estudios Antropológicos en Sociedades
Contemporáneas

**“Violencia de género a mujeres residentes en la formación y
profesión médica dentro de hospitales públicos”**

Trabajo escrito

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de Maestro en Estudios
Antropológicos en Sociedades Contemporáneas

Presenta:

Flor Mariana de la Peña Vargas

Dirigido por:

Dr. Édgar Israel Belmont Cortés

Dr. Édgar Israel Belmont Cortés
Presidente

Dra. Adriana Terven Salinas
Secretaria

Dra. Michelle Pinet Zavaleta
Vocal

Dra. Alejandro Vázquez Estrada
Suplente

Dr. Eduardo Solorio Santiago
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Querétaro
Septiembre, 2020
México

Agradezco a CONACyT por el apoyo económico brindado mediante la Beca Nacional para la Realización de los Estudios de Posgrado.

De igual forma, declaro conocer las normas complementarias y lineamientos para la presentación de trabajos de titulación de la Maestría Estudios Antropológicos en Sociedades Contemporáneas. Con base en los principios de integridad y honestidad, manifiesto que el presente trabajo es original y enteramente de mi autoría. Las citas de otras obras y las referencias generales a otros autores, se consignan con el crédito correspondiente.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

Dedicatorias

Este trabajo se lo dedico a mi sobrina Alena, quien es mi principal inspiración para estudiar temas que cuestionan lo socialmente construido partiendo del género, esperando así, que en un futuro estos estudios aporten positivamente al cambio en la sociedad, haciéndola más justa y sin violencias, para que las niñas y los niños crezcan en un mundo mejor.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

Agradecimientos

Gracias a Dios. Gracias a mis padres, a mi hermano Rafa y a mi cuñada Lili que siempre me han apoyado y acompañado en mi crecimiento académico. A mi hermano Frank quien sé que está orgulloso de mi y diario lo pienso.

A mis maestros y maestras que son un ejemplo diario a seguir. Al al Dr. Eduardo Solorio y al Dr. Alejandro Vázquez quienes estuvieron conmigo ayudándome a avanzar a lo largo de este proceso, en especial al Dr. Edgar Belmont quien es director de esta tesis y me apoyó en la construcción del análisis del tema.

A la Dra. Adriana Terven que confió en mi y se interesó mucho en mi investigación, dándome acompañamiento valioso que me hizo confiar en mi proyecto y valorar mis procesos.

A mi amiga Miriam, quien ha sido un ejemplo de lucha y convicción, que me ha enseñado que es más importante mantener nuestra esencia y el ser siempre fieles con nuestros sueños.

Gracias a todas las mujeres que me encontré en el camino y que compartieron conmigo sus experiencias, por tener la fuerza de salir adelante ante un sistema tan machista, injusto, grotesco e inhumano.

Gracias a la Dra. Michelle que gracias a su apoyo pude realizar parte valiosa de esta investigación. Gracias al Dr. Psiquiatra Armando Herrera, integrante de la ANRM, quien desde el primer día compartió conmigo información importante, esperando que muchos proyectos surjan de nuestras investigaciones y nuestro interés por estos temas. Al Dr. Roberto Castro quien me hizo el honor de leer mi tesis y hacerme correcciones. A la Dra. Belmont por su forma tan especial de compartir sus experiencias. Y gracias a las personas que no puedo nombrar por proteger su identidad.

Por último, a mi música que me ha ayudado a mantenerme viva en momentos difíciles.

Resumen

Esta investigación trata de exponer las experiencias sociales de mujeres residentes que viven violencia de género en los hospitales públicos por parte de sus compañeros o de superiores. Haciendo visible lo que se vive diariamente dentro del espacio del hospital.

Palabras clave : violencia de género, campo médico, experiencias sociales.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

Abstract

This research tries to expose the social experiences of resident women who live gender violence in public hospitals by their colleagues or superiors. Making visible the daily experience in the hospital space.

Key words: gender violence, medical field, social experiences.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

NO SOMOS HÉROES, SOMOS DOCTORES

Dejemos el panorama claro.

Estamos en una de las mayores crisis de salud de la humanidad y los médicos somos llamados nuevamente para salvar a las personas.

Les reitero a mis colegas:

No aceptaremos este discurso de que somos héroes. Veo a los médicos y al gobierno llamando a los médicos héroes, ilustraciones, aplausos por la noche, etc.

¡Héroes del infierno! Somos padres y madres, tenemos hijos, familias, cuentas por pagar. Somos masacrados por el Estado y el "Mercado". Sufrimos ataques de nuestras prerrogativas por parte de políticos, de otras profesiones que dicen que somos como ellos.

¿Dónde están los curanderos/ osteópatas en estas horas epidémicas? ¿Dónde están los dentistas de armonización facial? ¿Dónde está los esteticistas biomédicos? ¿Dónde están los fisioterapeutas de botox? ¿Dónde están las enfermeras que creen y colocan los DIU y pueden recetar medicamentos? ¿Dónde están los políticos de este País que dicen que un médico es arrogante y que solo queremos privilegios?

Entonces, ahora que los médicos estamos en primera línea sin máscaras, sin PPE, sin armas, sin ayuda, ¿somos héroes? ¡Nada de eso!

Es hora de que la medicina sea valorada en este País. Es hora de tener salarios compatibles con la importancia de nuestra profesión y nuestro trabajo.

No somos héroes. Somos profesionales imprescindibles. !!! (sic)

Nos diferenciamos por naturaleza de nuestro trabajo. Ni mejor, ni peor, sino diferente.

Necesitamos dejar de aceptar esto de ser "un apóstol" héroe. Este es un pretexto para que el Estado y el mercado continúen sin valorarnos.

Ahora es el momento de cambiar ese juego. Requeriremos trabajar con el equipo necesario. No somos soldados, somos doctores, somos seres humanos.

Después de la crisis, nos uniremos y exigiremos un giro radical en la forma en que nos tratan los empresarios y el gobierno de nuestro país.

Yo, Tú Médico!!! (sic)

Por Héctor Sastre.

(Compartido por la anestesióloga, 25 de marzo de 2020)

ÍNDICE

I. Introducción	9
II. Nota Metodológica	14
Capítulo 1. Proceso de formación y profesión médica	22
1.1 El paso de ser médico general a médico residente	23
1.2 <i>Habitus y currículum oculto</i>	33
Capítulo 2.- El hospital como espacio masculinizado	40
2.1 La perspectiva de género en las investigaciones antropológicas.....	41
2.2. La integración de las mujeres a espacios masculinizados.....	43
2.3. Cultura hospitalaria y reconocimiento: Experiencia social de la doctora Leticia Belmont.....	49
Capítulo 3. La lucha eterna, las mujeres residentes	55
3.1 Estrategias que desarrollan las mujeres residentes dentro del hospital.....	56
a) Normalización y sometimiento a la violencia de género en el hospital.....	56
b) Masculinización de comportamientos o acceder a mantener una relación amorosa con un superior	63
c) Evadir el contacto directo con los agresores	66
3.2 Subjetivación: factores físicos y emocionales ante la violencia de género .	62
III. Conclusiones	81
IV. Apuntes para un proyecto de intervención	84
Anexos	92
Bibliografía	90

I. Introducción

Este trabajo invita a conocer el fenómeno de la violencia de género que sufren las mujeres residentes en los hospitales públicos; para ello, es importante hacer mención de cuáles son los motivos por los que toma relevancia el asunto, la manera en que se crea una estrategia de acción para la obtención y recolección de datos y la búsqueda de conceptos que darán un oportuno acercamiento al tema de manera clara y precisa. Es indispensable comenzar con la experiencia social que se obtiene hace un par de años y que, posteriormente, es el tema elegido para esta tesis:

A principios de 2018, tuve la oportunidad de conversar con una exresidente del programa de posgrado en Traumatología y Ortopedia que inició en 2017, quien decidió renunciar en su primer año de residencia. Redactó una carta (para explicar el motivo de su salida) al departamento de enseñanza del Hospital Público donde prestaba sus servicios, mismo que da información constante a las universidades de procedencia de las y los residentes, así como a la Secretaría de Salud.

La carta –donde ella manifestó los motivos principales del porqué tomó la decisión de abandonar el hospital– nunca llegó a los destinos correspondientes. Unas semanas después, le llamaron de la Secretaría de Salud para conocer las causas, ya que en la carta que recibieron las autoridades sanitarias mencionaba que su salida era por “motivos personales”. La exresidente se sorprendió al darse cuenta de que su misiva había sido manipulada y cambiada. Por lo anterior, decidió reelaborarla y agregar todos los casos de violencia que sufrió en el hospital, trató de escribirla de manera más detallada y con nombres de los agresores, algo que había evitado para no tener represalias de estos sujetos.

Posteriormente, un psiquiatra –que trabajaba ahí mismo– habló con ella para comentarle que el hospital le había pedido un análisis clínico de su estado mental; él respondió que no podía entregar nada ya que dicha residente no había sido su paciente. En este punto, la exresidente me comentó lo común que es el hecho de inventar que tienes un problema de salud mental para que el hospital se deslinde de toda responsabilidad ante cualquier comentario negativo en su contra.

Asimismo, en dicha carta, la exresidente menciona que algunos superiores se referían a ella como “culito”. Constantemente la presionaron para renunciar, consideraban que, por ser mujer, debía estar en otros espacios como en las estéticas o haciendo actividades relacionadas con el hogar o labores domésticas. Este hostigamiento se convirtió en una apuesta entre varios médicos residentes con rangos mayores y médicos adscritos, quienes aseguraban que la estancia de la residente no duraría ni un mes. Por esa razón, la carga de trabajo hacia ella se hizo cada vez más evidente: Los castigos impuestos llegaron a ser absurdos y sin sentido; al mismo tiempo, el acoso sexual que recibía por parte de sus compañeros era insoportable al grado que se le llegó a culpar de “ser bonita”.

También refirió que otro de los motivos de su renuncia era la falta de humanidad en el trato a los pacientes por parte de los médicos del hospital: “¿Y doña cadera cómo va?, ¿ya le hicieron la curación a don perro?”, fueron algunas de las expresiones que escuchó en referencia a una persona que había sido atacado por un canino. Además, había comentarios como “ya mejor móchale la mano, qué hueva estarle curando los dedos a este güey”; lo anterior, para ella era una situación injusta porque mencionó que había estudiado para curar y tratar con personas, no con enfermedades, números o casos.

La exresidente comenzó a notar en sí misma un cansancio que nunca antes había sentido, al igual que una creciente apatía por el trabajo que realizaba día con día, por tal motivo decidió acudir a un psiquiatra para tomar antidepresivos, porque cada vez le era más difícil levantarse y prepararse para ir al hospital.

El día que ella decidió renunciar, fue el instante en que sintió que trataba a un paciente como un diagnóstico más, mencionó que llegó una persona con un brazo que tenía que acomodarle y le pareció una labor fácil, lo acomodó y salió del cuarto. La exresidente dijo: “En ese momento me di cuenta que me estaba convirtiendo en lo que no quería, estaba tratando a los pacientes como un caso, como algo que podía resolver sin saber su nombre, su vida, nada, fui al baño a lavarme la cara, lloré y decidí que no podía seguir ahí” (Entrevista con exmédica residente, 20 de septiembre de 2018).

Cuando los médicos adscritos, de base y residentes con rangos mayores se enteraron de su renuncia, se le acercaron para burlarse, “yo estaba en el elevador y un doctor de base me dijo: ‘¿qué pasó, no te gustó cómo te tratamos?, ¿fue por nosotros? o no me digas ¿estás embarazada, te vas a casar?’”. La exresidente comenta que fue la mejor decisión que pudo tomar porque esta situación también comenzó a afectar sus relaciones personales, ya que su familia y su pareja notaron un cambio, tanto físico como emocional, y se preocuparon por ella.

Esta experiencia permitió cuestionar la pertinencia de desarrollar un proyecto de investigación que se enfocara en la violencia de género –al interior de los hospitales públicos– hacia mujeres residentes desde un acercamiento antropológico. Lo que ayudó a plantear diversas preguntas, primero ¿qué es lo que viven las mujeres dentro del hospital?, ¿cómo viven las mujeres estas violencias? y ¿cómo estas mujeres generan estrategias para sortear la violencia en estos espacios?.

Es fundamental mencionar que para llegar al tema de la violencia de género que sufren las mujeres dentro de los hospitales, primero hay que entender conceptos básicos que nos darán la capacidad analítica de lo que es la formación y profesión médica de un residente, algunos ejemplos son **la violencia liminal**, de Víctor Turner (1999), la cual nos ayuda a explicar la ambigüedad de su profesión y de los derechos que tienen dentro del hospital, aunado a esto, **los ritos de paso** por Arnold Van Gennep (1996), quien nos define por etapas la importancia de analizar los procesos que pasan médicos y médicas residentes en su actuar dentro de un hospital.

En segundo lugar es responder ¿cómo se viven estas violencias? Un apoyo pueden ser teorías como **la pedagogía de la violencia de** Rita Segato (2018), que nos ayuda a precisar el cómo estas estructuras siguen reproduciéndose bajo lógicas violentas, legitimadas y aceptadas por el mismo espacio y que operan desde tiempo atrás, además de hacer uso de conceptos como el **habitus** de Pierre Bourdieu (1991) que posteriormente se ve utilizado por Roberto Castro (2014) como **habitus médico**, donde genera una identidad en las y los actores y

formas de trabajar específicas, relacionadas al entorno violento que se ven explicadas en **el currículum oculto**, el cual auxilia a entender todas estas violencias invisibles dentro de las relaciones y las prácticas por las que médicas y médicos residentes deben pasar para generar estatus y una **lucha por el reconocimiento** (Honnet, 1992).

Con los cuerpos que viven bajo una invisibilidad, es decir, una carencia de reconocimiento que nos convierte en víctimas de violencia legitimada al interior de las lógicas de funcionamiento de un hospital, esto nos dará pauta para generar un análisis más profundo también en las experiencias sociales de las mujeres residentes, aquí es donde se ve implicado el concepto de **los cuerpos dóciles de Michel Foucault (1976)** y cómo se moldea y transforma el cuerpo de las y los residentes dentro de estas instituciones, donde la **disciplina** fabrica individuos bajo un lenguaje reglado de lo permitido **y el castigo** tiene una relación directa con uso del poder para fines mayoritariamente injustificados.

Richard Sennet (2003) habla de la falta de **respeto** en las sociedades modernas, donde el valor de los seres humanos se ve atravesado y atacado -tanto de manera colectiva, como de manera individual-, lo que coloca al personal médico en una **<cultura hospitalaria>** y, gracias a las experiencias de las mujeres con las que se llevó a cabo este trabajo, pudimos definir cómo “todas estas lógicas de funcionamiento en las que está inscrito un hospital, que no necesariamente están estipuladas sobre un papel oficial, sino que son prácticas que se producen y reproducen a lo largo de la historia y que también han sido normalizadas y legitimadas, hacen que las trabajadoras y los trabajadores no se cuestionen violencias de las que son víctimas”, concepto que define nuestro espacio de análisis en la tesis.

Por último -y como tercera pregunta- hay que cuestionarnos ¿cuáles son las violencias agregadas que sufren las mujeres en estos espacios por el hecho de ser mujer?, haciendo uso de los conceptos que nos explicarán esta violencia diferenciada, un acercamiento a lo que Marcela Lagarde aborda como **“La perspectiva de género”**, que antropológicamente permite una mirada

microscópica al tema de la violencia de género con el rigor pertinente, pero además contribuye a los estudios de género para visibilizar a las mujeres y los retos que enfrentan dentro del panorama actual en nuestras investigaciones.

El elemento fundamental para entender en este capítulo, es la conceptualización del **género**, que refiere a un constructo social, cultural e histórico que ha posicionado a las mujeres en terrenos subordinados, para lo que hacemos uso de lo escrito por Marta Lamas (2000), quien puntualiza los roles o tareas que se han definido culturalmente exclusivos de hombres y exclusivos de mujeres, estereotipos que encasillaron a la ciencia médica como un terreno exclusivo de los hombres. De igual manera, se menciona a Axel Baños (2005) y su aporte de la **“expresión cultural”** para entender a la violencia como una expresión que define el momento histórico de una sociedad, y cómo este contexto se ve reflejado en el funcionamiento de las instituciones. Así concluye con la experiencia social de una doctora que logra hacer carrera al sortear los retos que representa el ser mujer en un espacio masculinizado con el uso del concepto de **integración** que Francois Dubet (1991) menciona en sus tres **lógicas de acción**.

La última pregunta: ¿Cuáles son las estrategias para sortear la violencia de género? En las últimas dos lógicas de acción que plantea Dubet (1991) en su libro “La experiencia sociológica”, explica las **estrategias y subjetivación** que nos ayudan a desentrañar cómo las mujeres permanecen. Hace uso de testimonios que nos ayudarán a articular estos conceptos y que servirán de apoyo para analizar experiencias como **“el sufrimiento”, “la invisibilidad” y el “desprecio”** que utiliza Axel Honnet (1992). Bajo este orden la lectura de la tesis podrá conectar de manera lógica la centralidad del tema, misma que no debe de perderse.

A continuación, se hará mención de cómo se desarrolló metodológicamente el acercamiento dentro del trabajo de campo etnográfico, el diálogo con actores clave que permitieron la recolección de datos, la importancia de las experiencias sociales de las mujeres residentes y las estrategias que generan para mantenerse en este espacio.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

II. Nota Metodológica

Para el segundo semestre de la Maestría de Estudios Antropológicos en Sociedades Contemporáneas, que se enfoca en realizar trabajo de campo etnográfico, inicialmente no se tenía la intención de ingresar a ningún hospital debido a que los permisos para hacer investigaciones referentes a temas como la violencia (específicamente la violencia de género) son difíciles de conseguir, sino es que imposibles.

A medida que tuve mayor acercamiento con investigadoras en el tema de violencia y salud, una psicóloga que está por terminar su doctorado –y que además fue mi lectora de avance de tesis– me ayudó a ingresar sin los permisos requeridos a un hospital público de Querétaro.

Mi estancia ponía en duda una cuestión ética de investigación, mi trabajo de campo se daría como una “investigación encubierta”, donde por un mes fingiría ser una pasante de psicología, con la intención de documentar las prácticas y el manejo de dicha institución. Realizar este trabajo de campo ponía en riesgo a las personas involucradas con mi entrada al hospital, e incluso a mí misma por no dar claridad a las autoridades correspondientes del hospital mis intenciones y mi identidad. Por ello, en este documento no se hace mención del hospital público donde se realizó la estancia, ni se nombra a las personas que colaboraron –y facilitaron su ayuda- en este proceso.

Antes de mi ingreso, conversé de nuevo con la exresidente que motivó mi interés en el tema de esta tesis, quien me hizo algunas sugerencias: Era importante que yo pasara desapercibida y que me cuidara de hombres cuyo rostro me mostró en fotografías con el fin de evitar contacto con ellos, puesto que fueron sus agresores. De igual manera, la psicóloga que me ayudó a ingresar al hospital me hizo una lista de las cosas que debía cumplir, por ejemplo, mi vestimenta tenía que ser discreta, ropa que fuera cómoda, zapatos que cubrieran totalmente mis pies debido a que en el piso de urgencias suele haber líquidos o sustancias que podrían causarme alguna infección. También debía portar una bata blanca y llevar el cabello recogido. Por último, tuve una conversación con un médico cirujano que

me advirtió de tener cuidado: “Todos ahí son bien puercos, procura llevar ropa holgada, nada pegado, de todos modos te van a intentar hablar o decir algo”, (entrevista realizada a un médico especializado en cirugía, 6 de marzo de 2019). Por esa razón, compré pantalones negros con tallas más grandes de las que normalmente uso, lo mismo con las blusas, para que cubrieran lo más posible mi cuello y mis brazos.

Mi trabajo dentro del hospital tuvo como duración un mes (marzo 2019), durante mi estancia redacté un diario de campo, donde primero documenté las condiciones físicas y estructurales del hospital, mismo que estaba en mal estado, por ejemplo, habitaciones que no tenían camas suficientes ni adecuadas, tal es así que -en el piso de Traumatología y Ortopedia- de cada diez camas, solo una tiene la tecnología adecuada para que un paciente pueda permanecer en una condición cómoda de “espera”; las demás, eran de fierro y con colchones improvisados para las personas que en ocasiones permanecían más de un mes en espera de una cirugía. Asimismo, registré que algunos baños -de diferentes pisos- estaban fuera de servicio por falta de mantenimiento, luz o agua; en algunos pasillos, las goteras se solucionaron, de manera improvisada, con cubetas que interrumpían y dificultaban el paso de sillas de ruedas. También, algunas de las paredes estaban por derrumbarse. Por otro lado, las residencias, es decir, áreas de descanso para profesionales de la salud que prestan sus servicios de manera temporal, se encontraban sucias y deterioradas, principalmente las que son de residentes con rangos más bajos (R1-R2).

En las salas de estudio, los lugares donde están médicos internos de pre-grado (MIPS) y residentes que elaboran formatos administrativos o tareas, además de que tenían ventanas sostenidas por cinta adhesiva, contaban con solo una computadora de aproximadamente unos diez años de antigüedad y máquinas de escribir que utilizaban diariamente. Llegó a ser muy común, cuando nos tocaba dar un paseo por las áreas de estudio, ver dormidas y dormidos a residentes en sus máquinas de escribir. Se percibía como un lugar hostil, incluso daba la

impresión de que -al verte llegar- no les importaba quién eras siempre y cuando no les pidieras nada.

Dentro del hospital pude darme cuenta que había una pequeña oportunidad de acercarme con algunos colectivos y obtener más información de lo que observaba, así fue que elaboré cuestionarios dirigidos al personal en general como médicas y médicos internos de pregrado, residentes, nutriólogas, enfermeras y enfermeros, psicólogas y psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales con la intención de conocer más de esta cultura hospitalaria que se vive diariamente.

Los cuestionarios eran aplicados de manera rápida, llegaba a las salas de estudio y les pedía su apoyo para que contestaran brevemente, algunas personas no querían participar porque estaban cargadas de trabajo, pero hubo quienes, al leer las primeras preguntas, se tomaban el tiempo de responder. En una ocasión, al esperar que todas y todos acabaran de llenar su cuestionario, un residente le dijo a una compañera “bueno ya, tampoco tienes que escribir toda tu vida”, a lo que ella replicó: “En todo el tiempo que llevo aquí nunca nadie me habían preguntado cómo me siento o cómo estoy” (información obtenida del diario de campo, 13 de marzo, 2019).

Es importante mencionar que hubo cuestionarios donde las médicas especificaron nunca haber sufrido ningún tipo de violencia y que, de hecho, no cambiarían nada de la cultura hospitalaria en la que vivían; la diferencia de estas mujeres es que ellas llevaban más de diez años trabajando en el hospital, en este sentido, esto es algo que a lo largo de la tesis se ha analizado y se ha deducido que estas personas ya han normalizado la violencia y, por tanto, no hablarían mal de la institución donde han desempeñado su vida laboral.

Gracias a estos cuestionarios pude constatar que la violencia dentro del hospital es un fenómeno cotidiano y que, en muchas ocasiones, es visto con naturalidad por el mismo personal, puesto que la mayoría, tanto hombres como mujeres, aceptaba haber padecido –o padecer- algún tipo de violencia. Sin embargo, en la pregunta: ¿Por qué no levantas una denuncia?, las respuestas se redujeron a la palabra “miedo”, esto me permitió elaborar otro tipo de preguntas que fuera del

hospital aplicaría para mi segundo mes de trabajo de campo en entrevistas a profundidad.

En abril de 2019, ya había salido del hospital y simultáneamente sucedía un fenómeno que me llamó mucho la atención y que intensificó la pertinencia a este tema de investigación. En la Ciudad de México se estaba conformando un grupo de residentes que hablaban sobre los ataques a su profesión y una serie de injusticias que querían hacer visibles a nivel nacional. Estos residentes reconocían que no era sólo el hecho de reclamar tres pagos quincenales retrasados, ni el pago de la nómina sexenal, sino un conjunto de malestares que estaban viviendo como profesionales maltratados y que ya no lo quieren permitir.

Oficialmente se crea La Asamblea Nacional de Médicos Residentes (ANMR) en febrero de 2019, la página de Facebook de la ANMR reconoce que ser médico residente es vivir en la incertidumbre profesional y laboral. La función de los médicos residentes está ubicada dentro del hospital y, aunque cuenta con las garantías laborales, éstas no son reconocidas porque dentro del hospital son estudiantes, lo cual ellos mismos definen como un “híbrido entre becario y trabajador de la salud”. En la página constantemente se comparte contenido relacionado con acontecimientos que viven las y los residentes en distintos hospitales de la república, con el afán de generar fuerza y conciencia de una problemática que existe en todo el país. De igual forma, cuentan con un correo para recibir testimonios sobre algún acoso, hostigamiento, violencia, entre otros.

El 9 de abril de 2019, periódicos y revistas nacionales tuvieron en primera plana la manifestación que se realizó en la Ciudad de México por parte del sector salud. El paro laboral exigía cumplimiento a sus derechos y la *dignificación de la profesión*, para ese entonces, diez hospitales estaban unidos en manifestar sus inconformidades. Actualmente, son más de cien hospitales los que están afiliados a la Asamblea. Dentro de esta protesta estuvieron involucrados más de 500 médicos que llevaron a cabo la nombrada “Caminata por la dignidad del médico residente”. Al llegar al Palacio Nacional entregaron un pliego petitorio donde se solicitaban pagos atrasados, revisión legal, cambio de contrato de beca, ajuste de

salario a inflación y solución a los problemas hospitalarios. Las y los residentes que no pudieron asistir a la caminata portaban un gafete con la insignia: “Soy médico residente y trabajo bajo protesta”, con el fin de rendirle honor y apoyo al movimiento.

Actualmente, en 2020, la página de la ANMR cuenta con más de 18,000 integrantes, en su mayoría mujeres y hombres residentes que están en desacuerdo con el ambiente laboral y las condiciones de trabajo. Tuve comunicación con el médico residente, Armando Herrera, por medio de una entrevista vía telefónica, mencionó que la Asamblea fue iniciada por movimientos como el #metoo (#yotambién) y el incremento de la tasa en violencia laboral que comenzaba a visibilizarse socialmente. La oportunidad idónea de alzar la voz y unirse a la conciencia colectiva de las injusticias dentro de las instituciones públicas.

En cuanto a las prácticas éticas de la investigación, cabe mencionar que esta investigación no busca causar problemas o conflictos a las víctimas de violencia dentro del hospital, sino documentar el fenómeno para lograr un análisis integral y posteriormente generar propuestas de intervención.

Es en este punto donde la segunda parte de mi trabajo etnográfico comienza a tomar mayor fuerza, además de permanecer atenta a la información compartida en la página de la Asamblea; en abril de 2019 realicé quince entrevistas a profundidad con personal de salud, principalmente mujeres residentes. La manera de contactarme con ellas fue como un efecto bola de nieve, es decir, después de una entrevista, esa chica me pasaba otros dos números y así sucesivamente, dichas conversaciones permitieron un acercamiento a las experiencias sociales que viven –o vivieron– durante sus residencias. Las entrevistas se enfocaron en recolectar datos importantes para la investigación: por qué eligieron estudiar medicina, cuál fue el aspecto más difícil de la carrera, si notaron alguna diferencia en el trato que recibían las mujeres respecto de los hombres, las expectativas que tenían cuando fueron aceptadas en el Examen Nacional de Residencias Médicas, los primeros castigos dentro del hospital, las sanciones más absurdos que

recibieron (y por qué), las guardias, el lenguaje que se usaba en el hospital, los sentimientos de injusticia, las relaciones de poder, las estructuras jerárquicas en las que tenían que convivir al ser mujeres, si se presentaron casos de abuso u acoso sexual, si existían estrategias para prevenir la violencia de género en los hospitales, las experiencias que las dejaron marcadas de manera negativa y, finalmente, los síntomas que presentaron en su cuerpo debido a la presión y la violencia. Las entrevistas se realizaron fuera del hospital y se entregaron cartas de confidencialidad y de compromiso ético para garantizar que no se mencionarán los nombres de todas aquellas personas que colaboren en la investigación, lo anterior debido al miedo de las represalias que podrían darse en su contra.

De igual forma, se creó la página de #yotambiénhospital en Facebook, que gracias a algunas residentes con quienes había trabajado anteriormente, se pasó la voz y comenzaron a agregar más y más personas, todo esto con la intención de que las mujeres pudieran hablar de sus experiencias relacionadas a la violencia de género que sufren diariamente, sin tener una respuesta esperada se lograron documentar dos casos que permitieron a la investigación conocer otras perspectivas y articular el fenómeno de la violencia a las mujeres dentro de los hospitales.

El presente trabajo consta de un capitulo que de manera estratégica responderá a las preguntas centrales de la tesis, para conseguir un análisis integral sobre la violencia de género en mujeres residentes. Cada capítulo resolverá cuestiones que se entrelazan para dar al lector una mayor comprensión del fenómeno y así dar protagonismo a la pregunta correspondiente con ayuda de los conceptos elegidos. Conforme el texto avanza, se desmantelará la pertinencia que recae dentro de esta investigación al descubrir que la violencia es visible desde el año pasado (2019) con la creación de la Asamblea de Médicos Residentes que luchan por mejorar sus condiciones laborales y por el reconocimiento de su profesión en el marco fundamental de sus derechos como trabajadores. Nuestro **primer capítulo** se titula “Proceso de formación y profesión médica”, el cual, brinda detalles sobre la formación de un médico, cuántos años dura una carrera, lo que implica conseguir una residencia, el significado de ser residente, su condición jurídica-legal, las demandas que tienen actualmente, los movimientos que se han creado por los maltratos que sufren diariamente y cómo las prácticas dentro del hospital se ven inscritas en una cultura de abuso que se esconde bajo el concepto de cultura hospitalaria, esto con el apoyo de autores que han ahondado en el tema y que ayudan a comprender los ataques a la profesión médica, su humanidad y dignidad. Para el **segundo capítulo** se revela cómo las residentes viven estos procesos desde la perspectiva de género que antropológicamente ha estudiado el papel y la posición que tienen las mujeres en los espacios públicos. Señala los procesos de discriminación dentro del hospital, caracterizado por ser una institución históricamente masculina. En este apartado se presenta un muestreo teórico e histórico donde las experiencias sociales que fueron compartidas por las residentes son el foco de atención en las entrevistas a profundidad, con el fin de reforzar el argumento de cómo ha sido su integración al campo médico y los retos que enfrentan en la actualidad. Y por último un **tercer capítulo**, “La lucha eterna”, que se enfoca en el acercamiento y el análisis de los datos obtenidos para visibilizar las estrategias que las mujeres generan a lo largo de su formación y

profesión médica, “desde la perspectiva femenina” en estos espacios hostiles y cómo esto ha provocado en ellas el buscar alternativas para hacer frente y sortear violencias que actualmente las ponen en desventaja con sus compañeros hombres y que hacen difícil su desempeño profesional en el campo médico. Agrego a esto testimonios donde la subjetividad está presente en todo lo que implica la creación y aplicación de estas estrategias que generan en ellas desgaste, sentimientos de injusticia e impotencia por el miedo a la denuncia y las represalias que esto puede tener.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

Capítulo 1. Proceso de formación y profesión médica

El capítulo aborda teóricamente -y con apoyo de experiencias sociales de residentes- el proceso de formación y profesión médica, toma en cuenta el significado de entrar a la carrera de medicina, hasta el hecho de obtener el grado de especialista. En este capítulo hablaremos de cómo se da la socialización desde los primeros años de carrera universitaria y el sentido profundo que la formación tiene para crear médicos y médicas capaces de soportar las tensiones, estrés y fatiga que representa trabajar en un hospital. Esta relación será explicada con conceptos que explican la realidad de lo que es laborar en un hospital bajo el rango de “residente” y las implicaciones que esto conlleva.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

1.1 El paso de ser médico general a médico residente

La formación de un médico esclarece las relaciones de poder en las que está inmerso, desde el ingreso a la carrera universitaria ya forman parte de una estructura jerárquica y vertical caracterizada por rangos que van encasillando a los individuos en un esquema donde unos se ven subordinados por otros: Cada rango significa poder, estatus y reconocimiento.

La carrera tiene una duración de cuatro años dentro de la universidad, más un año de servicio social y otro año más de prácticas profesionales como médicos internos de pregrado (en sus siglas MIPS) donde por medio de rotaciones experimentan por poco tiempo lo que son las áreas en las que se divide un hospital, por ejemplo, ginecología y obstetricia, traumatología y ortopedia, diálisis, cirugía, entre otras, esto dependerá del hospital al que ingresan a hacer su internado, esto con el fin de que el alumnado descubra sus intereses y al finalizar su carrera pueda verse inclinado hacia un área que le genere pasión y motivaciones de profundizar y ejercer.

Después de estos seis años de formación universitaria y prácticas profesionales se titulan como médicos generales, algunos de ellos buscan especializarse y formar parte de un posgrado llamado "Residencia", por ejemplo, si un médico decide especializarse en Traumatología y Ortopedia, primero debe aplicar para el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), donde aplican hasta 50,000 personas y solo un aproximado de 6,000 o 7,000 plazas están disponibles a nivel nacional. Las especialidades -en cuanto a duración- varían de dos a seis años, depende el posgrado (información obtenida en entrevista a residente en Cirugía, 29 de marzo de 2019). Y es así como se van nombrando dentro del hospital, las y los médicos residentes de primer grado (en su primer año serán R1), los de segundo año (R2) y así sucesivamente, esto los va ubicando no solamente en grados de conocimientos, también en rangos que otorgan un status y poder hacia los que entran año con año.

El doctor en Sociología, Roberto Castro (2014), especialista en temas sobre ciencias sociales y salud, violencia contra las mujeres, derechos humanos y ciudadanía, menciona varios elementos conceptuales que nos ayudan a aproximarnos en la formación médica, explica que existe una “*socialización de los estudiantes de medicina*”¹ que los y las lleva por un camino donde el ser médico implica generar conocimiento a la par de una identidad que los hace distintos de otras profesiones. Y es que de manera inconsciente están inmersos en una cultura en la que su posición aún no significa nada en el campo médico. Con base en el mérito y la disciplina deben ganar terreno y reconocimiento.

El doctor Roberto Castro hace mención que “varios tipos de aprendizajes fueron identificados como cruciales para los estudiantes en su proceso de formación. Destacan el entrenamiento para la ‘incertidumbre’. “El estudiante debe acostumbrarse a la dificultad de diferencias entre las limitaciones de conocimiento de la ciencia médica y sus propias limitaciones personales” (Castro,2014: p.340).

Esto nos habla de una preparación con el fin principal de que médicas y médicos conozcan su posición dentro del campo médico² y actúen bajo esa condición, para que al ingresar al hospital en alguna residencia tengan presente la cultura hospitalaria, las reglas y las lógicas en las que se opera, para esto nos apoyamos en algunas experiencias que nos muestran esta relación de la formación universitaria con la práctica profesional:

Siempre te dejan claras las jerarquías dentro del hospital, cuando ibas de estudiante al hospital te decían “tú eres la basura, de la basura, de la basura, tú ni llegas a recogedor y tú respetas aquí todo”. Obviamente había lugares más amables que otros (Entrevista a ex residente en Traumatología y Ortopedia, 27 de marzo de 2019).

¹ Adopta un enfoque simbólico interaccionista, y puso el énfasis en el conjunto de estrategias, resistencias y tácticas que desarrollan los estudiantes de medicina, así como en las etapas por las que pasa el self en su transformación hacia su identidad como médicos. (Castro, 2014, p.340)

² El campo médico está formado por el conjunto de organizaciones, instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. (Castro, 2014, p.173)

Dentro de la universidad siempre había comentarios y bromas con respecto a lo que sería el internado o la residencia, pero yo creo que no te cae el veinte hasta que estás ahí y lo vives, porque es una violencia que llega a sobrepasarte y muchas veces no la entiendes, creo que hasta después de tiempo comprendes que todo lo que te decían en la universidad era poco a lo que realmente ibas a vivir ahí dentro del hospital (Entrevista a especialista en Cirugía, 25 de marzo de 2019).

En apoyo de lo anterior, Víctor Turner [1967] en su libro *La Selva de los Símbolos*, desarrolla el concepto de liminalidad, creado inicialmente por Arnold Van Gennep [1969] en su libro *Los ritos de paso*, lo cual refiere al periodo de paso de un estado a otro, es el momento de pausa donde una persona está en transición, donde no se encuentra en ningún lugar, sino en un punto intermedio, trayendo ambigüedad en la identidad. Si bien, este concepto no fue creado para explicar temas de violencia, sin embargo, se buscó aplicarlo en la tesis haciendo una adaptación, creando el concepto de *violencia liminal*, para dar cuenta de la frontera de pertenencia identitaria que se vive en el proceso de formación de los residentes y de la incertidumbre que esto conlleva, haciendo visible un proceso ambiguo donde no son estudiantes, ni profesionistas.

Para conseguir su título como especialistas viven un limbo que no les permite hacer ejercicio de sus derechos y que además tienen que estar sujetos a una cultura hospitalaria que los explota y los maneja a su conveniencia. Para entender mejor este punto Víctor Turner (1967) habla de tres categorías importantes que señalar dentro de este concepto de la liminalidad³: la *ambigüedad*, *invisibilidad* y *carencia*. Estas categorías las desarrollamos en un esquema donde 1) la ambigüedad entra en el aspecto que mencionan de vivir una incertidumbre laboral que conlleva una falta de reconocimiento dentro de las prácticas y de la misma

³ El concepto de liminalidad se desarrolla ampliamente a través del estudio de los rituales de iniciación entre los ndembu, un grupo del noroeste de Zambia. Aunque Turner se centra en el periodo liminal dentro de los ritos de iniciación, propone que es aplicable a los estudios rituales que marquen el proceso de un estado a otro, o bien a la aplicación de procesos transitorios aunque estos no estén ritualizados. (Teresa del Valle, página 8.)

profesión en el hospital; 2) la invisibilidad juega un papel donde a partir de este nulo reconocimiento se invisibilizan las condiciones en que debe de producir un servicio y atención y 3) la carencia que existe en todo el sistema, hablando desde las condiciones precarias del lugar donde laboran, así se refleja una violencia estructural e institucional, que además de situarlos en un campo donde no hay muchas posibilidades de actuar por el o la paciente, tampoco los protege a ellos como trabajadores de la salud que son víctimas de la violencia cotidiana.

Esta violencia liminal se ve relacionada con lo que el antropólogo Arnold Van Gennep enuncia en su libro *Los ritos de paso* (1969), nos explica sobre los rituales divididos en tres: “separación, incorporación y de iniciación”, podemos desarrollar que el significado de laborar en un hospital que se caracteriza por tener ritos de paso de un estadio a otro, de una condición a otra, de un rango a otro, tiene sus significados y podríamos hasta dar cierta validez en su aplicación cotidiana. Sin embargo, para comprender la aceptación, la normalización y la justificación de la violencia dentro de los hospitales, debe forzosamente atravesar un deseo de integrarse, este deseo que tienen las y los residentes de pertenecer, de vivir un proceso de cambio, transformación o transición de un estado a otro. Es una situación que implica el sentido de iniciarse en la ciencia médica (con lo que esto llegue a trastocar o significar de manera individual), el incorporarse a las lógicas de funcionamiento médico y, por supuesto, de lograr una integración. Sabemos que el rito de iniciación no puede ser muy distinto al rito ya conocido que muchas sectas o grupos criminales practican para asegurar el estatus del nuevo o la nueva integrante dentro del hospital, lo cual puede sonar aterrador, pero son prácticas tan antiguas que se reproducen y se legitiman con antecedentes históricos.

Si bien, **el paso de ser médico general a ser médico residente** jerárquicamente tiene un peso importante; dentro del hospital, el médico residente se considera como un estudiante de posgrado que también forma parte de los eslabones más bajos en los rangos de poder. El médico residente comprende un desprendimiento de la institución universitaria y pasa a manos del sector de salud pública, lo cual significa firmar un contrato con la institución de salud en la que va a hacer su

residencia, recibir una beca por el trabajo que brindará y desarrollar habilidades orientadas a la especialidad que aprenderá a la par de la implementación del conocimiento en la práctica médica diaria. En el camino se generan nuevas tensiones, aparece el estatus, pero también la búsqueda por el reconocimiento en el campo de la salud, ser estudiantes becados los somete a la estricta formación médica con el único objetivo de vivir para trabajar.

Otro elemento que debemos considerar es la beca que reciben las y los residentes, aproximadamente se ubica entre 8 mil y 14 mil pesos al mes (depende el rango de residencia), es importante mencionar que su actividad y trabajo no tiene un horario específico debido a la gran demanda que tiene un hospital público, incluso se han autonombrado como “la mano de obra barata” o “la esclavitud del siglo XXI” (entrevista con residente en Traumatología y Ortopedia, 29 de marzo de 2019). Es importante dejar clara su condición jurídica y legal, para esto nos apoyamos de un informe compartido por la ANMR llamado “*Mobbing, estrés laboral y deterioro en la salud mental en médicos residentes*”, donde la Dra. Nitzia Judith Araiza Cervantes (residente de segundo año en Psiquiatría en el Centro Médico Nacional Siglo XXI), la Dra. Elisa Gastélum Quevedo (residente de primer año en Psiquiatría, en el Centro Médico Nacional Siglo XXI) y la Dra. Karen Michelle Arteaga Contreras (residente de segundo año de Medicina Preventiva).

Dichas autoras tocan distintos puntos centrales, por ejemplo, la relación entre el clima laboral y la productividad en el trabajador, el desempeño de los médicos residentes, la comparación con otros modelos formativos para médicos residentes en otros países, la situación del médico residente en cuanto a fundamentos éticos, leyes y valores institucionales; además de brindarnos una presentación de un plan de acción para el fortalecimiento académico y clima organizacional de médicos residentes que muestra la importancia de encontrar soluciones ante los problemas en que se ven envueltos diariamente debido a la violencia con la que trabajan. De forma textual comparto el párrafo siguiente que habla de la condición jurídico-laboral del médico residente:

El contrato colectivo de médicos residentes, inserto como apéndice en el contrato colectivo del Instituto Mexicano del Seguro Social, no hace mención de las garantías que estos poseen más allá de su condición como becario y la conducta que debe desempeñar. Incluso, las organizaciones sindicales no interceden cuando son casos que involucran acoso laboral y violencia docente (un binomio inseparable), aludiendo que no cuentan con los recursos jurídicos ante este tipo de casos. De igual forma, las universidades que avalan los cursos de especialidad, justifican su inacción ya que las situaciones laborales deben ser tratadas por la misma institución empleadora. Este punto lo consideramos clave, ya que un médico residente es un trabajador con licenciatura en medicina, que realiza jornadas laborales extenuantes y contribuye significativamente al funcionamiento diario las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social en sus tres niveles de atención, desempeñándose incluso en tareas administrativas ajenas a la práctica médica (Obtenido de Informe realizado por la ANRM, septiembre de 2019).

Esto deja en estado de indefensión completa a médicos y médicas residentes, desde un principio se establece una relación de subordinación laboral, en la que ellos son el empleado y los superiores son los empleadores. Al hablar de esta cultura hospitalaria violenta comprendemos que este tipo de laguna jurídica autoriza la violencia hacia las y los residentes, ya que nunca se les reconoció como pilar fundamental en la institución.

Por estos motivos la ANRM se vio interesada en crear un bufete jurídico con el apoyo del Licenciado Emilio Alberto Matlalcuatzi Mendieta, fundador del Bufete Matlalcuatzi, egresado de la Universidad Tecnológica de México, Campus Sur, quien se acercó a la Asamblea de manera voluntaria para sumarse a su movimiento aportando una perspectiva jurídico-legal. Asimismo, el residente en Psiquiatría, Armando Herrera, me proporcionó el teléfono celular del licenciado, con quien tuve contacto el viernes 15 de abril de 2020, para que me describiera la

situación de los médicos residentes desde su punto de vista jurídico y cómo esto crea malestares en la profesión, el licenciado enunció:

Dentro del hospital, si bien es cierto que hay regulaciones, pero no hay autoridades suficientes que se encarguen de hacer cumplir esas normativas, llámese contratos colectivos de trabajo, normas oficiales mexicanas, la propia Ley Federal del Trabajo, o sea, no hay una autoridad, ¿por qué? Porque en este caso quién se encarga de dar cumplimiento de estas leyes, tú podrías pensar que en primer lugar serían los directivos, las autoridades, pero no pasa. Existen los órganos internos de control, pero no es suficiente, porque para que el órgano interno de control le entre en acción, generalmente, es a petición de parte, a petición de uno de los afectados, pero todo queda como dentro; en algún momento se vuelven jueces y parte. Al mismo tiempo, porque si un médico residente, en primera instancia, con quien se tiene que quejar es con su titular de materia, o titular del curso, pues el mismo tiene conocidos a los maestros, o los mismos jefes de enseñanza se conocen y a los titulares del curso, y no pasa nada porque existe un proteccionismo impresionante, entonces el amigo no va a juzgar a su amigo. Yo podría concluir que existe un proteccionismo impresionante entre autoridades, son autoridades que se conocen de mucho tiempo; existe ese compadrazgo, esa amistad que solapa y tolera los abusos que se vienen dando desde hace cincuenta años. Trabajamos en un sistema de salud muy viejo que nunca ha evolucionado ni revolucionado para estar a la par y al nivel de los tiempos en los que vivimos (Comunicación personal con Matlalcuatzi, viernes 15 de abril de 2020).

También nos comparte el licenciado Matlalcuatzi su postura con la denuncia de esta ambigüedad y las violencias que se generan gracias a esto:

Nunca apoyaría la idea de no denunciar, al contrario, mi objetivo personal, o llámale mi misión de lucha, es primero informales a todos los médicos residentes de cuáles son sus derechos, porque ellos al momento de tener más conocimiento de saber qué pueden y qué no pueden hacer, o qué

pueden y qué no pueden soportar, pues ellos van a tener más valor. Mi primer objetivo es que estén informados de que lo que pueden hacer es correcto y es legal, entonces nunca apoyaría la idea de no denunciar. Desafortunadamente todos tienen miedo, todos es el 95%, porque van a denunciar a su superior que en algún momento es el que los va a evaluar, por eso se ven atados de manos. Y como tú debes de saber un residente deja su vida para poder estar ahí y piensan 'si me quejo me van a correr y voy a echar al bote de basura lo que me ha costado muchísimo tiempo poder conseguir'. Entonces son esas dos emociones que pueden tener los médicos residentes (Comunicación personal con Matlalcuatzi, viernes 15 de abril de 2020).

Médicas y médicos residentes tienen múltiples tareas dentro del hospital, algunas de ellas son brindar consultas, las realizan los R2 "dependiendo de cuántos pacientes ingresen ese día, lo máximo que llegué a tener en consultas fueron cuarenta en total por mañana y tarde"; cubrir servicios de urgencias, llenar formatos administrativos "por lo regular lo hacen los R1 que son los de menor rango"; dar seguimiento a los pacientes, cubrir las guardias correspondientes "tu guardia normal o algunas que no están estipuladas ya sea por falta de personal o por castigo"; asistir a clases donde un residente nos comenta "todos los días hay clases a las 7 a.m. y duran una hora y los viernes es una clase para todo el hospital también de una hora aproximada"; presentar exámenes cada año para poder cambiar de grado, hacer exposiciones, asistir a congresos, cursos, tener sus rotaciones en otras instituciones y entregar una tesis sin tiempo límite (entrevista a R4 en Cirugía, 15 de marzo de 2019).

Este conjunto de tareas -más la violencia en las que se producen- son presiones que han llevado a los colectivos a preocuparse por las condiciones en que desarrollan sus prácticas, porque algunas de las circunstancias de la precariedad y tensiones, referidas a la labor dentro del hospital, detonan, en la mayoría de los casos, dependencia a las drogas o sustancias para mantenerse despiertos, algunas enfermedades como estrés, depresión, ansiedad, terminan en casos de

renuncia y actos o intentos de suicidio. En entrevista con una residente de primer año en pediatría del ISSSTE salió a la conversación un estudio (realizado por la Facultad de Medicina de la UNAM en 2018) sobre el suicidio, dicha investigación arrojó como resultado que uno de cada diez estudiantes de medicina intentó suicidarse a lo largo de la carrera, por lo que es necesario tomar medidas en el tema de salud mental.

Esto nos acerca a la idea de que médicas y médicos se forman bajo un sometimiento institucional que puede explicarse en *pedagogía de la crueldad*, publicación en la que Rita Segato (2018) define a la presión laboral como “la estrategia de la reproducción del sistema”, es decir, existe una disciplina que funciona como medio para mantener en el sistema un cuerpo que produzca y que sea de utilidad para alcanzar los fines. Lo anterior no posibilita el cuestionamiento de estas lógicas, es más común que los cuerpos acepten la violencia ya que el hospital no se preocupa por los malestares que puedan sufrir, sino por el funcionamiento que éste pueda seguir generando.

Rita Segato (2018) indica que “la repetición de la violencia produce un efecto de normalización de un paisaje de crueldad y, con esto, promueve en la gente los bajos umbrales de empatía indispensables para la empresa predatora. La crueldad habitual es directamente proporcional a formas de gozo narcisístico y consumista, y al aislamiento de los ciudadanos mediante su desensibilización al sufrimiento de los otros” (p.11). Lo anterior habla del recurso a la violencia como único camino para resolver y justificar la resolución de manera legítima y eficaz de algunos conflictos. La famosa premisa que expone Nicolás Maquiavelo en *El Príncipe*: “El fin justifica los medios”, es normalizada por muchos residentes, un ejemplo sería la siguiente nota:

Pues yo creo que te forma mucho el carácter, no exactamente las groserías o las humillaciones que te hacen, sino el entender la importancia de las cosas que estás haciendo, estás trabajando con personas, con la vida de las personas. En lo personal, no cambiaría lo que viví, ni lo que me hicieron

porque me hizo crecer y aprender muchísimo (Entrevista a Médico Cirujano, 14 de marzo de 2019).

La y el médico residente se ven inmersos en estas estructuras que operan bajo lógicas violentas legitimadas y aceptadas por el mismo espacio. Del artículo proporcionado por la ANRM se menciona que “en nuestro país no se cuenta con un plan o programa de salud mental para la atención del médico residente, desestimando la importancia de valuaciones frecuentes, con lo que se podría no solo detectar a los residentes ya afectados de depresión o ansiedad, sino también aplicar un tamizaje profiláctico para aquellos que poseen factores de riesgo, lo cual podría evitar el grado de renunciadas a la especialidad médica, los errores médicos derivados de alteraciones en este rubro y por supuesto, el deceso de médicos residentes por suicidio” (ANRM, septiembre 2019). Muestra así que para el hospital y su funcionamiento, el personal médico es algo en lo que no se centra importancia, esto define a la cultura hospitalaria como una cultura de abuso de su propio personal.

1.2. *Habitus y currículum oculto*

Dentro de los procesos de formación y profesión médica, es preciso hablar de lo que Pierre Bourdieu (1991) explica como *habitus*⁴ que nos permiten entender cómo los cuerpos reproducen prácticas y las adoptan de forma que las hacen propias de su condición. Roberto Castro (2014)⁵ nos habla en su artículo “Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México” que el “*habitus* médico” es el despliegue de ciertas conductas y prácticas que normalizan el actuar médico (p.181). Son prácticas, tanto individuales como colectivas, que condicionan y estructuran al residente dentro de un campo de acción. Esto lleva a que el *habitus* llegue a perpetuarse sin necesariamente ser cuestionado la mayoría de las veces o por la mayoría de las personas.

Esta identidad que crea el *habitus* médico viene de la mano con una necesidad de reconocimiento, es la búsqueda del pertenecer al gremio o a la profesión, situación que ocurre desde etapas muy tempranas, viendo esto desde una lógica de socialización. Las violencias que se viven en el hospital no están aisladas a las violencias experimentadas en la formación universitaria. Desde la saturación de tareas, de información, de desempeño, entre otras, la universidad se encarga de que el alumnado se adentre a un campo en el que estará bajo presión y con pocas oportunidades de descanso, dichos componentes, derivan en una normalización de la carga laboral. De manera sutil, mentaliza lo que significa portar una bata, tener el título y el reconocimiento.

Es algo que siempre nos han inculcado, como un amor a la profesión, que es más disfrazada por un ego de sentirse más por lo que haces (entrevista a R2 de Cirugía, 27 de Marzo de 2019).

⁴ Bourdieu define al *habitus* como el sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente <<reguladas>> y <<regulares>> sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de una orquesta (Bourdieu, 1991:92).

⁵ De la Revista Mexicana de Sociología 76, núm.2 (abril-junio, 2014): 167- 197. México, D.F. ISSN: 0188-2503/14/07602-01.

Si bien, ser residente en un hospital implica prácticas que exigen un mayor compromiso a nivel médico-paciente y, por lo ya narrado, también implica en un incremento en la responsabilidad médico-colectivo, médico-reconocimiento, además del juego en el que se ven inmersos para lo que Castro (2014) llama *el currículum oculto*⁶, es decir, un currículum que nadie ve, pero que todos y todas conocen, de manera que se crean estrategias para escalar con el fin de “agregarse” y posicionarse en lugares seguros, donde la violencia no los toque en forma directa o mínimo puedan permanecer dentro de las residencias.

Este *currículum oculto* se refiere a todas esas prácticas informales por las que las y los residentes llegan a pasar, tales como aguantar el acoso, las jornadas impuestas por castigo, el lenguaje violento y sexista con el que superiores se dirigen a jóvenes médicas y médicos y, en general, todas estas descalificaciones que son comunes dentro del hospital hacia las personas que ocupan rangos menores. Asimismo, podemos hablar de los encargos que hacen o, mejor nombrado, mandados: Salir de su trabajo para ir a comprarles café, galletas, pagar servicios de luz, agua, entre otros. En este concepto hablamos de necesidades, al igual que de motivaciones. Son estrategias que cada residente desarrollará para buscar ese reconocimiento interno y así poder permanecer en un estado de protección, el cual tampoco garantiza que siempre sea de esta manera. Todo este desgaste genera también implicaciones psicológicas que se hacen presentes en su vida fuera del hospital como en los siguientes tres testimonios:

Una vez me quedé dormida en el suelo en mi casa, siempre que llegaba a mi casa me bañaba porque llegas con todo el olor y horrible, una ocasión llegué y mientras sacaba unas cosas de mi mochila me quedé dormida en la entrada (Entrevista a una interna de Pre-grado, 25 de febrero de 2019).

⁶ Roberto Castro (2014) “Currículum oculto se refiere al papel de los castigos y el disciplinamiento corporal en la formación del médico. Desde los primeros semestres de la carrera, los estudiantes de medicina perciben la centralidad del castigo como recurso mediante el cual se les forma. En particular, es en los años del internado y la residencia cuando el castigo es usado como un vehículo para la transmisión de conocimientos” (p.178).

Llega un momento en el que las personas te preguntan cosas pero ya no respondes, porque estás saturada, pasan los meses y tu vida se convierte en un ciclo de preguardia, guardia y posguardia. Cuando yo regresaba a mi casa, entraba y a veces pensaba, me voy a sentar un rato en el sillón y ya luego me baño, ceno y me duermo, la mayoría de las ocasiones me quedaba dormida en el sillón hasta al día siguiente que ya me tocaba de nuevo guardia (Entrevista a mujer residente de Urgencias, 26 de febrero de 2019).

Se vuelve muy común que tengas depresión, comencé a ir con un psicólogo y la pregunta que te hacen de ¿cómo te sientes? ¿Por qué estás aquí? Era demasiado compleja, no sabes ni por dónde comenzar (Entrevista a médica interna de Pregrado, 27 de marzo de 2019).

Estas manifestaciones de cansancio donde se presenta una pérdida de hábitos alimenticios, de descanso, de higiene y de atención conllevan en muchas ocasiones a que las y los residentes busquen alternativas para mantenerse despiertos dentro del hospital, un ejemplo: el consumo de drogas, en otros casos la depresión comienza a ser parte de su día a día ya que esta fatiga atraviesa al cuerpo y sus emociones. Dentro del informe de la ANRM se comparte información de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (en sus siglas CONAMED) que afirma:

“En otro estudio de prevalencias de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades, se encontró que para un episodio de severidad leve hasta 7.56 % lo llegó a presentar, para uno moderado la cantidad de 27 % y grave, una cifra de 7.56 %. Para los episodios depresivos grave se encontró mayor prevalencia de residentes de las especialidades cirugía general, urgencias, medicina interna y, finalmente, medicina familiar, con un claro predominio del sexo femenino” (p.15).

Todo esto se vincula por una necesidad de formar parte de un gremio que intenta manejar las injusticias y soporta las violencias con la única finalidad de adquirir reconocimiento. Axel Honnet (1992) desarrolla las formas de reconocimiento de la

siguiente manera: “Las relaciones primarias (amor y amistad), relaciones de derecho (derechos) y comunidad de valor (solidaridad)” (p.21). Un individuo está constantemente en la búsqueda de su reconocimiento -tanto al nivel personal y afectivo- como ciudadano que cuenta con capacidad jurídica; pero además, como un ser social al pertenecer a un grupo y tener un lugar visible en cada una de estas esferas. “Ya que la invisibilidad -según el autor- forma parte del <desprecio social>” (p.37), “donde los dominantes expresan su superioridad frente a los subordinados, aparentando que no los perciben [...] disponemos de la capacidad de demostrar nuestro desprecio a personas presentes mediante el hecho de comportarnos frente a ella como si no figurara físicamente en el mismo espacio” (p.166).

Entonces podríamos decir que las y los residentes en la búsqueda de su reconocimiento podrían vivir este desprecio por los rangos que ocupan al ingresar al hospital como signo de humillación, lo cual además genera sentimientos de injusticia ya que su trabajo no está valorado ni protegido jurídicamente ante situaciones de abuso o de violencia.

Es importante mencionar lo que el trabajo significa para el individuo, Honnet (1992) dice

“Un simple vistazo a las investigaciones que tratan sobre las consecuencias psíquicas del desempleo hace saltar a la vista rotundamente que a la experiencia del trabajo le corresponde un puesto destacado; pues con la posibilidad de dedicarse a un trabajo económicamente remunerado y por ello socialmente regulado, está vinculada, todavía hoy día, la adquisición de aquella forma de reconocimiento que he llamado apreciación social” (pp.141-142).

Todo esto por alcanzar la visibilidad social como condición humana adecuada para la autorrealización humana, que llega a generar frustraciones cuando no se dan con las expectativas que el individuo genera a lo largo de su carrera. En la lucha por el reconocimiento las y los residentes soportan violencias, algunos ejemplos son las guardias de castigo de más de 36 horas, la mala alimentación, las pobres

condiciones para ofrecer un servicio, la nula posibilidad de poner una denuncia ante una violación a los derechos humanos del personal médico, el hostigamiento y el acoso sexual. Para asuntos de acoso y hostigamiento sexual, las mujeres son un blanco más susceptible debido a su género y lo que representa ser mujer en estos espacios. Michel Foucault (1975) en su teoría los “cuerpos dóciles”, describe cómo –los cuerpos- “pueden ser sometidos, utilizados, transformados y perfeccionados” (p.140). Reconoce que habla de crear cuerpos con un espacio útil y funcional. Comprender que el cuerpo es un espacio político y las relaciones de poder que operan en él se ubican en un terreno simbólico usado como objeto manipulable para el funcionamiento de las relaciones en el hospital, es ver al cuerpo como un mero instrumento de trabajo, como una máquina. Una máquina disciplinada que se emplea y se perfecciona constantemente bajo lógicas de producción y reproducción.

Los cuerpos sometidos se encuentran bajo *una pedagogía de la crueldad*, ya mencionada de Rita Segato (2018) donde existe la disciplina como un medio para mantener en el sistema un cuerpo que produzca y que sea de utilidad para alcanzar cualquier objetivo, sin cuestionar las consecuencias que se generen al interior de estos cuerpos. Segato dice que la crueldad en la forma de enseñar es una manera de producir personas para que estén “al nivel de una profesión”. La crítica ante esta perspectiva de la crueldad como herramienta para crear cuerpos obedientes y productivos, recae en el cuestionamiento de cuánto aguanta un cuerpo, además de las posibilidades que existen de que este colapse. El “habitus médico”, los castigos, la disciplina, la violencia y la carga de trabajo son elementos que atraviesan al cuerpo para debilitarlo y colocarlo en una situación vulnerable. En algún momento llegará el punto de quiebre donde el cuerpo no estará haciendo su función correctamente, por ejemplo:

A partir de la hora 24 sientes que tu alma ya no es parte de ti, no sé cómo explicarlo, es un tipo de cansancio, ya no carburas, si tú me preguntabas algo tan fácil como cuánto vive un eritrocito que es una pregunta muy fácil, no te iba a saber responder nada, porque ya no estabas pensando. Y tú

tienes que dar tu cien porque te llegan personas balaceadas a las tres de la mañana, tienes que entrar a una cirugía de urgencia porque a alguien le explotó el apéndice a las cuatro de la mañana, cuando creíste que ya ibas a poder cerrar los ojos porque de repente te llega un degollado, o de repente te llega un bebé muerto, o una mamá convulsionando embarazada. Para nosotros atender ese tipo de tareas como otras que son una cortadita o algo sencillo, para eso necesitas tener un poco de descanso, de comida, de energía, porque estas tratando con una vida humana, no sólo para sanar el cuerpo sino para sanar la mente. Y ni siquiera tú estás bien como doctor, cómo vas a dar lo mejor con alguien más, (Entrevista a médica interna de Pre-grado, 7 de marzo de 2019).

Te voy a contar algo súper grave que una vez hice y que gracias a dios alguien se dio cuenta, me equivoqué de bebé, le presenté a la mamá un bebé equivocado y no tienes idea de cómo me regañaron, eran las tres a.m. en ginecología. Yo ya no podía, me sentía súper mal. Imagínate algo tan grave como equivocarte en darle el bebé equivocado a alguien, porque habían nacido como cinco bebés al mismo tiempo y los ponían en una cunita unos sobre otros con el riesgo de que se asfixien, y eso que identificarlos no es mi trabajo, pero recayó en mí la culpa. Son cosas muy graves y todo por cansancio (Entrevista R1 en Ginecología, 29 de marzo de 2019).

El desdoblamiento se manifiesta en un estado anímico crítico que debería causar preocupación a la institución debido a las fallas que las y los residentes podrían tener en la práctica médica, como lo mencionaba una médica residente en cirugía, “si yo no estoy bien como médica, cómo voy a dar una buena atención [...] es común cometer errores por el cansancio” (entrevista con R1 de Cirugía, 15 de marzo de 2019). A pesar de que este conflicto es evidente, no lo consideran una cuestión de riesgo para las y los pacientes:

Me empecé a sentir muy agotada emocionalmente porque físicamente siempre estabas agotada y empecé a notar que se me empezaban a olvidar las cosas, algún pendiente, me saturaba demasiado y como intentaba hacer las cosas bien y no sólo cumplirlas por cumplirlas como que se me iban detalles, hacer una nota, tomar una foto, revisar algo, no sé, eran detalles, (Entrevista con R1 en Cirugía, 15 de marzo de 2019).

Este cuerpo que se quiebra -y que se ve atacado- funciona con pocas posibilidades de mantenerse sano y productivo, se atenta contra **el respeto**, concepto donde Richard Sennet (2003) dice que “la falta de respeto, aunque menos agresiva que un insulto directo, puede adoptar una forma igualmente hiriente. Con la falta de respeto no se insulta a otra persona, pero tampoco se le concede reconocimiento; simplemente no se la ve como un ser humano integral cuya presencia importa”, (p.17). Va de la mano con lo que Honnet (1992) expone en el concepto de invisibilidad en la lucha por el reconocimiento. Sennet (2003) menciona que “la sociología dispone en realidad de muchos sinónimos para nombrar diferentes aspectos del <<respeto>>. Entre ellos encontramos <<estatus>>, <<prestigio>>, <<reconocimiento>>, <<honor>> y <<dignidad>> (p.60). Lo anterior articula un juego constante por las lógicas de funcionamiento y las luchas de poder reflejadas en espacios como el campo médico, que a su vez conforma una cultura hospitalaria reproducida de manera satisfactoria para los altos rangos de poder, mismos que están protegidos de toda demanda o denuncia ante las agresiones y violencias que se aplican dentro de los hospitales.

Capítulo 2.- El hospital como espacio masculinizado

Este capítulo se centra en la importancia de analizar el fenómeno de la violencia con perspectiva de género, enfatiza su conceptualización, la diferencia sexual que posiciona a las mujeres frente a los hombres de manera subordinada en los espacios públicos. Por medio de testimonios, se comparten los retos que han sido constantes en el desarrollo profesional de las mujeres residentes en su integración al campo médico, toma en cuenta los elementos que conforman la cultura hospitalaria, la cual históricamente y culturalmente se ha creado con arraigo masculino. Hablar de género en este capítulo es importante ya que –con base en las experiencias sociales de las mujeres residentes– existía en común un sentimiento en el que consideraban que, por ser mujeres, sufrían algún tipo de violencia. Para ellas era agotador integrarse de manera satisfactoria. En las lógicas de acción, Dubet (1992) teoriza sobre la lógica de la *integración* para generar un análisis de lo que expresan las residentes y, a través de sus vivencias, desarrollar la teoría de género como una posible explicación.

2.1 La perspectiva de género en las investigaciones antropológicas

Durante largo tiempo, la construcción del conocimiento antropológico se basó en develar la singularidad de una cultura, objetivada en un ser social, fuera éste individual o colectivo; sobre todo, si se encontraba en los márgenes de las culturas hegemónicas. Nancy Piedra (2013) en su artículo

La importancia del enfoque de género en la investigación socio-histórica”, inscrito en el debate de los estudios feministas, propone “hacer una historia inclusiva en donde las mujeres, por su condición y posición, no queden relegadas al margen de los hechos sociales que tienen lugar en el tiempo y el espacio; que la mirada androcéntrica no gane la batalla y que esos hechos –algo invisibles– puedan ser observados, analizados y revelados” (p.13).

Es evidente que se habla de un compromiso porque nuestras investigaciones puedan cumplir con esta necesidad de aportar a los estudios de género en la historia de la mujer, tanto en su actuar, como en su participación. Esta línea de estudios, además de hacer pertinente este trabajo, abona conocimiento a la historia del género en la antropología de sociedades contemporáneas, aportes que buscan visibilizar el actuar público de las mujeres.

Marcela Lagarde es una investigadora que se ha caracterizado por estudiar a la antropología desde una perspectiva de género⁷ (1996) “que está basada en la teoría de género y se inscribe en el paradigma histórico-crítico y en el paradigma cultural del feminismo, nos menciona de esta concepción feminista en los estudios como una contribución importante en la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres” (pp.2-3).

⁷ La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar a las maneras en que lo hacen. Contabilizar los recursos y la capacidad de acción con que cuentan mujeres y hombres para enfrentar las dificultades de la vida y la realización de los propósitos. (Lagarde, 1996, pp.2-3)

Abordar nuestros temas desde el género aporta una perspectiva que históricamente fue invisibilizada, para explicarlo es importante hablar de su conceptualización. Marta Lamas (2000) –antropóloga reconocida en su momento por las aportaciones y el interés en los estudios de género– lo define como “el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino)” (p.2). Cabe mencionar que el ser mujer en México no es lo mismo que ser mujer en otro país, ya que cada lugar tiene una clasificación de carácter cultural que define el género, “no sólo la división del trabajo, las prácticas rituales y el ejercicio del poder, sino que se atribuyen características exclusivas a uno y otro sexo en materia de moral, psicológica y afectiva” (pp.3-4).

El distinguir las violencias que se sufren los residentes por sexo-género ayuda a comprender que ser mujer sigue siendo un reto, principalmente por ubicarse en espacios históricamente masculinos que siguen regulándose bajo el precepto de que ser mujer es un significativo cultural de ser madre, que debe concentrarse en el espacio doméstico y de cuidados, donde dentro del espacio público no tienen cabida y las relaciones en las que se encuentren inmersas siempre estarán bajo la desigualdad, la subordinación y el no reconocimiento. Esta mirada antropológica nos ayuda a observar fenómenos con los que se han enfrentado las mujeres en el espacio público como “el techo de cristal”⁸, “suelo pegajoso”⁹ que dificultan su desarrollo profesional. Francois Dubet (1992) en su libro *Sociología de la*

⁸ Se empleó para hacer referencia a la incapacidad que sufre la mujer para alcanzar puestos gerenciales, con independencia de su formación. Se denominó así, puesto que no hay ninguna ley que impida avanzar a la mujer en su trayectoria profesional, se trata de una barrera invisible difícil de traspasar. El techo de cristal, aparece en la parte superior de la estructura jerárquica de la empresa limitando a las mujeres a alcanzar puestos con gran responsabilidad. Al final, esto conduce a que la compensación económica salarial sea menor, creando una evidente brecha salarial entre el hombre y la mujer. (Cristina Ortiz, 2014)

⁹ Se define como suelo pegajoso o, inglés, “sticky floor” a la situación que sufren las mujeres cuando no avanzan hacia puestos de trabajo mejor remunerados y que se quedan “pegadas” en la base de la pirámide salarial. Como se quedan atrapadas en la base, donde la responsabilidad y el salario son bajos, la brecha salarial entre el hombre y la mujer, a diferencia de los techos de cristal, se provoca en la parte inferior de la distribución. (Cristina Ortiz, 2014)

Experiencia explica las experiencias sociales y su forma de analizarlas. Dice que “cada experiencia social procede de la articulación de tres lógicas de la acción: la integración, la estrategia y la subjetivación (p.101).”

2.2. La integración de las mujeres a espacios masculinizados

Dubet sostiene que “en la lógica de la integración el actor se define por sus pertenencias, busca mantenerlas o reforzarlas al amparo de una sociedad que es considerada así como un sistema de integración”. (pp. 101-115). Dentro de la comunidad existe un concepto de identidad integradora¹⁰, del cómo se ve uno mismo con respecto a los demás y de la manera en que quiere o lucha por pertenecer. En este caso, se puede relacionar con las mujeres que logran insertarse a las escuelas de medicina para posteriormente poder profesionalizarse.

Aquí retomamos lo que Castro (2014) describía con la *socialización de estudiantes de medicina*¹¹, para entender la socialización de las mujeres como estudiantes médicas y en proceso de residencia, primero hay que entender el antes de estas etapas. Las mujeres viven un proceso de socialización primaria desde el nacimiento: el nacer mujer es distinto al nacer hombre –se sabe. Estas preconcepciones culturales hacen que la mujer tenga la noción –desde antes de elegir una carrera históricamente privilegiada hacia los varones– de buscar

¹⁰ En este registro de acción, la identidad del actor se define como la faz subjetiva de la integración del sistema. La identidad no es sino esa manera a través de la que el actor interioriza los valores institucionalizados por medio de los roles. (Dubet, 1994,p.103)

¹¹ Castro (2014) “La socialización (a) de los estudiantes de medicina ha sido objeto de interés científico desde hace tiempo. A fines de la década de los cincuenta y principios de los sesenta del siglo pasado, el tema surgió como objeto de estudio dentro de la sociología médica norteamericana. Dos escuelas con enfoques diferentes lideraron la investigación en esta materia: la escuela de columbia (1), y la escuela de chicago (2). la primera adoptó un enfoque funcionalista, y puso el énfasis en la manera en que los estudiantes de medicina adquieren, actitudinal, técnica y científicamente, el rol de médicos. la segunda adoptó un enfoque simbólico interaccionista, y puso el énfasis en el conjunto de estrategias, resistencias y tácticas que desarrollan los estudiantes para aprender a sobrevivir en la facultad de medicina, así como en las etapas por las que pasa el self en su transformación hacia su identidad como médicos. Ambos enfoques, sin embargo, permanecieron silentes con respecto a las cuestiones de género que dichas transformaciones implican, debido tanto a que la perspectiva de género no había surgido aún en las ciencias sociales como un enfoque autorizado, como al hecho de que en esos años la matrícula femenina en dichas facultades era menor a 10%” (p.340).

continuamente el reconocimiento de los hombres: Socialización primaria caracterizada por una atmósfera de cultura machista. En el siguiente testimonio, de una de las entrevistas que se realizaron a una residente de primer año en cirugía, nos comenta que desde joven su familia –y especialmente su papá– no creían que ella fuera capaz de tener una preparación académica y menos profesional dentro de la medicina:

Mi papá pensaba que yo en cualquier momento iba a quedar embarazada o me iba a casar, como si no tuviera otro tipo de aspiraciones por ser mujer. Todo lo contrario a mis hermanos que siempre tuvieron el apoyo de desarrollarse profesionalmente en lo que decían (entrevista con R1 de Cirugía, 27 de marzo de 2019).

Ahora bien, es importante mencionar que anteriormente el sistema educativo estaba estructurado de cierta forma para que las mujeres pudieran elegir carreras de acuerdo a su género. Sin embargo, en la actualidad parecería que este es un tema ya olvidado gracias al número de mujeres que vemos en la esfera pública. A pesar de ello, dentro de las instituciones se sigue reproduciendo esta cultura machista que obstaculiza a las mujeres a tener un desarrollo profesional libre de violencia de género.

Las mujeres dentro de las universidades sufren acoso por parte de sus compañeros y maestros. Por ejemplo, en un artículo publicado el 12 de marzo de 2020, la periodista, Vania Jaramillo, de la revista Zona Franca¹², habla de una manifestación pacífica por parte de alumnas de medicina de la Universidad de Guanajuato, plantel San Carlos, quienes exigían que se acabara el hostigamiento académico y sexual hacia las mujeres dentro de la institución. Para ello, colgaron en forma de tendedero por todos los pasillos hojas con sus experiencias y los nombres escritos de los doctores agresores; algunas frases denunciadas fueron: “tú deberías buscar con quien casarte, no sirves para la medicina”, “ni una bata

¹² Artículo: <https://zonafranca.mx/politica-sociedad/exigen-estudiantes-de-medicina-se-acabe-el-hostigamiento-academico-y-sexual/>

menos”, entre otras. Este fenómeno se amplió y se vio aplicado en otras universidades de la república.

En las entrevistas de este proyecto, hubo mujeres que revelaron haber sido acosadas en su servicio social por doctores de la comunidad donde estaban. Lo mismo en el internado por médicos de mayor jerarquía y enfermeras, sin lograr obtener justicia. No solo ellas, las profesionales que logran obtener una residencia se enfrentan a una realidad muy parecida. Sin embargo, esta realidad y esta violencia se potencializa debido a que, al ser residentes, se encuentran con otro tipo de obstáculos como la violencia liminal que genera incertidumbre dentro del papel de “ser residentes” en el hospital y de las escasas oportunidades de estancias a las que puedan acudir para denunciar un caso de violencia.

Otra violencia muy recurrente dentro de la lógica de acción de la integración es el conocimiento; en las entrevistas, algunas mujeres me comentaban que los superiores no soportaban la idea de que estuvieran preparadas o que tuvieran un vasto conocimiento en algunos temas. Esta situación hacía que los superiores quisieran hostigar de una manera más constante a mujeres que sobresalían por sus prácticas y su buen desempeño, con el fin de convertirlas en un objeto sexual que desestimara su valor en el ámbito profesional:

Lo más grave y lo más difícil para mí fue cuando entré al primer año de residencia. En primera, estaba muy bien preparada y muchos de mis residentes de mayor jerarquía me envidiaban y sus palabras eran ‘no vamos a permitir que esa R1 se sienta tan chingona’ y se la pasan hostigándome en piso, saturándome de notas, trabajos y otras cosas. Posteriormente unos R3, cuando yo era R1, decían ‘esa niña va a ser mi novia’ y sí se la pasaban acosándome constantemente. Decían cosas como que yo andaba con él, y eran cosas que no eran ciertas y me afectaron en mi desempeño porque luego nadie quería ya enseñarme o creían que yo era una puta y muchos me trataban así (entrevista a R2 en Ginecología y Obstetricia, 12 de diciembre de 2019).

Ante dichos ataques, las residentes –en algunas ocasiones– optan por no mostrar su conocimiento y fingir que no saben nada para que los hombres piensen que la mujer no tiene cabida en el campo médico. Otro testimonio que refuerza esta idea es de una residente en Traumatología y Ortopedia que, al refutar los comentarios de un doctor, fue expulsada de la actividad de visita por los pacientes:

Había un doctor que cuando yo le respondía una pregunta volteaba a verme y no solo a mí, a mí y a mi compañera que también era mujer nos preguntaba: ¿Y tú por qué me hablas?, esperando a que mis compañeros hombres supieran la respuesta. El primer conflicto fue en un pase de visita, donde me corrió porque yo le respondí que estaba equivocado, el caso fue que él no confiaba en que el laboratorio que había tomado mi compañera lo hubiera realizado correctamente. Yo fui por la carpeta y le dije ‘doctor, está equivocado, aquí está el laboratorio’ y se enojó y me dijo que me retirara del pase de visita (entrevista a médica interna de Pre-grado, 20 de Marzo de 2019).

Estas consecuencias de la discriminación por género sitúan a las mujeres en un terreno muy complejo donde se cuestionan ¿qué hice mal? Están en formación y no pueden ser reconocidas porque no son tomadas en serio.

Tenía un compañero R2 que diario me estaba presionando para que renunciara, y me decía diario ‘vete a poner mechas, ve a pintar cabellos, a poner uñas, vete a otro lado, tú no tienes por qué estar aquí’, diario. Yo lo único que le contestaba era ‘ya cállate y ya déjame en paz’. A él sí le llegaron a llamar la atención por ponernos mucho trabajo a mí y a mi compañera especialmente, o por estar también llamando mucho la atención, nos decía a las mujeres culito. Una vez dijo: Carlos es hombre y puede hacer lo que se le pegue la gana y si quiere coger aquí en la oficina puede hacerlo, ustedes son niñas, ustedes váyanse a chingar, a trabajar (entrevista a R1 en Traumatología y Ortopedia, 29 de marzo de 2019).

Además de entender cómo dentro del lenguaje los superiores hacen invitaciones que son acoso ya que se deben a prácticas sexuales:

Y eso todo por ser mujer y tener que soportarlo porque cuando empiezas a pelear lo toman como juego y les encanta que te enojas, como el típico niño de kínder, pero es gente adulta, es gente con esposa y con hijos o novias y nunca les importa, muchas veces me dijeron 'vente vamos a la residencia' y les decía que no y me decían 'por qué no, un ratito, es rápido y les decía 'no porque yo no soy así' y me decían 'ay no te sabes divertir'. También las invitaciones al Oxxo, o al carro, son muchas insinuaciones que sabes bien de qué se tratan (entrevista a médica interna de Pregrado, 29 de marzo de 2019).

La medicina es una institución caracterizada por un orden patriarcal que históricamente posiciona a las mujeres en terrenos desiguales y vulnerables, y refleja esto en la formación médica como en la profesión y las prácticas dentro de los hospitales. México no solo está inscrito en un orden patriarcal y machista que subordina a las mujeres, también está inmerso en lógicas capitalistas de producción donde el Estado perpetua un ambiente en el que hay explotación al personal médico de menor rango, deja en un mismo espacio el rol estratégico de dominantes y subordinados.

Es aquí donde toma fuerza el argumento de que el hospital se construye bajo cimientos de una masculinidad hegemónica, caracterizada por prácticas que constan en tener un control de las emociones: mostrar fortaleza, virilidad, mayor status-mayor poder, entre otras cosas. Debido a estas razones, la presente investigación asegura que las mujeres que entran al campo médico se encuentran doblemente vulneradas por su condición de género. De igual forma, es cierto que la presencia femenina en las universidades y en los hospitales es notoria y alta en su porcentaje; sin embargo, esto no garantiza que no existan violencias que podrían denominarse sutiles o cotidianas a las que ellas se enfrentan todos los días. El hospital como un espacio de trabajo, de servicio y de atención médica caracterizado por altas demandas y sobrecarga de trabajo es un lugar que produce y reproduce muchos tipos de violencias. Analizar la discriminación

cotidiana que se ha normalizado al interior de estas instituciones nos lleva a ubicar a qué campos de discusión se inscribe este fenómeno.

Es importante mencionar otras perspectivas de análisis que aportan a la aproximación del fenómeno estudiado en esta investigación, como la antropología del trabajo, ya que nos permite situar las condiciones laborales a las que nos enfrentamos hombres y mujeres; ni a la antropología médica, la cual vela por los intereses y las necesidades de la población mediante el análisis del trinomio fundamental salud-enfermedad-atención. Es más, de esta última han salido ramas importantes como “la antropología médica aplicada a la salud pública” que involucra la interpretación de los códigos culturales para comprender la realidad vivida y sentida por los actores dentro de sus procesos, ya sean personales, grupales y sociales. Los avances de este enfoque se aplican meramente en las investigaciones encaminadas a la mejora o creación de programas de salud (atención-promoción-prevención). Lo cual no se consideró como perspectiva de análisis central ya que se ve más involucrada por el servicio y no por las condiciones en las que se produce –el servicio. Baños (2005) menciona que:

La “expresión cultural” ayuda a observar el fenómeno con una perspectiva de análisis profundo, alejada de los juicios de valor: es importante entender el punto y el contexto donde nos encontramos actualmente para tomar en cuenta la realidad a la que nos enfrentamos y aterrizarlos a la cotidianidad que viven estos espacios donde la formación y la práctica médica tienen su ejercicio, esto aporta más sentido al tema de investigación con el papel de las instituciones “que se encargan de perpetuar y reproducir un orden establecido, una jerarquía plenamente masculina y, por lo tanto, todo tipo de violencia resultado de este sistema de pensamiento. De esta forma, la violencia se institucionaliza, se perpetúa y se reproduce a través de los mismos sistemas de transmisión culturales” (p.50).

Hablar de concepciones sobre la violencia desde una mirada antropológica –y de género– nos acerca a una discusión donde se articula de manera objetiva la teoría con las experiencias sociales compartidas por mujeres residentes que laboran

diariamente bajo relaciones asimétricas de poder, es decir, una doble discriminación: rango y género dentro del hospital.

2.3. Cultura hospitalaria y reconocimiento: Experiencia social de la doctora Leticia Belmont

A continuación, se anexa una experiencia social obtenida por medio de una llamada telefónica el viernes 17 de abril de 2020 a las 00:00 horas, con una doctora de la Ciudad de México. El propósito de usar este relato es narrar la historia de una mujer en su carrera y crecimiento profesional, con todas las adversidades que tuvo que enfrentar: casos de acoso y hostigamiento –que asegura– a la fecha existen por parte de compañeros, superiores y hasta hombres de menor rango. Leticia Belmont estudió medicina en la Ciudad de México, concretamente en la Facultad de Medicina de la UNAM C.U. (1985-1991), hizo la especialidad en pediatría en el Hospital de Pediatría del IMSS Siglo XXI (1992-1995), también se especializó en Medicina Interna Pediátrica en el Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud (1999-2001), donde después fue ascendida a cargos de mayor presión, por ejemplo, tomó la presidencia de la Asociación de Pediatras del IMSS (2004-2006) y fue presidenta del Colegio de Pediatría del Distrito Federal (2020), donde actualmente está en trámite de cambio al Colegio de Pediatría de la Ciudad de México.

Belmont es la otra cara de la moneda en el mundo médico, la del éxito profesional, donde la mujer está al mando –claro que hay mujeres con una labor extraordinaria en la medicina. Sin embargo, es importante compartir las dinámicas en las que tuvo que estudiar y trabajar la doctora Leticia Belmont para ocupar el puesto que hoy tiene.

A ella todavía le tocó estudiar en espacios donde “los hombres creen que la mujer debe estar en la cocina” y que en diversas ocasiones muchos doctores hacían

bromas tipo “deberían de irse a ver las novelas”, o lo que ellos consideraban como chistes, pero que eran primordialmente el reflejo de una misoginia disfrazada de comedia: “¿Sabían que un mono sabe más que una mujer?” Sus compañeras se molestaban, pero la doctora prefería hacer caso omiso de dichos comentarios. Otra de las experiencias que compartió en la llamada fue la siguiente:

Yo fui acosada y fui discriminada por ser mujer en mi larga trayectoria profesional, veía que había mucho miedo por parte de compañeras de levantar la voz, lo cual para mí nunca fue un impedimento porque soy de carácter fuerte y si algo no me parece lo digo, en una ocasión tuve que irme a extraordinario porque estaba inconforme con la calificación que me estaba poniendo un doctor, hablé con él y le dije que me iría a extraordinario, lo cual es más difícil de pasar pero gracias a mi seguridad en mis conocimientos decidí demostrar que yo no representaba esa calificación, otras compañeras se conformaron con su seis por no querer tener más problemas con este doctor que ya había mostrado un odio irracional hacia la mujeres que éramos residentes en ese entonces (entrevista a Leticia Belmont, 17 de abril de 2020).

El odio irracional al que se refiere la doctora Belmont es lo que llamamos misoginia dentro relaciones de poder en espacios históricamente masculinos. Nos menciona que su examen extraordinario fue calificado por otros médicos y obtuvo nueve. El doctor le dijo “no te puedo poner nueve, te voy a poner ocho para que cada que abras tu expediente te acuerdes de mí”, hostigamiento que no le afectó porque comenta que todas sus calificaciones eran de nueve y diez; su desempeño era conocido como excelente dentro del hospital. Existe una clara psicopatología hacia las mujeres, como un odio que se genera al verlas como posible competencia en el campo médico. Belmont explicó que en su tiempo eran doctores que tenían más de cincuenta años, que habían dedicado toda su vida a la medicina y que la situación actual respecto a ver mujeres dentro del hospital era tomando como una amenaza para ellos, ya que evidentemente veían que eran capaces de desarrollarse profesionalmente. De igual forma, habló de manera muy

general de los doctores que tenían ciertas “mañas” hacia las mujeres con las que ella no se sentía cómoda, pero por su personalidad ella respondía de manera defensiva. En una parte de la conversación contó que estuvo por un tiempo en la práctica de yudo y artes marciales de defensa personal, y que en muchas ocasiones ella reaccionó cuando alguien se le acercaba y la tocaba:

Había un Doctor que le encantaba acercarse a las mujeres y jalarles el tirante del brasier, cosa que me parecía innecesaria, la primera vez que me jaló el brasier le di un codazo y me disculpé con él diciéndole “lo siento, doctor, es que yo practico artes marciales y al primer contacto reacciono pero no es mi intención lastimarlo”. La segunda vez que me lo jaló, le di una patada y tuve que volver a decirle “Doctor, no me gusta que me haga esas cosas, si sigue así, la próxima vez voy a tener que darle otro golpe y no va a ser mi culpa porque yo así reacciono”, y así fue como el doctor entendió y no lo volvió a hacer, ya que la vez de la patada sí lo lastimé (Conversación con la dra. Leticia Belmont, 17 de abril de 2020).

Y sobre la experiencia de ser residente nos dijo lo siguiente:

Tú como residente tenías que aguantar, y muchos doctores nos decían ‘el que no aguanta no es buen residente’, un buen residente tiene que ser anoréxico, asexuado, anaeróbico, entre otras cosas más, a veces teníamos que comer a escondidas, cosa que me parecía totalmente absurda, (Conversación con la dra. Leticia Belmont, 17 de abril de 2020).

Esto nos remite a los ritos de paso que desarrollábamos con Van Genep (1969), el proceso integrador por el que las residentes deben de pasar para poder formar parte e integrarse a una cultura hospitalaria. El creer que ser residente te posiciona en rangos más vulnerables es cierto; sin embargo, el ser mujer residente te pone en una situación de vulnerabilidad aún mayor, porque se trata de una doble discriminación que se vive diariamente y que –a pesar de que sean estudiantes ejemplares, tengan buenas notas y buen desempeño dentro del hospital– no dejan de ser “mujeres”, lo cual socialmente está devaluado. Al respecto, la doctora Belmont nos comparte lo siguiente:

Yo creo que siendo mujer el hostigamiento nunca termina, en mi caso cuando yo paso a ser residente de medicina interna pediátrica en el Instituto Nacional de Pediatría me tocó estar con puros hombres, y un superior me dijo 'tráeme un café' y yo le respondí 'yo no hago cafés', y todavía cuando llegué a ser la Presidenta de la Asociación de Pediatras del IMSS, ese señor me vuelve a decir 'tráeme un café' y le respondí: Yo soy la presidenta, le comento que hay un salón de profesores, vaya a ese salón para que lo atiendan y le hagan su café. Muchos pensaban que yo era una escuincla con un cargo muy importante, pero mi desempeño siempre fue el mejor y no tenían cómo negarlo, es por eso que ese lugar yo me lo fui ganando y nunca me dejé de nadie (conversación con la dra. Leticia Belmont, 17 de abril de 2020).

La doctora asegura que su forma de ser le permitió escalar y desarrollarse en el ámbito médico. Existe un choque generacional debido a que la mayoría de los hombres que están en el hospital son quienes tienen los puestos más altos y tienen más años en el campo médico, lo que les hace creer que esto les da un mayor poder de ejercer violencia hacia el personal médico. En la siguiente cita comentó "hoy ya hay muchas mujeres en el área médica, pero como los maestros siguen siendo los mismos hombres viejitos, es muy difícil por sus ideas tradicionales que piensen distinto". Sin embargo, nos comenta que hay doctores con los que es mejor no tener conflictos porque no sabes de lo que son capaces:

En una ocasión me invitaron a tener otro cargo en otra asociación y mi jefe me mandó decir con otras dos personas que renunciara a ese cargo y que lo propusiera a él, y lo hice porque con el paso del tiempo te das cuenta de que no vale la pena meterte en problemas con personas así y menos por algo que para mí no era difícil de conseguir, constantemente me llamaban para asumir cargos, para dar conferencias, para ser maestra (conversación con la dra. Leticia Belmont, 17 de abril de 2020).

Este tipo de casos ocurren más de lo que sabemos y de lo que se alcanza a documentar, muchas mujeres abandonan puestos o cargos debido a la presión de

doctores que, por celos o por ego, no están dispuestos a que sea una mujer la que ocupe gerencias o direcciones. Sin embargo, en medio de todo este embrollo, Leticia Belmont encuentra una jefa con la que logra hacer equipo:

Siempre fue un apoyo para mí, ella siempre requería mi presencia, estuve en el primer trasplante de hígado y me mandaron a terapia intensiva, para ser una simple R2, eso hablaba muy bien de mí, pero fue gracias a esa jefa que veía ese potencial en mí que ayudó bastante para que muchos me respetaran (conversación con la dra. Leticia Belmont, 17 de abril de 2020).

En el caso de las denuncias, la doctora Belmont comentó lo siguiente:

Yo siempre antes hablaba con los acosadores y les mostraba una carta de denuncia y les decía: 'mire, doctor o mire, compañero, (quien fuera) ya tengo redactada esta carta y a mí me da mucha pena porque las personas tienen de usted un concepto de una reputación excelente, si usted me vuelve a hablar como me habló, o me vuelve a tocar, o me vuelve a gritar, yo voy a ir a todas las instancias a que me sellen esta carta y me va a dar mucha pena que usted pierda esa imagen que tiene con los demás, voy a guardar esta carta y espero que pueda cambiar de actitud', siempre me funcionó (conversación con la dra. Leticia Belmont, 17 de abril de 2020).

De igual forma, reconoce que eso que le funcionaba a ella, no siempre era útil a las demás compañeras. "Muchas compañeras que llegaban a quejarse las ridiculizaban de manera impresionante, salían hasta más insultadas de lo que ya estaban, sentían culpa, vergüenza y aunque acudieran a instancias no se procedía. Hoy por hoy muchas autoridades se siguen burlando de las mujeres que van a levantar una queja o denuncia, es algo complejo" (conversación con la dra. Leticia Belmont, 17 de abril de 2020).

Gracias a la experiencia adquirida, la doctora Belmont –en el campo médico y en las lógicas en que se ve inscrito un hospital en su operar y en su funcionamiento– ha llegado a la conclusión de que el hombre se comporta irracionalmente y sin justificación solo por hacer evidente su poder: "El hombre suele ser muy

intimidador y se siente protegido al sentir que una mujer es débil, es por eso que debes de mostrar siempre lo contrario, darle ese alimento a estos hombres que tienen claramente una patología es lo peor que puedes hacer”. Axel Honnet (2011) habla de “la noción de la patología respecto a la psique: estas son categorías como disociación, cosificación, alienación; después del surgimiento de la sociología se añaden pronto nociones más empíricas como pérdida de comunidad, despersonalización y mercantilización” (p.116). Para el descubrimiento de estas patologías la doctora nos menciona que:

“conforme va pasando el tiempo también aprendes a leer a los hombres dentro del hospital, *como que es un sentido que se agudiza*, las miradas, la forma en que se te acercan, cómo te hablan, cómo te saludan, cómo te aprietan la mano, si te abrazan o no, pero ese es el momento de decirlo en voz fuerte. Yo tengo una voz muy fuerte y siempre si algo no me parecía decía ‘ay, doctor, que raro me está tocando el brazo, parece que quiere otra cosa, mejor no me toque’ y ahí ya más personas voltean y ellos se ponen rojos y lo dejan de hacer” (conversación con la dra. Leticia Belmont, 17 de abril de 2020).

Actualmente, la doctora promueve entre sus estudiantes la defensa de sus derechos humanos, a pesar de la ambigüedad de ser médica residente, ya mencionado en la investigación como *violencia liminal*, de estar entre becaria y trabajadora parecería complejo exigir respeto y que se les trate de una manera digna, sin embargo, ella insiste en que deben siempre quejarse:

Yo a mis alumnas siempre les digo que quejarse es elemental, pero que si lo van a hacer deben de hacerlo bien, hubo un caso de acoso a tres mujeres y yo les dije redacten una carta primero a jefatura de enseñanza, con copia al director del hospital, con copia al sindicato de médicos, a la dirección de posgrado y otra a la UNAM. En esa ocasión esa violencia se hizo toda una noticia, la UNAM mandó por parte de investigación a personas a preguntar qué era lo que estaba pasando en la residencia de terapia intensiva. Y es que en terapia intensiva se da más el acoso y los

tocamientos, debido a que es un lugar muy chiquito y ya pasó el doctor y te manoseó, o te embarró toda la hebilla del pantalón, o bueno, un sinfín de cosas, entonces después de lo que hicieron estas tres mujeres, sancionaron y suspendieron por dos años la residencia de terapia intensiva del hospital (conversación con la dra. Leticia Belmont, 17 de abril de 2020).

Al terminar la entrevista, la doctora Leticia Belmont comentó “eso pasaba antes, ahora el hospital ha cambiado mucho, ya hay doctores que la piensan dos veces antes de meterse en problemas”. Lo cual puede cuestionarse frente a las experiencias sociales de las residentes y de información que muestra a las mujeres envueltas en un terreno violento y con pocas posibilidades de obtener justicia. En la entrevista con el Licenciado Matlalcuatzi se preguntó acerca del porcentaje de las denuncias, si eran más de mujeres o de hombres, para lo cual nos respondió lo siguiente:

La mayoría de los casos son de mujeres, pero también tengo de hombres, en el tiempo que llevo tengo uno o dos –máximo– de hombres, no se compara en número con el de las mujeres, pero también hay (comunicación personal con lic. Matlalcuatzi, viernes 15 de abril de 2020).

Capítulo 3.

La lucha eterna, las mujeres residentes

El siguiente capítulo hace un análisis de las experiencias sociales de mujeres residentes que se obtuvieron en las entrevistas a profundidad realizadas en marzo de 2019 – más otras hechas en periodo vacacional y meses posteriores– enfocadas principalmente a las estrategias generadas para sortear la violencia liminal y de género, bajo el entendido de que existe un derecho privilegiado donde la clase dominante subordina a los que se ubican en los últimos peldaños de la estructura jerárquica del hospital, mismo en el que se ubican las mujeres residentes.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

3.1 Estrategias que desarrollan las mujeres residentes dentro del hospital

...yo sólo quiero que me traten como médico, no como un objeto sexual de su diversión...

(Mujer residente de Ginecología, primer año, 10 de enero de 2020)

Hablar de las estrategias que las mujeres residentes generan frente a una cultura hospitalaria que las subordina, es elemental para comprender cómo en estas relaciones laborales de poder, su género es un factor que las obliga –de alguna manera– a combatir la violencia de distintas formas. Francois Dubet (1992) en su libro *Sociología de la Experiencia* explica que “en la lógica de la estrategia, el actor intenta realizar la imagen que ha elaborado de sus intereses en una sociedad que es concebida ‘como’ un mercado” (pp.101-102). Es decir, las mujeres desarrollan una serie de estrategias o resistencias que las hace resistir en el intento de esquivar la violencia, lo cual, en la mayoría de los casos, no se logra. Algunas de las experiencias que encontré como posibles resolutivas en sus experiencias sociales, dentro de su actuar en el campo médico, fueron las siguientes:

a) Normalización y sometimiento a la violencia de género en el hospital

Muchas mujeres normalizan la violencia bajo el supuesto de que es un espacio con sus propias lógicas de funcionamiento, códigos y significados. Ellas se ven inscritas en una situación que las vulnera y, a pesar de que intentaron levantar una denuncia o hablar con algún superior para mejorar su condición, recibieron consejos por parte de otras mujeres para retroceder ya que esto podría traer consecuencias negativas en su trabajo. En la siguiente cita se ve expuesta una situación donde una residente comienza a identificar violencia de género, misma que desapruueba:

Yo notaba, por ejemplo, mucha diferencia en que mi compañera se reía de las bromas tontas que hacían los doctores y para mí eran bromas groseras o simplemente no me daban risa y la psicóloga me decía ‘ve, ella está haciendo eso para encajar y que no la frieguen tanto, deberías de hacerlo’. Pero yo la verdad nunca he sido hipócrita y tampoco grosera ni irrespetuosa

y me era imposible utilizar a las personas a mi conveniencia. (Entrevista a una R1 en Traumatología y Ortopedia, 29 de marzo de 2019).

Es cierto que muchas mujeres residentes consideran que es mejor hacer caso omiso a las alarmas de violencia al entrar en estado de sumisión –o sometimiento. En otra experiencia podemos observar cómo las mismas compañeras deciden estar del lado del agresor para no generar conflictos:

Una ocasión, en el turno de la noche, era de madrugada, eran como las 12 o 1 de la mañana, fui a presentarle a mi paciente al doctor del ultrasonido y se me quedaba viendo y entonces me empieza a preguntar un poco de mí, yo creí que me preguntaba de mí por equis, no sé, ya después de que llevas tanto tiempo en el hospital tienes que hacer relaciones humanas de alguna forma y palancas; entonces me pregunta de mi familia y de mis promedios, le dije que me iba muy bien, entonces se quedó pensando y me dijo 'pues aquí hay de dos sopas doctora: o me va a comprar un capuchino aquí al lado donde está Galerías o sin tetas no hay paraíso' y yo me puse blanca, gracias a Dios yo no estaba sola, venía con una cirujana y ella cuando lo escuchó sólo se rió y le dijo 'ay, doctor' y ese es el problema, que todas y todos normalizan eso porque él es una autoridad (entrevista a una R1 en Cirugía, 15 de marzo de 2019).

La cosificación de la mujer se ha normalizado en espacios masculinos, lo que provoca en las residentes sentimientos de indefensión y –otro tanto– de traición por sus mismas compañeras, al ver que las demás se someten al acoso y hostigamiento sexual. Esto se convierte en un cálculo personal de dónde se tienen mejores posibilidades de supervivencia. En el siguiente, una residente nos cuenta cómo en el primer día de su residencia un doctor la toca y la manera en que algunas superiores lo toman a juego:

El primer día que estuve trabajando en el hospital entré al elevador y un doctor asqueroso me dio una nalgada, yo le reclamé y fui con las de enseñanza y me dijeron 'pues a la próxima vete por las escaleras'. Después

se rieron de mí y supe que no era normal, pero que no podía hacer más (entrevista R2 de Cirugía, 17 de marzo de 2019).

Por la reacción de las mujeres del departamento de enseñanza, se asume que no es la primera vez que alguien se acerca a hacer este tipo de comentarios. Además de hacerse evidente que no tienen un protocolo ante este tipo de situaciones; el simple hecho de reírse y hacerle la sugerencia de no volver a tomar el elevador es promover a que esa violencia se reproduzca y que ese doctor continúe agrediendo físicamente a las mujeres. Esto hace que estas injusticias entren en un terreno de invisibilidad, donde el desprecio tiene un papel protagónico, la autoridad que debería brindar atención y apoyo ante estos casos prefiere tomar distancia y mostrar una apatía ante los sentimientos de injusticia que la residente puede generar. Existen otro tipo de abusos que son más difíciles de denunciar, ya que se encuentran ancladas en la cotidianidad:

Una vez yo estaba haciendo cirugía y el cirujano mi R+ para ser gracioso llega y me da un beso en la mejilla mientras yo estoy operando con todo y cubre bocas eso es como 'oye', o que quieran agarrar cualquier oportunidad como la de vestirme, vestirme significa ponerte la bata y todo, como tú estás estéril tu llegas así con las manos hacia arriba, sin bajarlas porque si las bajas se contamina, y la gente tiene que vestirme, te lo ponen de una manera, te abrazan, te dan besos, te dicen que qué bonitas manos, se te acercan mucho para explicarte las cosas y todo eso de una manera muy sexual (entrevista a R3 en Cirugía, 20 de marzo de 2019).

Estas situaciones son más comunes de lo mencionado en la tesis, la mayoría de las residentes hablaron de este fenómeno ocurrido en los quirófanos, donde desafortunadamente las posibilidades de demostrar que sufrieron acoso, tocamientos y hostigamiento sexual durante una práctica médica como una cirugía, es más complejo, solo queda reafirmar el dominio y el poder de hombres que se aprovechan de las mujeres en un estado vulnerable, donde no pueden parar porque la vida del paciente está en juego.

Por otro lado, también hay situaciones donde existe el apoyo hacia la mujer en el sentido de alzar la voz, se les motiva a las residentes a hacer denuncias y llevarlas hasta instancias judiciales y penales; sin embargo, el miedo de proceder jurídicamente por las consecuencias que puede traerles a su formación y profesión, está ahí. En el siguiente testimonio, que se obtuvo por mensajes de Facebook en una serie de audios que relataban su experiencia, en la voz de la residente se percibía un tono de temor al compartir su información, pero al mismo tiempo una necesidad de que alguien supiera lo que ella había vivido. Esta residente, de primer grado en Ginecología, nos comentó que vivía acoso por parte de los R4 y del jefe de su guardia, que a su vez era subjefe de todos los residentes, contó que en el sismo de 2017, el hospital donde ella desarrollaba su residencia, se vio inhabilitado debido a que sufrieron daños varios pisos y no aceptaban a muchos pacientes ya que no estaban dadas las condiciones y debía remodelarse; explicó que muchos de estos espacios inhabilitados se prestaban para otras cosas, lo que después declaró como lugares donde los médicos se ponían borrachos o tenían prácticas sexuales. La grabación se transcribió y su testimonio muestra otra realidad que las mujeres residentes viven en los espacios que están imposibilitados para operar de manera funcional, sitios en los que parece no haber reglas ni códigos éticos que respetar:

En una ocasión, en una guardia para un Día de Muertos, recuerdo que era puente y era un fin largo, ellos como R4 mandaron a los R3 para que me mandaran a la residencia médica, donde ellos estaban ya en un estado etílico y yo les dije que yo no iba a ir, de hecho me escondí en los quirófanos para que no me encontraran y me desaparecí porque, pues, no había ni pacientes a quién atender, pero los R3 me fueron a sacar de mi escondite, que, porque los R4 ya los habían amenazado de que los iban a mandar a urgencias a valorar pacientes si no me llevaban a la residencia y que lo que querían ellos era que yo les llevara botana a la residencia médica, pero yo me volví a negar porque yo no entendía que querían. Y pues al final de cuentas me obligaron a ir a la residencia y cuando fui, pues, ya estaban bien etílicos, estaban muy borrachos y me hicieron que me

sentara y que también me tomara una cerveza, y en eso la chava se me lanzó y me dijo que yo le gustaba y que ya me dejara dar besos y le dije que no, que tranquila y que no tenía nada que hacer ahí, que ya mejor me iba y en eso el subjefe de residentes dijo: 'Ay, pues si se van a poner así, mejor yo también me voy'. Y se fue, se salió de la habitación y me dejó ahí adentro, sola con la chava, y la chava empezó a tocarme y me la quité ya con violencia, le grité groserías y corrí a la puerta de la habitación. No me dejaba abrir la puerta y le di un codazo y me salí corriendo. Y cuando ya estaba en el pasillo caminando hacia las escaleras para irme, me jalaban del brazo y me tomaron del torso y yo dije pues qué onda, y era el subjefe de residentes y yo le dije que me soltara y no me soltó y yo me fui agarrando de la pared y de las puertas de los cuartos de las residencias, con todas mis fuerzas, para resistirme a que él me llevara, pero él me gana en fuerza y pues yo me resistí, me resistí y él me metió a otra habitación y justo ahí cuando me metió, yo me agarré de la puerta para que no la cerrara. Él trató de desvestirme, me bajó los pantalones y cuando yo trataba de subirme los pantalones, él trataba de quitarme la filipina, la camisa y fue un batallar constante porque yo trataba de cubrirme el cuerpo y él de desvestirme y lo golpeaba y él me golpeaba a mí. Me zarandeaba de los brazos, azotó la puerta, casi me machucó todos los dedos y pues ya después me sentí totalmente indefensa y sentí que no iba a poder. Él me agarró y me aventó a la cama y me quitó el pantalón y la ropa interior, él iba a abusar de mí, yo lo pateé y me salí, me defendí, de ahí, agarré mis pantalones y me los puse en el pasillo y me salí y él me tomó del brazo y me amenazó, me dijo que no quería que le dijera a nadie, que no sabía con quién me estaba metiendo y me le zafé y me largué de la residencia, me largué de ahí (Texto recuperado de una grabación proporcionada por una R1 del área de Ginecología, 12 de diciembre de 2019).

El anterior testimonio reafirma: La violencia de género no tiene límites dentro del hospital. No es solo hablar de un hostigamiento o acoso que podría ser recurrente y hasta normalizado por parte del personal médico, la situación que la residente

comparte se trata de un delito donde el abuso sexual está penado en el artículo 260 del Código Penal Federal y debería recaer en la justicia directa ante tal agresión sin que la institución del hospital proteja al agresor por su posición o estatus laboral.

Si hablamos de términos como la disciplina donde la violencia dentro del hospital se ve naturalizada y justificada porque “busca un fin de control sobre los cuerpos para su funcionamiento”, esta manifestación de violencia sexual ejercida a la R1 no tiene ninguna justificación y debería de ser sancionada penalmente.

Para la mujer dentro de este espacio no existen los derechos, el sometimiento sexual es una confirmación del poder de los altos rangos, la cosificación de la mujer es una expresión cultural que no se cuestiona, se oculta y muchas veces se aplaude entre los dominantes. Aquí la violencia institucional y estructural se manifiesta en su máximo esplendor y deja a la mujer en un estado de indefensión ante el “agravio moral” que teme, empeore. La R1 platicó que después de eso “se sintió muy mal”, pero no tuvo intenciones de hablarlo con nadie hasta que el jefe volvió a buscarla. Relató lo siguiente:

Tres días después él volvió, el jefe me buscó y me dijo, me sacó de mi servicio para empezar y me dijo que yo podía obtener beneficios de ser su compañera pareja sexual y de aquí a que él se casara, eso era en noviembre, y él se casaba en diciembre, y que él me iba a proteger y que si alguien decía algo, él iba a decir que yo estaba con la chava lesbiana y no que estaba conmigo para que nadie pensara mal de mí. Entonces, pues después de todo eso, le dije que estaba equivocado y que si él quería que yo no hablara, que estuviera tranquilo que yo no iba a hablar, pero que por favor me dejara en paz y como en ese mismo momento otra vez intentó besarme y no me dejó en paz, entonces al día siguiente fui con la directora del hospital, me quité la ropa y le enseñé a la directora los moretones que tenía en los brazos, en mi pecho y en mi cuerpo y le expliqué que nada había sido consensuado, la directora lo mandó llamar y habló con él en

privado (texto recuperado de una grabación proporcionada por una R1 del área de Ginecología, 12 de diciembre de 2019).

Las amenazas y la forma de querer negociar prácticas sexuales con la residente, demuestra que ella no tenía opciones; sin embargo, la R1 nos menciona que su mamá era muy amiga de la directora de ese hospital, por lo que inmediatamente tomaron cartas en el asunto. La directora le dice que el subjefe y la R4 ya estaban condicionados a no volver a acercarse a ella, pero que de igual forma tenía que levantar la denuncia para poder hacer algo al respecto con su caso de abuso sexual. Asimismo, habló de la oportunidad que tenía gracias a esa “palanca” dentro del hospital, pero que no creía que fuera suficiente ya que el hospital le había demostrado muchas veces que, por más que se intentara obtener justicia, ella nunca iba a estar tranquila, así es como ella decidió no denunciar:

La directora sí me estaba apoyando y me dijo que ella me acompañaba al Ministerio Público y sentí ya más real todo, y hubo algo en mí que me hizo querer dejarlo ahí. Yo no quería que médicos legistas me vieran o policías o que en el hospital me estuvieran diciendo que soy una puta o una chillona y que no aguantaba nada, porque eso era lo que me decían siempre. Yo la verdad solo quería que no me siguieran molestando (texto recuperado de una grabación proporcionada por una R1 del área de Ginecología, 12 de diciembre de 2019).

La violencia institucional que recibiría la R1 al acudir a estas instancias, donde médicos legistas y policías levantarían una denuncia, implicaba enfrentarse a otros retos debido a su género; de alguna manera en México las víctimas de violencia sexual son cuestionadas como si se tratara de buscar su culpabilidad ante la agresión vivida, preguntas como: ¿Tú qué hiciste para que te trataran así? ¿Entonces estás segura que no mantenías ningún tipo de relación personal con tu subjefe? Hasta el hecho de observarla y deducir que por su físico o forma de vestir puede tener porcentaje de culpa. Claro ejemplo de cómo la cultura hospitalaria es una expresión manifiesta de nuestra sociedad mexicana, las instituciones son un

reflejo de lo que en la tradición se mantiene y práctica diariamente hacia el constructo que se edifica en la mujer por el solo hecho de serlo. Esto provoca que la R1 no quiera que nadie en el hospital se entere porque asegura que se incrementaría el acoso que ya vivía y que no podría soportar más “chismes” o comentarios del tema. El siguiente punto analiza dos estrategias:

b) Masculinización de comportamientos o acceder a tener una relación amorosa con algún superior

Este apartado describe cómo algunas mujeres piensan que masculinizar sus comportamientos puede ponerlas del lado de los agresores al formar parte de un grupo que hostiga a otras personas, no evaden la violencia y acceden a tener una relación amorosa con algún superior que derive en una especie de negociación, un trueque que podría definirse como “me das paz laboral y soy tuya”. Esta obtención de privilegios, más que a una normalización de la violencia, es una oportunidad para tener mejores posibilidades de supervivencia en estos espacios.

En el testimonio anterior de la R1, notamos cómo la mujer R4, que mencionó ser lesbiana, desarrolló como estrategia el masculinizarse, adoptó la posición de macho y vio a las mujeres como un objeto:

Yo voy a hacer que esa vieja se convierta en lesbiana si nadie de ustedes se la coge (texto recuperado de una grabación proporcionada por una R1 del área de Ginecología, 12 de diciembre de 2019).

Es común que los varones entren en juegos para demostrar su “hombría” mediante el sometimiento sexual; esta masculinidad hegemónica cosifica a la mujer y el poder demostrarlo ante otros hombres conlleva un reconocimiento social. En este caso la R4 se inscribe en la masculinidad hegemónica para formar parte del grupo agresor. En otra entrevista se obtuvo el siguiente comentario:

Pinche vieja no aguanta nada, yo les ayudo a chingarla hasta que se salga (entrevista a R1 de Traumatología y Ortopedia, 29 de marzo de 2019).

En cuanto al aceptar tener una relación con algún superior, existen estrategias para disminuir el acoso, una táctica que servía era tener pareja dentro del hospital, como ejemplifica el siguiente testimonio:

Anduve con un superior por tres años y fue extraño porque todos los que antes me molestaban ahora hasta agachaban la mirada cuando me veían, era obvio que no se podían meter conmigo porque cualquier cosa yo ya tenía de mi lado al superior. Es difícil contar este tipo de cosas porque en realidad nunca quise nada con él, solo que él me daba esa protección, yo sabía que él también seguía acosando a otras chicas, pero no me importaba porque no sentía nada por él. Era estar con él o aguantarme a treinta cabrones chingándome todo el tiempo, cuando salí del hospital no volvimos a hablar (entrevista a R1 en Cirugía, 29 de marzo de 2019).

La situación anterior tiene un significado en el orden patriarcal: “tener un dueño”. Es cierto que el acoso disminuye porque ya eres propiedad de un hombre y de alguna manera los demás te ubican como la que ya está “apartada”.

En el siguiente testimonio, una R1 en Cirugía nos habla de cómo ve la oportunidad de obtener, no solo protección, sino más conocimiento mientras mantiene una relación con un superior:

Yo estaba en cirugía: es cierto eso que dicen de que ‘siempre hay alguien que te quiere meter a la cama’. Yo me di cuenta que uno de los cirujanos me ponía mucha atención a mí en ese momento; tú eres una carne que va pasando en ese momento, te escogen. Él era mi superior directo, entonces en algún momento dije: pues se ve buena onda, me cae bien. Nunca había sido mi plan tener algo con él porque en verdad no soy así, pero después de estar encerrada ahí tanto tiempo y no salir, mínimo dije: bueno me voy a llevar bien con él y me empezó a enseñar muchas cosas: yo era su primera al mando en las cirugías, elegíamos a los pacientes, me enseñó cosas de

residente, yo hacía cosas de un grado más alto (entrevista a R1 en Cirugía, 29 de marzo de 2019).

Este tipo de relaciones generan seguridad y disminuyen las presiones por hostigamiento y en algunas ocasiones funciona que la relación que tienen con el personal de mayor jerarquía sirve para que puedan reconocerlas. Sin embargo, cuando esto se hace como estrategia y no por un acto puro de voluntad, significa el pagar un precio por la protección, como un trato comercial, se vive un tipo de esclavitud, pero consensuada, o al menos eso parece, ya que, al estar bajo la simulación de una relación, vienen inmersas violencias que deberán ser aceptadas. El siguiente testimonio muestra el “privilegio” que pueden obtener al mantener relaciones afectivas:

Nunca lo besé ni tuve contacto físico con él, pero el hecho de que yo le gustara y que yo mostrara interés me ayudaba a mí a aprender. De eso no estoy orgullosa, dentro de todo ese show una vez yo llegué tarde, en vez de 6:00, llegué 6:30, eso se castiga con quedarte más tiempo. Te juro que no te sirve medio día de descanso cuando llevas 36 horas trabajando, llegas a tu casa y te fundes. Afortunadamente nadie me dijo nada, mis amigas me ayudaron con el trabajo de en la mañana, y a la mitad del día pasa este hombre y me dice: ‘estás castigada’ y le dije que por qué, y me dijo ‘llegaste tarde’. A eso yo no tengo nada que reprochar y sabes que te toca quedarte guardada. Entonces ese día yo y mis compañeros salíamos a las 10 de la mañana, pero eran las 8 de la noche y yo seguía ahí. Ya estaba molida y en eso me manda un mensaje de ‘vamos a cenar’ y le dije que estaba castigada, pero me dijo: ‘pues te descastigo, si vamos a cenar’ y acepté. Son cosas que no son justas, no están bien, pero es que no hay otra forma (entrevista a R1 en Cirugía, 27 de marzo de 2019).

c) Evadir el contacto directo con los agresores

Otra estrategia que se pudo rescatar de las experiencias fue la evasión; sin embargo, sabemos que el hospital es un espacio limitado y reducido, evitar encontrarte con algún médico es difícil. Si retomamos a Honnet (1992) y su lucha por el reconocimiento, estas mujeres que evitan ser foco de atención, se esconden de la grilla o pasan desapercibidas, renuncian al reconocimiento, optan por una paz laboral que les permita desempeñar su trabajo sin el deseo de que los superiores las vean como una víctima potencial.

En el siguiente testimonio se presenta una R1 en Cirugía que evadió ir al cuarto de rayos x debido al acoso que sufría por parte de una persona que trabajaba ahí. Ella comenta en la entrevista que a veces tenía que negociar con otros residentes, hacer tratos de “yo te pago hoy tu comida pero ve con el de rayos x”, o dividir tareas “mientras yo hago esto, tú ve con el rayos x”. Además, algunos amigos cuando trabajaban con ella ya sabían que tenían que apoyarla en ese aspecto:

Después de lo que me había hecho el de rayos x, siempre que me tocaba ir por un estudio mandaba a un amigo o a alguna amiga, o me hacía la ocupada para que no me tocara ir, así estuve tres años haciéndome la pendeja cuando tocaba ir a ver a ese señor asqueroso (entrevista a R1 de Cirugía, 29 de marzo de 2019).

Otra forma de evadir el contacto directo con los agresores es salir a hacer compras. Este punto es muy importante de desarrollar, ya que dentro de las entrevistas muchas residentes consideraban en los primeros meses un “insulto” o “una pérdida de tiempo” tener que salir del hospital a comprar tortas, papas, refrescos, galletas, chicles o cualquier mandado:

Es típico que te manden a comprar cosas: el café del doctor. De hecho había doctores que no empezaban la clase si no estaba antes su jugo y sus galletas ya en su escritorio, nosotros llamamos a eso el ‘ibm’ porque ‘y veme a traer tal’, y ‘veme a traer eso’. Otros también lo llaman como ‘mipear’ porque como el médico interno de pregrado es el MIP, a ese sí lo

traen de mandadero todo el tiempo, hasta cosas bien absurdas, pero sí, llegaron a mipearnos muchas veces y no puedes decirles que no. Entonces pues vas y en algunas ocasiones te tardas un chingo y luego hasta te regañan por eso (entrevista a R1 en Medicina Interna, 20 de marzo de 2019).

Sin embargo, con el paso del tiempo lo veían como una oportunidad de salir del hospital y poder tomar aire fresco, como lo explica el siguiente testimonio:

Después de tiempo, ya te peleas por ir por las cosas, ya con tal de salirte. Llega un punto que hasta te tardas más de la cuenta y ya te vale porque estás hasta la madre. Los jueves de Nutrisa 2x1 hasta los propones y en chinga te vas y hasta una vuelta le das a la Plaza Galerías (entrevista a R1 de Urgencias 20 de marzo de 2019).

Buscar el escape dentro de un ambiente donde las presiones están a la orden del día no demuestra un desinterés por el trabajo, sólo una necesidad de visibilizar estas problemáticas que hacen que las y los residentes se sientan atrapados sin posibilidades de tener tiempo para cuestiones muy básicas como ver el sol, descanso, distracciones y recargar fuerzas para seguir.

3.2 Subjetivación: factores físicos y emocionales ante la violencia de género

Para esta última lógica de acción que plantea Dubet (1991) menciona que, en el registro de la subjetivación social, “el actor se presenta como un sujeto crítico conformado con una sociedad definida como un sistema de producción y de dominación” (pp. 101-102). En este planteamiento las mujeres residentes buscan construirse como sujetas y manifestar su subjetividad, entran a una noción donde las estrategias que desarrollan no aseguran que puedan laborar en un espacio libre de violencia, con pocas posibilidades de acción a favor de sus derechos, los cuales, se ven ambiguos desde lo jurídico. Foucault (2010) dice que “se trata, en suma, de la historia de la subjetividad, si por dicha palabra se entiende la manera en que el sujeto hace la experiencia de sí mismo en un juego de verdad en el que tiene relación consigo” (p.1001).

Es desde aquí donde se parte al análisis de las estrategias, dentro de la subjetividad es donde se incorporan las emociones, los sentimientos de injusticia, la culpa, los valores, el miedo y las percepciones que se desarrollan ante la cultura hospitalaria desde su condición de género. Axel Honnet (2011) explica que “el concepto de <<conciencia de injusticia>> debe de subrayar que la moral social de las agrupaciones oprimidas no contiene representaciones independientes de la situación de un orden moral total o proyecciones de una sociedad justa, sino que presenta una sensibilidad altamente susceptible para violaciones de exigencias de moralidad supuestas de manera justificada” (p.60).

Las mujeres van identificando tanto en su cuerpo como en su mente un agotamiento que se refleja también en sus prácticas médica-paciente, en sus relaciones interpersonales, en sus deseos y en sus aspiraciones como futuras profesionistas de la salud. Dice Richard Sennet (2009): “Los médicos creen que sus habilidades profesionales en el trato a los pacientes se ven perjudicadas por la presión que ejercen los patrones institucionales [...] cuando la cabeza y la mano se separan, el resultado es deterioro mental” (p.71). Una R2 en Ginecología nos muestra la importancia de mantener la salud mental y emocional estable para poder laborar, la cual no es inculcada por los rangos mayores, ni por las

instituciones educativas. Ella nos dice: “No creo que dejar a alguien 36 horas despierto sea productivo, es negligente para ti y para el paciente, o sea, yo me pongo a pensar cuantas negligencias hice cuando estaba pudriéndome, o sea, tal vez corté algo donde no debía, tal vez traté a alguien mal” (entrevista a R2 en Ginecología, 12 de diciembre 2019). Esto relacionado al compromiso con la profesión y a la formación que tratan de mantener. En este estado de vulnerabilidad, existe más posibilidades de cometer errores que pondrían en riesgo su profesión y la vida de los demás, como el siguiente testimonio menciona:

Hubo una vez en que un niño se me puso azul, estaba sosteniendo a dos al mismo tiempo y solo teníamos una cuna de reanimación, y los vi y dije a ver cuál es el que se está muriendo, ¡éste!, y lo metí y luego el otro azul. En verdad lo qué haces con dos niños, intentando quitarles la secreción azul de la boca, su vida está en tus manos, en manos cansadas (entrevista a R2 en Ginecología, 12 de diciembre de 2019).

Es aquí cuando la mano y la cabeza se separan, debido al agotamiento en las entrevistas se reconoce que siempre existe el cansancio y hace que se comentan errores, este tipo de anécdotas muestran un debilitamiento en las mujeres residentes que sobrepasa su sentido natural de actuar o de percibir las cosas, el hecho de no tener más espacio en la cabeza para pensar, para poder actuar como cualquier otra persona normal lo haría. Otro testimonio que no sólo nos muestra la incapacidad de actuar debidamente en el hospital gracias al cansancio físico y mental, sino que también muestra cómo puede afectar en su vida fuera de su zona de trabajo:

En una ocasión llegué a mi casa, dejé el coche abierto, encendido y con las llaves puestas, entré y me quité la ropa para meterme a bañar, me quedé dormida mientras me bañaba, luego llegó una *roomie* y tocó la puerta, me desperté asustada, cuando abrí, mi *roomie* me dijo lo de mi coche y que había también dejado la puerta abierta. La verdad me sentí muy mal, quería llorar del cansancio, este tipo de cosas me pasaban muchas veces, afortunadamente siempre había alguien, algún vecino o alguien que tocaba

la puerta y me decían ‘oye dejaste tu coche abierto’, ‘oye dejaste las luces encendidas de tu coche’, ‘estaba la puerta abierta’, entre otras cosas, sabía que debía poner más atención en esos detalles, pero te lo juro que no era mi intención, era ya un agotamiento que no sé cómo describírtelo, solo sé que quería llegar a dormir y ya (entrevista a R1 en Cirugía 15 de marzo de 2019)

Se hace presente esta frustración por el no saber qué es lo que realmente se está haciendo, las residentes mencionaban el hecho de no poder ni recordar cómo habían llegado a casa “a veces no sabía cómo llegaba a mi casa, es como si todo el trayecto lo hubiera hecho en automático, como que de alguna forma tu cerebro memoriza las calles, o dónde debes dar vuelta para llegar a tu casa, pero es raro porque es algo que no estás pensando, solo lo haces y llegas”. Este agotamiento vulnera a las residentes, las deja en una posición donde su salud mental y su salud emocional comienza a detonarse en cuadros depresivos, en cosas que parecerían muy sencillas como el ver el sol, el sentir el aire, debido al tiempo que pasan encerradas bajo las presiones y, evidentemente, a la violencia en que viven expuestas:

Muy rara vez salí del hospital cuando había sol, realmente la única vez que salí un poquito más temprano me tocó el atardecer y neta lo vi y empecé a llorar (entrevista a R1 en Cirugía, 29 de marzo de 2019).

Además, los casos de suicidios debido a la falta de descanso, cuestionamientos que fueron saliendo dentro de las experiencias sociales como ¿éste es el sueño que yo elegí?, ¿esto es lo que realmente quiero hacer?, ¿de dónde saco más fuerzas para continuar?, todo esto debido al cansancio, a la violencia que reciben diariamente tanto institucional, como estructural y de género. Otro testimonio de una R1 comenta:

Claro que sí, hay personas que ya no aguantan y se hacen adictos a drogas o se matan, sobre todos los anesthesiólogos, si supieras el acceso que tenemos a las drogas más mortíferas. Todo eso está en nuestras manos, todo eso. Súmale los cuadros depresivos en los que nos vemos envueltas. Es

muy fácil a veces pensar “ya no puedo más, mejor ya aquí llego”, porque es renunciar a tu sueño, es renunciar a la preparación que tú anhelas y que de alguna u otra forma no te ves afuera del hospital haciendo otra cosa, entonces prefieres terminar con tu vida (entrevista R1 en Anestesiología, 9 de marzo de 2019).

Parece que al estar inmersos en esta cultura hospitalaria lo ideal es volverse mecánico y no sentir; sin embargo, las mujeres repiten que es imposible no involucrarse con los casos que atienden día con día, que hay situaciones que llegan a rebasarlas como personas, como médicas y que las afectan de manera directa, debido al cúmulo de presiones que cargan:

En una ocasión, me tocó un caso de una niña como de 10 años que pierde todo su brazo por haberse expuesto en un molino, entonces, una amputación es que se te arranca la extremidad, estaba bien chiquita la niña. A esta niña la mandan al Hospital del Niño y la Mujer porque ahí están los ortopedistas pediátricos y como mis compañeros rotaban allá se me ocurrió preguntarles que cómo iba el caso y me respondieron: ‘Ay, te pegó un montón ese caso’, y pues no es que me haya pegado, solo quería saber cómo iba la niña, aparte fue un caso feo. Y recuerdo que salí y vi el pasto de mi casa seco y me puse a llorar, y pensé cómo no me va a llegar el caso de una niña amputada, si me afectan otras cosas que podrían parecer más banales, soy sensible a lo humano, a las necesidades de las personas (entrevista a una R1 de Traumatología y Ortopedia, 29 de marzo de 2019).

Richard Senneth (2009) habla de la figura del artesano, el cual aprende de generación en generación a desarrollar ciertas habilidades y el desarrollo de la destreza; sin embargo, dentro del hospital este desarrollo de habilidades y de destreza aplicadas a un paciente puede generar en las médicas un sentimiento de despersonalización y de deshumanización a los pacientes, que genera sentimientos de una pérdida del sentido a la misma profesión, caracterizada por una empatía social y del bienestar, de todas las experiencias presentadas en las entrevistas a profundidad, se registró que solamente una médica residente

renunció. Es el caso de la exresidente en Traumatología y Ortopedia cuyo testimonio presento al inicio de esta tesis y que nos cuenta cómo es que llegó a esa decisión. Esto sucedió días antes de su renuncia cuando comenzaba a considerar el hecho de ya no asistir al hospital:

Un día en el quirófano comparé la sensación de acomodar un hueso, de reducir una fractura con el armar un rompecabezas y ahí fue cuando dije ya estoy mal, yo disfruto de armar rompecabezas y también de reducir fracturas, pero esto es un ser vivo no es un juguete, no es un juego (entrevista a R1 de Traumatología y Ortopedia, 29 de marzo de 2019).

La residente hace un análisis introspectivo en el que descubre una deshumanización en la práctica médica y la atención al paciente, lo cual genera en ella frustración, sentimientos de injusticia e impotencia que despiertan miedos de ser una especialista que no tenga sentido humano para responder de manera empática y responsable a sus pacientes:

Recuerdo que lo pensé y lo llegué a platicar con mi compañera y ella, obviamente, se estresó porque iba a ser más presión sobre ella. Solo éramos dos mujeres en trauma, lo llegué a platicar hasta con algunas internas porque me notaban, me veían que estaba hasta la madre, al mes mi compañera también renunció (entrevista con R1 en Traumatología y Ortopedia, 29 de marzo de 2019).

La residente comprende varios puntos, la lucha por el reconocimiento dentro del hospital es un juego muy cansado cuando la mayoría de los hombres tienen la intención de atacar, acosar y hostigar, a la vez que su especialidad está enfocada al tratamiento y contacto con pacientes, una premisa que requiere de compromiso ético, el cual, ella no consideraba que fuera importante para sus superiores, estos sentimientos hacen que empiece a valorar otros aspectos de su vida, menciona:

Empecé a valorar mi salud, física y emocional, y también el respeto hacia los pacientes y sentí que no valía la pena, que había más caminos para ser una buena profesionista y hacer lo que me gustaba, y recordé el lado

humano y lo que me gusta de la medicina y estaba haciendo todo lo contrario. Era tanto mi cansancio que empecé a notar que dejaba de decirle buenos días a los pacientes y a las personas, lo empecé a notar en mi agotamiento, me costaba trabajo hasta escuchar lo que las personas me decían, o cómo se sentían y dije no yo no soy así y no quiero aprender de mañas para convertirme en eso (entrevista con R1 en Traumatología y Ortopedia, 29 de marzo de 2019).

El día de la renuncia de la residente, menciona que descubre que esos sentimientos no eran por su personalidad o por alguna falta de vocación, como muchas veces le mencionaron algunos maestros:

Cuando me salí, ese día llegué al hospital, hicimos pase de visita. Me tocaba piso, llegué y empecé a escribir mi carta de motivos, la imprimí, fui y se la llevé a la directora de enseñanza de ahí del hospital. Cuando ella lee mi carta me dijo que ya no tenía nada más que preguntarme que todo había sido demasiado claro. Y me contó que una chava que había renunciado de una especialidad cuando salió del hospital, después justamente de renunciar, chocó y se murió. Entonces fue como: ok, gracias por el dato, adiós. Me firmó ella, luego fui con mi jefe de enseñanza de trauma, le enseñé la carta, ni la leyó sólo firmó de recibido y me dijo que no iba a intentar convencerme. Y luego vi a mi compañera que estaba con la doctora de cadera, que es muy buena, y me metieron a la oficina. La doctora estaba llorando y me estaba diciendo que no me saliera que yo y mi compañera éramos sus gallos y que ella reconocía cómo estaba todo, pero que ella tenía mucha ilusión de que el hospital cambiara; y, al mismo tiempo que yo, le dije que yo no estaba dispuesta a perder mi integridad y mi vida. Ella se fue abriendo solita y nos fue contando todas las cosas que ella ha ido perdiendo y modificando en su vida con tal de pertenecer a ese lugar. Ella decía 'yo no era así de grosera, ni de amargada' y me dijo que era muy valiente y que me deseaba lo mejor (entrevista de R1 en Traumatología y Ortopedia, 29 de marzo de 2019).

Esto nos muestra que el espacio de un hospital con hostilidades puede despersonalizar, deshumanizar y someter a las residentes, al hacerlas entrar en la lucha por el reconocimiento adaptan comportamientos que, con el tiempo, se normalizan y pasa a formar parte de su cotidianidad, además de hacer a un lado los sentimientos de desprecio, de injusticia y su condición humana, su salud mental está en juego y debe de pasar a segundo plano para continuar. Estas afectaciones mentales también se ven reflejadas en el cuerpo, hablamos de estos trastornos psicosomáticos que se registraron en las experiencias de las mujeres residentes, mencionaremos tres testimonios:

Tuve aminorrea nerviosa o por estrés, bajé tres kilos de peso, a veces no me daba tiempo de comer o de cenar, o desayunar; a veces andábamos súper estresados y en chinga (Entrevista a R1 en Traumatología y Ortopedia, 29 de marzo de 2019).

Bajé mucho de peso, como cinco kilos, pero me recuperé rápido (Entrevista a R2 de Cirugía, 29 de marzo de 2019).

Me dio celulitis, es una enfermedad bacteriana que te da por una infección respiratoria y cuando no tienes defensas. Es una bacteria que viaja y se alojó en mi pierna, me enfermé primero de gripa normal, luego de tres semanas me empezó a doler el tobillo, pero pensé que era normal porque en ginecología nunca te sientas. Empecé a ver cómo se me hinchaba el pie y me molestaba el zapato, hasta que mi pie estaba gigante y rojo, ya no podía ni levantar la pierna, lo bueno es que una doctora me vio y me pudieron dar incapacidad de tres días. Fueron viernes, sábado y domingo, pero tuve que ir así con mi pie como lo traía al hospital general para una orden y demostrar mi incapacidad, claro que tres días no te sirven de nada pero mínimo fue algo (Entrevista a R2 en Ginecología, 27 de marzo de 2019).

Si bien, el sentimiento de miedo es de los principales para que las mujeres no decidan denunciar las violencias que viven diariamente, el miedo a una nula respuesta y también a las consecuencias que pueden llegar a tener dentro de su trabajo frente al sistema y los agresores. El licenciado Matlalcuatzi nos explicó, desde su punto de vista, cuáles son las dos causas más comunes de acoso dentro de los casos en los que ha trabajado:

Las causas comunes te las dividiría en dos tipos, el primero y más común es el tema de menospreciar, minimizar, humillar el trabajo y resultados que tiene cada médico residente, insinuando y mencionando y cuestionando el cómo pudo haber llegado a tal lugar, el decir usted como doctora no pudo hacer esto o no dándoles el grado de doctoras, mencionándolas como 'oiga jovencita, oiga señorita, mi amor', y cosas así sin reconocer el grado académico que tienen que ya son doctores. Y el segundo tipo ya va más encaminado al acoso físico con una connotación sexual, de esto me han llegado más asuntos en el tema de doctoras que se encuentran en quirófano donde, por la misma situación en la que se encuentran, están en espacios muy cerrados, muy apretado y no falta que algún doctor o compañero de trabajo pase muy cerca de ellas teniendo roces que no son deseados ni solicitados, ni permitidos por la doctora y que claro que causan un agravio, una molestia sin su consentimiento, eso por una parte, pero también hay conductas malintencionadas de superiores o de iguales hacia las doctoras, esto es como solicitudes o mensajes que no son nada profesionales o educativos entonces que van con otro fin, esos serían los más importantes. El segundo es muy importante porque puede generar una consecuencia penal, en la que se pone en riesgo la propia patente del agresor, lamentablemente la mayoría de las doctoras no se atreven a denunciar por miedo (comunicación personal con lic. Matlalcuatzi, viernes 15 de abril de 2020).

El miedo llega a ser un gran impedimento para que ellas se desarrollen profesionalmente de la manera en que habrían deseado; al igual que el vivir con

miedo genera estrés que también dentro de cuadros depresivos y de ansiedad se ven intensificados en los deseos de suicidio o de renuncia. En el siguiente testimonio la R1 nos contó cómo después de un intento de violación por parte de su jefe, evento que la dejó marcada, no pudo continuar sin el miedo de que podría volver a pasarle. Además, dentro del testimonio muestra sentimientos de culpabilidad, como de querer explicar que ella no había hecho nada para merecer tal abuso:

Después de enterarme que mi agresor sexual estaría en el mismo hospital donde yo deseaba ingresar fue cuando me deschaveté horrible, y eso fue a principio de octubre de este año. Pues ese día en la tarde ya no pude estar tranquila, tenía mucha ansiedad, tenía insomnio, me dormí solo una hora y comencé a llorar toda la madrugada. Me dieron ganas de cortarme, de arrancarme el cabello, me puse muy mal, le hablé a un psiquiatra, fui a verlo, fue muy amable y me explicó que estaba viviendo estrés post-traumático por lo que viví y, pues, empecé con antridepresivos; que no estaba bien anímicamente y que tenían miedo de que yo me hiciera daño. Me dio medicamento y para los ataques de ansiedad me dio clonazepam. Reviví todo, todas las fechas, todo se volvió muy feo. Y ahorita la verdad he estado recrudesciendo, y aparte el acoso de médicos adscritos que continúa. Me invitan a salir o me hacen invitaciones muy explícitas a cambio de enseñarme algo y yo sigo negándome, y ellos siguen constante y constante. Yo me he dedicado a engordar, tratar de ser más gorda, no ser atractiva, me corté el cabello, yo lo tenía muy largo, lo tengo muy chiquito. Y la verdad ya estoy harta porque yo no soy coqueta, si tú me conocieras yo no uso escotes, no uso ropa llamativa, no hago nada, pero de todos modos no pasas desapercibida, (entrevista a R1 en Ginecología, 29 de marzo de 2019).

De igual manera los sentimientos de culpa suelen ser muy comunes en personas que han sufrido violencia sexual. En el siguiente testimonio vemos cómo una

residente, a pesar de que ya pasaron cuatro años de su intento de violación, aún se cuestiona el porqué:

Hasta la fecha me sigo preguntando ¿por qué yo?, ¿por qué a mí?, ¿qué hice mal? Nos ven como un objeto, hay muchos que no son nada respetuosos, son muy misóginos y que quieren someternos cuando ven que eres muy capaz y muy hábil en las cosas que tú haces; y siempre el sometimiento es de manera sexual (entrevista R1 en Ginecología, 29 de marzo de 2019).

En este punto, se detona la culpabilidad que sienten de tener conocimiento y que en un orden patriarcal y machista los hombres no toleran ver a la mujer como una competencia. Como lo menciona Senneth (2003), “la sociedad moderna nos invita a la envidia; en un mundo proclive a la destrucción de la tradición y el sitio heredado” (p.98). Es donde el hombre se encuentra intimidado, en primer lugar, de que le quiten el sitio que históricamente le ha pertenecido en el campo médico, y en segundo lugar, que este espacio caracterizado por la competencia y el conocimiento sea ocupado por una mujer. Entonces, entra el sometimiento sexual para cubrir “la vergüenza” que sienten al darse cuenta de que una mujer sabe más que ellos, como:

Te ven con esa mirada de pues si no puedo con ella intelectualmente, mínimo me la voy a coger, creo que con el paso del tiempo vas aprendiendo a distinguir esa clase de miradas. Es raro, pero hoy en día sé quién se molesta por mi habilidad. En una fiesta había un doctor que no me quitaba la mirada y que quería que bailara con él, y estaba sólo incomodándome. Él tenía esa mirada, tuve que irme a encerrar a un coche en lo que pasaban por mí mis papás (entrevista a R1 en Ginecología y Obstetricia, 12 de diciembre de 2019).

Asimismo, es importante hablar de los miedos generados por amenazas de superiores, de hablar en algún caso de violencia sexual como el acoso, abuso, tocamientos, uso de lenguaje sexista, invitaciones o propuestas con fines sexuales o violación. Después de las entrevistas que se aplicaron, de alguna manera

siempre me pasaban el contacto de otra mujer a la cual yo le escribía, le platicaba el objetivo de mi trabajo y les mostraba las cartas de consentimiento y protección hacia su identidad, para lo cual más de diez mujeres se negaron. Algunas me bloquearon y unas nunca me contestaron; de las mujeres que se negaban me explicaban que no podían hablar del tema, ya que seguían en su residencia y podía causarles problemas más severos. No se intentó convencer ni presionar a nadie a dar su testimonio, las mujeres que lo compartieron fueron mujeres que necesitaban hablar y que de igual forma me pedían la carta de consentimiento. Ellas elegían la hora y el lugar de encuentro y conforme comenzábamos se les pedía permiso de grabar. No todas aceptaban que grabara sus voces, pero sí me permitían hacer anotaciones; una de las anotaciones que quiero compartir es el caso de una R1 en Ginecología que no fue contado por ella, pero sí por su amiga:

Una vez a mi mejor amiga el adscrito, estaban en el pasillo muy cerca del baño, la metió al baño de hombres y la presionó contra la pared para obligarla. Mi amiga tuvo que empujarlo y salirse de ahí. No pudimos hacer nada porque al día siguiente el adscrito la amenazó y le dijo ¿a quién crees que le van a creer si vas de chismosita? (Entrevista con una R1 en Ginecología y Obstetricia, 25 de marzo de 2019).

Dentro de esta subjetivación nos encontramos con la subordinación de la mujer, que se ve inmersa, con los ya mencionados, sentimientos de miedo y sentimientos de desprotección. Es el abuso de poder e intimidación sexual mediante amenazas, casos de compañeras que al denunciar no obtuvieron justicia y solo provocó un aumento en la violencia que ya vivían dentro del hospital. Es reconocer que no tienen posibilidades y que al pasar por el largo trayecto de la carrera de medicina, la elaboración del ENARM, la aceptación en una institución pública para obtener una especialidad y todo el esfuerzo que esto conlleva, puede “tirar a la basura” este deseo de pertenecer al gremio médico.

III. Conclusiones

Esta investigación permite entender la relevancia de los estudios con perspectiva de género desde la antropología. Lo expuesto anteriormente nos permite concluir que la formación médica universitaria y el ejercicio de su profesión se envuelve en violencias institucionales y estructurales que desafían constantemente médicos y médicas residentes, estas pedagogías con las que se desarrollan, más que formar especialista de la salud preparados, buscan someter a estudiantes ante un panorama violento donde luchar por el reconocimiento y su permanencia en el campo médico es un combate diario.

Se permite responder a los cuestionamientos principales de la tesis que por medio del trabajo de campo etnográfico y la teoría consultada; la carrera de medicina está cargada de un pasado históricamente masculinizado que pesa en nuestro presente, la violencia de género con la que estudian y laboran mujeres de este país es una dificultad en su desarrollo físico, mental y profesional. Logramos entender que las mujeres no denuncian porque no existe un organismo que regule y sancione la violencia de género al interior del hospital, además del miedo que existe a las represalias.

Por lo tanto, el papel de las instituciones debe dar prioridad a estos temas para poder aportar a posibles cambios, soluciones y deconstrucción del imaginario que se tiene de las mujeres. Metodológicamente, el proceso y las técnicas que se utilizaron en la investigación nos permitieron, en primera instancia, tener ingreso a un hospital público donde se recabó información importante y se tuvo contacto con personal médico, la elaboración de cuestionarios fueron herramientas que se agregaron al momento de mi estancia de campo, las cuales reflejaron una actitud participativa positiva y a manera de sondeo datos que nos hacían conocer cómo dentro de sus actuar laboral existían violencias.

Las entrevistas a profundidad que se realizaron en distintas ubicaciones, por lo general en plazas comerciales, en cafés, en el Centro Histórico y en la universidad, lugares públicos donde las participantes se sintieran cómodas y

seguras, y el brindar las cartas compromiso de confidencialidad, contribuyó a que hablaran de sus experiencias sin sentir miedo, al contrario, generó confianza y permitió que compartieran el contacto de otras compañeras que deseaban participar. Hubo también entrevistas que se aplicaron por vía telefónica, estas dependían de los horarios libres de las mujeres que por lo general eran en la madrugada.

La creación de la página de Facebook #yotambiénhospital no tuvo éxito, fueron pocas las mujeres que se acercaron a hablar conmigo y solo con una pude tener una conversación por medio de audios en los que me compartía lo que había sufrido en el hospital, con mención específica de que no quería hacerlo público en la página porque no estaba lista. Esta casi nula participación en la página de Facebook también aportó a reafirmar el miedo con el que laboran las residentes y por supuesto el miedo a denunciar.

Algunos temas de investigación que surgieron a lo largo de la tesis no pudieron desarrollarse a profundidad debido a que se desviaban del tema principal, pero que es importante considerar en las próximas investigaciones, por ejemplo, el consumo y adicción a las drogas, el desvío de recurso económico a los hospitales públicos para material y mantenimiento, el ataque a otras profesiones como a los médicos internos de pregrado y enfermeras(os), la negligencia médica, la aprendida deshumanización al paciente, la falta de personal, la sobrepoblación, el COVID-19, entre otros.

El coronavirus forma parte del escenario contemporáneo y ha tomado una pertinencia mayor frente a nuevos panoramas que se dibujan en el mundo con relación a los temas de salud. En diciembre de 2019, se notificaron casos de un nuevo virus –con altos niveles de contagio– en la ciudad Wuhan, China. La epidemia ha sido acelerada, puesto que el virus salió de su lugar de origen para propagarse en otros países. Hoy se cuentan las personas infectadas por millones en todo el mundo y diariamente incrementan las cifras de muertes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que estamos ante una pandemia de no muy claras dimensiones. Hay personas infectadas en la mayoría

de los países y los profesionales sanitarios insisten en la necesidad de seguir las medidas preventivas y evitar la alarma social.

En esta situación de emergencia se habla del personal hospitalario, donde la frontera hombre-mujer se desdibuja y será importante reabrir esta discusión en las próximas investigaciones. Es de conocimiento público que los hospitales ya eran reconocidos por falta de insumos, carencia en materiales, condiciones precarias y violencia hacia el personal de la salud. Pero ahora con la pandemia todo se ha agudizado, queda al descubierto la incompetencia del Estado para proteger a su personal en momentos de crisis.

Médicos y médicas constantemente se quejan de la falta de protección y del manejo de protocolos ante la epidemia que los deja desprotegidos y los pone en riesgo de contagio. El gobierno federal se ha encargado de crear una campaña publicitaria a nivel nacional que habla del personal médico visto como nuestro héroe ante la crisis de la pandemia. Lo anterior ha creado gran controversia por parte del personal de la salud, se han publicado videos, escritos y comunicados donde reclaman esta “fama” y reconocimiento que les parece falso e hipócrita. En una entrevista con una anesthesióloga (que no quiso dar su nombre) el 25 de marzo de 2019 –trabaja en el Hospital General de México– mencionó que “es el hospital de salubridad más grande de Latinoamérica y, por tanto, es un hospital de referencia COVID”.

La doctora explicó que no existe una capacitación adecuada y de cómo han creado estrategias para sobrevivir ante la crisis, no hay protocolos establecidos, se hacen reuniones para inventar formas de no contagiarse y mantener distancia con los pacientes, además del dinero –de su propio bolsillo– que han destinado para material de protección. “Yo por el momento he gastado cinco mil pesos de mi dinero en gogles, cubrebocas, máscaras, guantes y trajes desechables que hemos tenido que pedir por internet porque se están acabando; además de que los precios están disparados” (entrevista con anesthesióloga, 25 de Marzo de 2019).

La Doctora reconoció que debido al salario que ella recibe tiene la oportunidad de adquirir estos elementos, sin embargo, mencionó: “Yo puedo hacerlo, pero a mis

residentes les pagan una miseria y nos quieren hacer sentir como héroes para que hagamos las cosas con lo poco que nos dan, pero somos seres humanos y la neta me estoy cagando de miedo” (entrevista con anesthesióloga, 25 de Marzo de 2019). Ser residente en esta pandemia significa posicionarse en un estado todavía más vulnerable, llamémoslo un estado de indefensión, ya que, como obligación, deben estar ahí pero no tienen lo mínimo para protegerse.

La propaganda generada por el Estado, que ubica al personal médico como héroes, es con el objetivo de ocultar las carencias que el sector salud vive, puesto que promueve un reconocimiento constante y generalizado hacia estas personas que tienen que trabajar en condiciones adversas, que los dejan como los únicos responsables de la salud pública de nuestro país cuando en realidad arrastran condiciones de injusticia laboral, injusticia salarial, falta de materiales para llevar a cabo el desempeño de sus funciones y una violencia social legitimada.

En la entrevista realizada por teléfono con el dr. Alejandro, especializado en Cirugía, realizada el 27 de abril de 2020, nos dijo “hoy somos los héroes, mañana seremos los villanos”, en alusión a que este protagonismo que quiso darles el gobierno federal fue temporal, al ver que los hospitales colapsarían y el personal de salud comenzaría a infectarse por falta de protección y de los protocolos adecuados que correrían el riesgo de ser atacados, lo cual no tardó en hacerse visible en las noticias y periódicos locales. Los casos de acoso hacia el personal fuera del hospital han ido en aumento al llamarlos “contagiados” e “infectado”. En algunos casos muchos médicos y médicas han tenido que dormir dentro de los hospitales o en sus coches afuera del hospital por el miedo de regresar a casa y contagiar a su familia. Esto nos permite replantearnos nuevas preguntas: ¿este nuevo panorama mundial permitirá que el valor de los trabajos de cuidado tomen fuerza a nivel social y cultural? ¿Las instituciones se harán cargo de asumir la responsabilidad de su personal de salud para contribuir en condiciones dignas laborales? ¿Será esto la oportunidad de médicos y médicas residentes de dignificar su profesión y hacer valer sus derechos?

Hoy los ojos están puestos en el sector salud, se tiene la atención de todos los medios de comunicación y de manera mundial se visibilizan los problemas que enfrentamos en temas de salud en México. ¿Será posible que después de todos los médicos y médicas que han muerto por “la causa” por el “heroísmo” se puedan generar nuevas políticas públicas, modificar normas o crear organismos que aseguren a estas personas no solo en situaciones de crisis, sino que día a día se enfrentan a retos que los rebasan desde su formación, profesión y prácticas médicas? ¿Estos médicos y médicas que hoy dan la cara por nuestro país obtendrán solo aplausos o será la oportunidad de abrir esta discusión en foros que generen propuestas de intervención?

IV. Apuntes para un proyecto de intervención

Es necesario evidenciar dos situaciones que requieren atención en esta tesis:

Primero. - Reconocer la falta de la existencia de un organismo que atienda casos de violencia de género dentro de los hospitales. Mismo que debe garantizar, en primer lugar, que los casos se traten de manera discreta, es decir, no exponer a la víctima, antes de que ésta haya tenido la asesoría y el acercamiento correspondiente para saber cómo actuar, y conocer sus derechos, sus posibles alcances, los pros y los contras a los que se enfrentaría si llegara a hacerse la denuncia. Este organismo debe trabajar simultáneamente con lo que sucede en el servicio médico y ser externo, no deben de estar involucradas personas que trabajen dentro del hospital, debido a lo que nos dijo el licenciado Matlalcuatzi en la entrevista:

Dentro del hospital, si bien es cierto que hay regulaciones, pero no hay autoridades suficientes que se encarguen de hacer cumplir esas normativas llámese contratos colectivos de trabajo, normas oficiales mexicanas, la propia Ley Federal del Trabajo, o sea no hay una autoridad, ¿por qué? Porque en este caso quién se encarga de dar cumplimiento de estas leyes, tú podrías pensar que en primer lugar serían los directivos, las autoridades, pero no pasa. Existen los órganos internos de control, pero no es suficiente, porque para que el órgano interno de control le entre en acción, generalmente, es a petición de parte, a petición de uno de los afectados, pero todo queda como dentro; en algún momento se vuelven jueces y parte, al mismo tiempo, porque si un médico residente, en primera instancia, con quien se tiene que quejar es con su titular de materia, o titular del curso, pues el mismo tiene conocidos a los maestros, o los mismos jefes de enseñanza se conocen y a los titulares del curso, y no pasa nada porque existe un proteccionismo impresionante, entonces el amigo no va a juzgar a su amigo.

Yo podría concluir que existe un proteccionismo impresionante entre autoridades, son autoridades que se conocen de mucho tiempo; existe ese compadrazgo, esa amistad que solapa y tolera los abusos, que se vienen dando desde hace 50 años. Trabajamos en un sistema de salud muy viejo que nunca ha evolucionado ni revolucionado para estar a la par y al nivel de los tiempos en los que vivimos (Comunicación personal con lic. Matlalcuatzi, viernes 15 de abril de 2020).

Este organismo debe contar con un comité que analice la violencia de manera integral; lo anterior refiere a personas especializadas en atender casos de acoso y hostigamiento, con perspectiva de derechos humanos y de género, conocimiento en derecho penal, administrativo y laboral, que sume disciplinas como la psicología y la psiquiatría para el tratamiento adecuado hacia a víctima y su caso en particular.

Segundo.- Asimismo, es indispensable comprender el papel que tienen las universidades ante los estudios que aportan conocimiento enfocado a la violencia, y, particularmente, la violencia de género.

Se necesita la creación de un organismo que pueda generar un espacio para mujeres investigadoras que al elegir temas vinculados con las violencias puedan tener acceso a un acompañamiento psicológico y de contención, por ello se busca justificar con mi experiencia en el trabajo de campo, y adjunto mi testimonio con el fin de explicar lo complejo que es ser mujer e investigar casos de violencia de género en espacios como el hospital, donde la violencia nos rebasa.

Cuando yo ingresé, me enfrenté a un escenario que era desconocido para mí. Comprendí lo que es portar una bata blanca de manera simbólica, desde que me estacionaba y caminaba una cuadra para llegar al hospital, ya había personas que se me acercaban para pedirme ayuda con alguna situación.

Mi papel dentro del hospital constaba en ser “pasante en psicología”, nos encargábamos de salir a sala de espera y hacer encuestas que hablaban sobre

violencia para poder redirigirlas al departamento de psicología dentro del hospital. Abordar el tema de violencia con las personas es difícil, desde que haces el acercamiento y comienzas a hacer las preguntas muchas se niegan a hablar, pero también se obtuvieron testimonios donde algunas mujeres explicaban y reconocían sufrir violencia doméstica, psicológica, física o económica por parte de sus parejas o exparejas. Recibir este tipo de experiencias e información no es fácil porque dimensionas qué es este fenómeno, que culturalmente es algo cotidiano y normalizado. Las encuestas servían para el hospital como un registro para elaborar programas de prevención y apoyo a las víctimas psicológicamente; que a pesar de que no es mi tema de investigación, me vi involucrada en la obtención de información.

El conocimiento previo que tenía, en mi línea de estudios sobre la violencia, me hizo sentir que estaba preparada para este tema, sin embargo, debo aceptar que no me encontraba lista para enfrentarme con este panorama. En mis recorridos por el hospital, observé las condiciones precarias en las que se trabaja diariamente; pasar por los pisos donde se encuentran las especialidades e ir a piso de urgencias era una experiencia que no había tomado en cuenta al iniciar con este proyecto. Me encontré con infinidad de personas que necesitan atención médica de muchos tipos, algunas estaban en el suelo a la espera de poder recibir atención médica, los olores del hospital se quedan grabados en tu ropa y de alguna manera en tu mente.

Diariamente, al salir del hospital, mientras manejaba hacia mi casa, pensaba en todas estas personas que seguirían ahí, los malestares que sufrían, las presiones que vivía el personal médico ante el desabasto de insumos y medicamentos, las caras que se quedaban grabadas en mí de preocupación, de dolor, de angustia y de impotencia.

En la primera semana de abril de 2019, que hice mi trabajo etnográfico, descubrí que era demasiada información para procesar, comenzó a afectar mi salud mental y a sintomatizarse en mi cuerpo. Cada que subía a mi coche para regresar a mi casa, lloraba por la presión que sentía. Empecé a tener cansancio y un dolor

insoportable en mi mano izquierda, había días que no podía moverla y este dolor se expandió a la espalda, piernas y cabeza, lo cual, me provocó insomnio y amenorrea. Hubo ocasiones en que no quería levantarme y que no quería ir al hospital. Fui con un ginecólogo que, mediante una revisión, no encontró nada anormal. Me hizo un breve test de las cosas que yo sentía, me dijo que probablemente se trataba de tiroides, por ello me mandaron a hacer estudios y después de tener mis resultados fui con un endocrinólogo que me dijo los resultados eran negativos, pero que por mis molestias en los huesos probablemente se trataba de artritis reumatoide; para lo que posteriormente, me hice otros estudios y también salieron negativos. Tenía desesperación por saber qué tenía porque afectaba en mi productividad dentro del hospital y en mis ganas por continuar con la investigación; por último, me mandaron con un psiquiatra que me dijo que presentaba síntomas de fibromialgia (padecimiento que por estrés se hace presente en el cuerpo) y me diagnosticaron depresión, por ello, me recetaron antidepresivos y pastillas para dormir que a la fecha, tomo.

Lo menciono porque hay temas que nos consumen emocionalmente si no tenemos un tratamiento o atención psicológica que vaya a la par de nuestras experiencias de campo. Muchas de las investigadoras que estudian estos fenómenos relacionados con la violencia comienzan a sentir agotamiento, frustración y tristeza. No son temas fáciles y es necesario que haya un organismo dentro de la universidad que pueda lidiar con las experiencias de las investigadoras en estas áreas para apoyar y poder protegerlas en estos casos.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

ANEXOS

En este trabajo etnográfico, dentro del hospital, se llevaron a cabo 3 tipos distintos de cuestionarios:

Fecha: ____/____/____	Edad: ____	Sexo: M H
Rango: R1 R2 R3 R4 MIP PASANTE OTRO: _____		
Área de especialidad: _____		
¿Alguna vez has sentido por parte de algún superior(a) o algún compañero(a) discriminación? Sí ____ No ____		
¿Qué tipo de discriminación? _____ _____		
¿Cuál fue tu reacción? _____		
¿Cómo te sentiste? _____		
¿Es una situación que se sigue repitiendo? _____		
¿Alguna vez has sufrido por parte de algún superior(a) o algún compañero(a) algún tipo de agresión? (verbal, física, psicológica, sexual, entre otras) Sí ____ No ____		
¿Qué tipo de agresión fue? _____ _____		
¿Cuál fue tu reacción? _____		
¿Cómo te sentiste? _____		
¿Es una situación que se sigue repitiendo? _____		

Residentes/enfermeras(os)/nutriólogas(os)/psicólogas(os)	-----R1—NUEVO INGRESO
Edad: ____ Sexo: ____	Fecha: ____/____/2019
Área/rango :	
¿De qué escuela vienes?	
¿Cuándo ingresaste al hospital?	
¿Cómo fue tu recibimiento?	
¿Qué días vienes al hospital y por cuánto tiempo? (guardia, horario)	

¿Hasta el momento, el trabajar dentro del hospital ha sido como tú lo esperabas? Sí ___ No ___
¿Por qué?

¿Has pensado en salirte? Sí ___ no ___
¿Por qué?

Edad:

Sexo: H ___ M ___

Área de especialidad:

¿Por qué elegiste esta área de especialidad?

¿Cuánto tiempo llevas en tu especialidad?

¿Cuánto tiempo te falta para terminar?

¿La especialidad ha sido lo que esperabas? Sí ___ No ___

¿Por qué?

¿Alguna vez pensaste en salirte del programa? Sí ___ No ___

Si fue sí, ¿Por qué?

¿Alguna vez has sentido que existe algún tipo de discriminación hacia ti o tus compañeros(as), ya sean favoritismos, por ser hombre o por ser mujer, jerarquías, escuela de procedencia, u algún otro?

Sí ___ No ___

Si contestaste sí, ¿cuál y cómo fue?

Bibliografía

Benjamin, W. (2001) Para una crítica de la violencia y otros ensayos. España. Iluminaciones IV, Taurus.

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médicos autoritario en México.

Castro, R. (2014). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y residencia médica. Salud Colectiva. (10, pp.339-351)

Del Valle, T. (1987). La liminalidad y su aplicación al estudio de la cultura Vasca. Bilbao: KOBIE (Serie Antropológica Cultural).

Dubet, F. (2010). Sociología de la experiencia. Centro de Investigaciones Sociológicas: Editorial Complutense.

Foucault, M.. (1976). Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI.

Hernández García, J. & Carrión-García. (2018). Mobbing. Un factor silenciosos de riesgo laboral en México. Principales aspectos teóricos y hallazgos de investigación. Instituto de Ciencias Económico Administrativas. México: MA Porrúa.

Herrera, A. & Cervantes, N. & Gastélum, E. & Arteaga, K. (2019). Mobbing, estrés laboral y deterioro en la salud mental en médicos residentes. ANRM, IMSS.

Honnet, A. (2011). La sociedad del desprecio. Editorial Trotta. Madrid.

Lagarde, M. (1996). "El género, fragmento literal: 'La perspectiva de género'", en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. España: Editorial horas y horas.

Lamas, Marta. "Diferencias de sexo, género y diferencia sexual". Cuicuilco, vol 7, núm. 18, enero-abril, 2000, p.0 . Escuela Nacional de Antropología e Historia, Distrito Federal, México. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>

Ortiz, C. (2014). Techos de cristal y suelos pegajosos en la vida laboral de la mujer. Universidad del País Vasco: Vasco.

Pasillas Valdez, Miguel Ángel. "Violencia, ética y pedagogía" Revista Mexicana de Investigación Educativa, vol. 10, núm. 27, octubre-diciembre, 2005, pp. 1149-1164 Consejo Mexicano de Investigación Educativa, A.C. Distrito Federal, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14002711>

Piedra, N. (2013). "Importancia del enfoque de género en la investigación socio-histórica". Revista de Ciencias Sociales (cr), vol: II, núm. 140, 2013, pp. 13-26. Universidad de Costa Rica. San José de Costa Rica.

Segato, R. (2018). Contra-pedagogías de la crueldad. Buenos Aires, Argentina: Editorial Trópicos.

Sennet, R. (2000). La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Barcelona: ANAGRAMA.

Sennet, R. (2003). El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad. Editorial Anagrama, Barcelona.

Sennet, R. (2009). El artesano. Editorial Anagrama, Barcelona.

Turner, V. (1999). La selva de los símbolos. Madrid: SIGLO XXI, 4ª Edición.

Van Gennep, A. (1969). *Los ritos de paso*. Madrid: Antropología Alianza Editorial.

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ