



Márvel Barón Medina*

“Las palomas tienen hambre”. Una mirada a las violencias de género en el sistema de salud en Colombia

La anécdota

En el inicio, según la tradición judeocristiana, se habla de una paloma blanca, con una rama de olivo en el pico, que vuelve tras el fin del diluvio universal, como un símbolo de reconciliación entre el Dios castigador y la humanidad. Los egipcios y los babilonios fueron los primeros en criar palomas, seguidos por griegos y romanos. Estos últimos desarrollaron la cría de palomas como complemento de la agricultura, para consumir su carne, pero también era destinada para rituales religiosos. Más adelante, en la Edad Media, la cría de palomas se consideraba un privilegio reservado a la nobleza y se extendió por toda Europa comenzando un interesante proceso de selección de razas que perdura hasta hoy. Las palomas se usan como mensajeras desde la antigüedad, es así que los romanos las utilizaron desde la época de la república. En la Edad Media se las usaba con fines militares comunicando alertas y movimientos de tropas. También tenían funciones en el ámbito del comercio como mensajeras

regulares, práctica que llegó hasta la segunda mitad del siglo XIX, cuando cayó en desuso ante la aparición de nuevos, más rápidos y fiables medios de comunicación a distancia, como el telégrafo. Otra función de ellas era llevar cartas de amor de enamorados separados por grandes distancias o razones de desavenencia familiar, razón por la cual se le asignó la representación del amor romántico. Finalmente, es reconocida como símbolo de paz tras las guerras del siglo XX y hoy en día se encuentra como parte del logo de numerosas y diversas instituciones incluyendo la Defensoría del Pueblo de Colombia. Según algunos ornitólogos, es el animal más representado en imágenes. Está presente en plazas de todo el mundo, excepto por supuesto en la Antártida. En Latino América las vemos en la plaza mayor de la mayoría de los municipios, rodeadas de las instituciones de poder local: alcaldía, iglesia, policía, etc. Además, son parte del atractivo turístico: las personas se toman fotos dándoles de comer o haciendo movimientos bruscos que las llevan a levantar el vuelo ruidosamente.

* Médica patóloga, Universidad Nacional de Colombia. Cormujer, Caquetá. cormujercaqueta@gmail.com

Florencia, Caquetá, no es la excepción. En el Parque Santander, el principal del municipio (curiosamente aquí no hay parque o plaza de Bolívar), hay cientos de palomas que madrugan a buscar su alimento. Se lo dan los comerciantes circunvecinos y las personas que se ganan la vida vendiendo el maíz trillado que ofrecen a turistas y transeúntes mañaneros. Pero llegó la pandemia de la Covid 19. Ya no había comercios abiertos, no había transeúntes mañaneros, no había turistas ni quién les vendiera las bolsas de maíz trillado. Tampoco había comida para las palomas. Ellas seguían madrugando con la esperanza de encontrar algún grano comestible, pero terminaron comiendo piedras y muriendo muchas de ellas. Después de una dura pelea con la Policía Nacional que afortunadamente estuvo respaldada por la Defensoría del Pueblo, logré que me dejaran seguir saliendo, como lo he hecho desde hace 26 años, a caminar con mis perros de seis a siete de la mañana. Así que a diario me enfrentaba al drama de las aves simbólicas. Hablé con autoridades eclesiásticas y civiles sobre el hambre de las palomas, pero a nadie pareció importarle. Luego de las primeras seis semanas de pánico social, alguien decidió sacar maíz trillado y dejarlo en el piso para las palomas, pero en una acción aún no entendible para mí, lo dejaba en el Parque San Francisco, sitio no frecuentado por los animalitos.

La pandemia

Esta anécdota me ha llevado a reflexionar sobre el impacto de esta pandemia en el personal femenino de salud, toda vez que las mujeres que laboran en el sistema de salud poseen una carga simbólica que es reconocida por muchas cultu-

ras: profesión tradicionalmente ejercida en un uniforme blanco que es símbolo de auto cuidado, de limpieza, pureza y la cofia que representa la sencillez, el servicio, la abnegación y la paciencia del personal de enfermería (ya que se origina en la cofia que usaban las monjas). Pero más allá de este simbolismo, ¿cómo las ha afectado la pandemia de la Covid 19? ¿Quién se ha preocupado por el impacto de la pandemia en sus vidas? Son mujeres que a diario arriesgan sus vidas en el cumplimiento de su trabajo, no solo por las precarias condiciones de protección personal en que laboran, sino por la falta de información adecuada que posee nuestra sociedad sobre el tema. Ellas son la primera línea de exposición al riesgo de contagio con el Coronavirus. Esta realidad aumenta las posibilidades de contagio no solo de ellas, sino de sus núcleos familiares. Además, la gran mayoría del personal que labora en salud es femenina (en algunos estudios el 86%) y más de la mitad de ellas se asumen como jefes de hogar. Sin embargo, seguimos pensándolas como una trabajadora “champiñón”¹, es decir como mujeres “perfectas”: de blanco impecable, siempre sonrientes, amables, otorgando cuidados, cariño y esperanza. Jamás se quejan, invariablemente dispuestas al sacrificio e incansables.

Violencia intrafamiliar

El cuatro de abril los noticieros del mundo titularon con un “Ciao Lorena” el feminicidio en Italia de una médica por su compañero enfermero

1 Trabajadora “champiñón” definido por Amaia Orozco como “aquel(la) que brota todos los días plenamente disponible para el mercado, sin necesidades de cuidados propias ni responsabilidades sobre cuidados ajenos, y desaparece una vez fuera de la empresa”.

Antonio, quien al entregarse a las autoridades afirmó: “La maté porque me pegó el coronavirus”. Lo más irónico del hecho es que ni Lorena ni Antonio arrojaron resultados positivos para la Covid 19. Este caso pone en evidencia una realidad no mencionada hasta ahora: el ejercicio de violencia intrafamiliar del personal masculino de salud sobre sus parejas femeninas. Menos sabemos acerca del de mujeres sobre hombres, o en el seno de parejas homosexuales. El patriarcado a través del paradigma del amor romántico ha vendido el concepto del “hogar” como un espacio idílico, seguro, con un hombre proveedor quien ejerce la autoridad y una mujer cuidadora, sumisa y doméstica. Es decir, el concepto del “amor” es uno altamente generizado que establece de forma diferencial la elección del objeto de amor, la expresión del mismo y las funciones que se requieren para desempeñarlo de manera “correcta”.

Aquellas relaciones de pareja que han logrado un nivel de funcionalidad social se basaron en estas premisas. Es decir, cuando se cumplen las expectativas generizadas, la pareja es funcional, “feliz” en el lenguaje romántico. Independientemente de las relaciones de poder que estén concertadas (aunque generalmente son impuestas), las familias funcionales tienen una capacidad de cumplir los roles sociales asignados: procreación, cuidado de la progenie, asumir su educación y liberación para la formación de nuevos “hogares”. Pero la coyuntura de la Covid 19 afecta este balance, precario la mayoría de las veces: limita la autonomía de movilidad, una de las primeras en ser obtenida, así como el contacto social. Disminuye la autonomía económica, o la capacidad de proveer la familia, cuestionando el rol tradicional

de hombre proveedor. Genera una fuerte pérdida de la intimidad al estar permanentemente en contacto con las otras personas con quienes convivimos; ya no hay espacios ni tiempos privados. Si a esto le sumamos el miedo a contraer la infección, enfermar y morir, podemos reconocer varios eventos estresantes que, sobre un sustrato patriarcal hegemónico, con procesos de socialización bipolares excluyentes, facilitan la expresión de la violencia intrafamiliar².

Esta es una cara oculta de la pandemia. Ya desnudó las inequidades sociales y económicas, las inequidades en salud, el efecto devastador del modelo capitalista reinante sobre el medio ambiente, ahora las cifras nos develan esta vieja pandemia: ONU Mujeres ha informado un aumento del 25 al 60% en las quejas de violencia ejercida contra las mujeres, y eso que el 86% de ellas NO denuncian los actos de violencia. En China aumentaron en un 90% las llamadas de las mujeres denunciando la violencia en su hogar. Inclusive, hogares funcionales no violentos, comienzan a expresar eventos de violencia, y eso que hasta ahora comienza la pandemia en América Latina. ¿Cuántas de estas violencias suceden en hogares del personal que labora en salud?

Violencia genérica y sexual en las instituciones de salud

Desde hace algunos años he venido investigando el tema de acoso sexual y acoso genérico en las

² Se emplea el término de violencia intrafamiliar como una forma de expresión de las violencias basadas en géneros que se da entre parejas en el núcleo familiar.

facultades de medicina encontrando que el 30% de las mujeres y el 4% de los hombres refieren haber sido acosados en algún momento de su formación. Un estudio nos dice que las estudiantes de medicina tienen un riesgo 220% mayor que en otras facultades de reportar acoso sexual por docentes y personal de rangos superiores, y que las internas son el grupo más afectado. También se conoce que hay especialidades donde este acoso es mayor, estando cirugía y anestesia en los primeros lugares. Los efectos a corto, mediano y largo plazo se evidencian desde el rendimiento académico, el éxito de la profesional y la aparición del síndrome de burnout. La expresión de esta violación a los Derechos Fundamentales es diversa: una es el acoso genérico que incluye comentarios y actúes sexistas que buscan menoscabar la dignidad de la persona. Por otro lado, se considera el acoso sexual que incluye atención sexual no deseada y la coerción sexual. ¿Pero qué fenómenos confluyen en una facultad de ciencias de la salud para que esta situación sea tan grave?

Según Roberto Castro, el *Corpus Médico* está formado por “el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la cuestión sanitaria de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que capacitan a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquellas y estas instituciones, como los formuladores de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédico, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades; por los centros de investigación que

generan el conocimiento legítimo y hegemónico (científico) del campo; por los representantes de las medicinas subalternas (desde la homeopatía hasta las diversas modalidades de medicina tradicional); por las diversas industrias (de aparatos, farmacéutica, de seguros), y finalmente por los y las usuarias y las y los clientes de toda la gama de servicios existentes en el campo”. Es decir, la amplia y diversa conformación del *Corpus Médico* facilita la permeación del *Habitus Médico* en todas las esferas y niveles de la sociedad.

El *Habitus Médico* según Castro, es “Un conjunto de predisposiciones, que producto de los arreglos estructurales del campo médico, hacen posible un acumulado de conductas represivas muy eficaces en cumplir con los fines y agenda de la institución médica. Es producto de la incorporación de la estructura social y de los arreglos de poder que la caracterizan. Se desarrolla durante los años de formación académica profesional sobre todo a través del currículo oculto e incluye: la imagen personal, el papel de los castigos y el disciplinamiento corporal en la formación del médico, el orden de las jerarquías dentro de la profesión y el disciplinamiento de género”. No debe sorprender que en la propia operación de los servicios de salud se vean reproducidas todas las inequidades de género que se han cultivado y promovido desde el salón de clase.

Agreguemos a esto un aumento de la carga laboral para todo el personal de salud durante la pandemia, incluyendo no solo la atención de mayor número de pacientes, sino nuevos y estrictos protocolos de protección personal a seguir; ver con mayor frecuencia de lo habitual pacientes

fallecer; enfrentar decisiones difíciles que pueden inclusive cuestionar profundas creencias religiosas y morales... Además, la crisis financiera en el sistema de salud ha generado retrasos en los pagos al personal: en promedio se adeudan tres meses de salario u honorarios por servicios prestados, llegando en muchos casos a deberse hasta siete meses.

Si a esto le sumamos el miedo (propio de cualquier ser humano en estas condiciones así sea un profesional de salud) a contraer la infección, enfermar y morir, podemos reconocer un sinnúmero de eventos estresantes que, sobre un sustrato patriarcal hegemónico introspectado en las facultades de medicina como el *Habitus Médico*, facilitan la expresión de la violencia genérica y sexual en las instituciones de salud. Estas violencias no son impulsos sexuales acumulados, son formas violentas de ejercicio de poder, poder autoritario y controlador. Y el sistema de salud es uno altamente jerarquizado con una estructura de poder casi castrense.

Violencias hacia las usuarias

Pero este poder autoritario y controlador no solo se expresa entre el personal de salud, sino entre este y las y los usuarios: se asume que el personal de salud posee “el conocimiento” sobre la pandemia/enfermedad y por lo tanto puede requerir de manera exegética el cumplimiento de sus “órdenes médicas”, que no recomendaciones.

Podría plantearse paralelamente al *Habitus Médico* un *Habitus de las Usuaris*: dentro del proceso de división sexual del trabajo se instauró el

concepto del Amor Romántico ya que mitificar el amor ha servido para que las mujeres interioricemos los valores del patriarcado, obedezcamos los mandatos de género y cumplamos con nuestros roles de mujeres tradicional, moderna y posmoderna a la vez. Esto implica la idealización del proceso reproductivo (en vez de reconocerlo como una opción ciudadana) y del proceso salud/enfermedad como el de una relación víctima/salvador. Estos imaginarios que de alguna manera moldean nuestra personalidad, generan un estado de hipersensibilización emocional durante la enfermedad, y mayor durante la gestación, parto y aborto (no solo atribuible al concepto biomédico de los cambios hormonales), que amplifican el malestar producido por la vulneración de nuestros derechos por parte del personal de salud y definen profundas y dolorosas huellas.

Las instituciones públicas de salud son un espacio de ejercicio de la ciudadanía, en tanto que constituye un derecho social el acceso a ellas. Pero, por otra parte, la participación de las mujeres en estos espacios de salud es problemática, pues en ellos funciona una estructura disciplinaria diseñada para mejorar la eficiencia de la atención que se brinda, y que presupone la obediencia y la conformidad de las usuarias con los dictados del poder médico. Es por esto que los encuentros médicos/mujeres en general constituyen formas de interacción social asimétricas, pues en ellas uno está legitimado como el detentador del saber/poder, y la otra es “solo” una paciente. Es decir, las usuarias de los servicios de salud acceden a ellos desde una posición varias veces subordinada: desde su posición generizada, desde su condición de opresión, como paciente/usuario, y por

su estatus socio-económico, su etnia, su edad, su orientación sexual, su estado marital, etc. En ginecología la asimetría se hace mayor por la vulnerabilidad física y emocional de la mujer que pare/aborta: la violencia ginecológica es una violencia de género.

En un extremo del espectro están las formas graves de abuso que son claramente penal, civil y éticamente objetables, pero que aun así en la mayor parte de los casos pasan silentes: acoso y abuso sexual, etc. Solo algunas se ponen en evidencia por la denuncia de la usuaria o de su familia, por los medios de comunicación o por las asociaciones que trabajan por la defensa de los derechos de las mujeres.

En el otro extremo están las formas habitadas de abuso, expresiones de maltratos no tipificadas como delito y tampoco reclamables al interior de la propia institución de salud, que pueden no ser percibidos como tales por el personal de salud y a veces ni por las mismas mujeres debido a su cotidianización que las invisibiliza al naturalizarlas. Surgen de la desigualdad de género, pero a la vez tienden a perpetuar dicha desigualdad, y generan cicatrices en la dignidad de las mujeres.

Al final tenemos una apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud. Las mujeres que “cooperan”³ tienen la recompensa a su sufrimiento

3 “Cooperar” es un término que se emplea por parte del personal que labora en las instituciones de salud para referirse a la obediencia irrestricta de las denominadas órdenes médicas, no cuestionar procedimientos ni quejarse por dolor. Facilita a su vez la posibilidad de culpar a la paciente en caso que algo salga mal.

y a su obediencia; las que no cooperan (formas de resistencia) sufren las consecuencias en su cuerpo, la falta de disposición del *animus* del personal para atenderlas y los riesgos para ella y el bebé (si es el caso). Las que son clasificadas como mujeres que no cooperan generalmente se encuentran en situaciones que constituyen una agresión al orden dominante: mujeres jóvenes, mujeres no dóciles, madres solteras sin pareja formal, bajo nivel educativo, embarazo rechazado, etc.

Muchas mujeres lo asumen como el “costo” de ser atendidas por “profesionales”, entendiendo que la profesionalización no hace referencia solo a un nivel académico, ya que la violencia puede ser ejercida por otros miembros del *corpus* médico, incluyendo jefes y auxiliares de enfermería, parteras y doulas, camilleros, etc. Pero, además, hay otras formas de agresión a través de formas implícitas y taxativas de intimidación: la mujer que se queja probablemente volverá en cualquier otro momento a buscar la atención de la institución de salud, y el antecedente de la queja puede incidir negativamente en la calidad y oportunidad de la atención que recibe. Como consecuencia muchos casos no se denuncian y la mujer carga con su malestar y su dolor sola y en silencio. Por esto, no es mediante criterios numéricos como se determina la trascendencia de ciertos problemas sociales ni cómo la cuarentena y la pandemia pueden estar aumentando de forma silente este tipo de violencias.

Algunas consecuencias

La pandemia de Covid 19 ha puesto en evidencia las inmensas inequidades sociales (de género,

salud, educación, trabajo, etc.) de las que nadie quiere hablar ya que se aceptan “porque sí”, desatando así una crisis sanitaria, emocional, social y económica sin precedentes en la historia reciente que afecta con mayor saña a las mujeres.

Inicialmente se silenció la protesta social por el miedo al contagio, pero a medida que la gente ha ido asimilando la nueva realidad, esta forma de hacer política, de tener voz, se ha ido recuperando: se protesta por el encierro y por el no encierro, por el hambre, por los costos de servicios públicos, por los salarios no pagos, por equipos de protección personal, por la violencia contra niñas y mujeres...

Pero esta realidad nos ha devuelto por lo menos veinte años en los luchados avances que se tenían sobre los derechos de las mujeres, incluyendo la coercitiva limitación de la movilidad, el autoritarismo de las fuerzas policiales y militares, el aumento de la carga de trabajo no remunerado, la pauperización de los hogares, el aumento de la violencia intrafamiliar, y el aumento de la violencia genérica y sexual, entre otros asuntos.

La pandemia al mismo tiempo ha generado nuevas formas de violencia: la estigmatización⁴ sobre el personal de salud, más frecuente hacia el personal médico. Algunos han planteado que se da por personas posiblemente agredidas previamente por las inequidades económicas, sociales, étnicas y/o el conflicto armado,

4 En sociología, estigma es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como inaceptables o inferiores.

agresión que puede generar estados de resentimiento que facilitan la expresión violenta, emocional, no racional, del dolor ante la muerte de un ser querido, o ante el miedo de enfermar o morir. Debemos agregar la desconfianza en el sistema de salud y en el gobierno, que es reafirmada por noticias falsas que fácilmente se difunden por las redes sociales y noticiosas, incluyendo la información no asertiva de altos funcionarios del sistema que hablan públicamente de eventos de corrupción en salud como si esta fuera la norma general. Otra forma de nueva violencia es la que surge del protocolo de atención y posterior disposición del cadáver en personas asumidas como Covid positivos, que niega a sus dolientes familiares la posibilidad de acompañamiento al ser querido, despedida y cierre del duelo con rituales profundamente arraigados en las diferentes culturas. También aporta la gota que rebosa el vaso el hecho que algunas personas se niegan a aceptar su responsabilidad en la posibilidad de infectarse y enfermar. Todo esto ha generado una situación que ha desmejorado la calidad de vida del personal que labora en salud, en muchos momentos ha obligado al desplazamiento forzado desde su lugar de residencia, y en ocasiones ha llegado a amenazar su integridad física.

Como si esto fuera poco, el Estado ha tratado de compensar su ineficiencia e ineficacia denominando “héroes” al personal de salud promoviendo en el imaginario social la idea de que son prescindibles y que su muerte por razones de mayor exposición al riesgo de contagiarse es esperada, nada que deba sorprendernos. Por esto su protección personal no es prioridad.

La pandemia también ha generado un cambio en el paradigma de las relaciones humanas por cuenta del distanciamiento social: cómo expresar afecto, amor, cariño, sin contacto físico es algo que reta la tradición de la mujer afectuosa, amorosa, generando nuevos malestares en ella. El reto es cómo amar y mantenernos unidas en la distancia.

Esto sin pensar en la Covid 'baby boom' que estaremos experimentando a fin de año, incluyendo un vertiginoso aumento de embarazos en niñas y adolescentes.

Finalmente, ha evidenciado además lo distante que está la teoría de la práctica en cuanto a intervención social se refiere: la actitud paternalista del Estado y de algunas ONG refuerzan con el sistema de donaciones la codependencia de las mujeres en lugar de promover su autonomía. Y cuando llega el momento de pensar en propuestas de "empoderamiento" de las mujeres, se reproducen las prácticas patriarcales de división sexual del trabajo preferenciando las actividades de servicios, así como de manualidades, que no facilitan el ascenso laboral, económico y creativo de ellas. Es como dar piedras a las palomas: se llena el buche, pero las mata.

El cuidado es un asunto político

Joan Tronto sugiere que el cuidado sea visto como una actividad de especie que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo para que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro entorno, todos los

cuales debemos entrelazar en una red compleja que sustenta la vida. Considera que el cuidado es una parte esencial de lo que significa ser humano: no se puede entender la humanidad sin entender lo que significa cuidar de los demás. Nos recuerda que los humanos somos dependientes desde el nacimiento, y que necesitamos a la gente incluso para sentirnos seguros. La antropóloga y poetisa Margaret Mead consideraba que el primer signo de civilización fue "Un fémur fracturado y sanado". En la vida salvaje, un fémur nunca sana porque solo puede hacerlo si alguien se preocupa de cuidar al herido.

Sin embargo, Tronto aclara que de ahí viene la opresión de la mujer, de entender el cuidado como algo natural en ella, pues los roles sociales los creamos nosotros: la división social del trabajo establece que las mujeres cuidan mientras los hombres proveen y protegen, división que favorece la explotación social de la mujer.

Considera que el cuidado se desarrolla en cinco fases: (1) la necesidad de interesarse por una situación de cuidado, con la "atención" como el requisito moral para dicho interés; (2) alguien necesita encargarse, "asumir la responsabilidad" es la cualidad moral; (3) el trabajo real del cuidado con la "competencia" como noción moral necesaria; (4) recepción del cuidado, que requiere la cualidad moral de "capacidad de respuesta"; (5) cuidar con, es decir mientras ocurre y se mantiene el cuidado, las personas tienden a confiar en la provisión continuada del mismo, esto implica las condiciones morales de confianza y la solidaridad. Por ello es imperativo erradicar el rol exclusivo del cuidado asignado a las mujeres para

que empecemos a reconocer cuánta de nuestra felicidad viene de los cuidados...

Los modelos de cuidado «paternalistas» y «parroquiales», patrones que reafirman los tradicionales roles de género, crean mayor desigualdad: quienes cuentan con los medios económicos acceden a un «mejor cuidado». En contraposición, su teoría del cuidado plantea un modelo que discute el poder y los «privilegios de la irresponsabilidad de los varones». Plantea que se amplifica la democracia al pretender no reproducir los sistemas tradicionales con la asignación equitativa de responsabilidades de cuidado, a lo cual denomina «cuidados democráticos», bajo la idea de que nadie debería ser excusado de cuidar por tener otras responsabilidades.

Si bien es evidente que hay que preservar el cuidado, la capacidad de cuidar y favorecer las condiciones que hacen posible su organización social y la continuidad de provisión, la gente debe democratizar y cambiar cada institución de la que forma parte: familia, amistad, trabajo, comunidad. Aquí reside el cambio. El poder de la *ética del cuidado* reside en cómo entiende la vida cada uno: cuidarse es lo más importante. Nada más congruente con la actual pandemia: si yo me cuido, también cuido la salud de los demás; si los demás se cuidan, simultáneamente cuidan mi salud.

Joan Tronto defiende la importancia del cuidado en las sociedades democráticas. Permite cuestionar el discurso del empoderamiento individual y la competitividad dentro de estrategias de desarrollo y de transversalidad, al plantear una

ética del cuidado feminista que reta los valores del neoliberalismo al dotar de un lenguaje moral alternativo que hace énfasis en nuestra vulnerabilidad compartida y provee una nueva solidaridad global entre mujeres, y más aún, una nueva propuesta de equidad de géneros al proponer una repartición equitativa del cuidado. Marian Barnes ya nos había planteado que “el cuidado es un asunto político”.

El sistema de salud debe repensarse. Hay que considerar un cambio en las necesidades y capacidades para el cuidado: todas las personas somos, en diferentes momentos de nuestras trayectorias vitales, dadores de cuidado o sujetos del mismo, nos interesamos, nos encargamos, recibimos cuidado, respondemos a él y confiamos en que pueda seguir siendo provisto. Pero el sistema de salud actual no está diseñado para que la salud dependa de él: es ineficiente, indigno y violento, no solo para las mujeres que acuden a él, sino para las mujeres que participan en él. Se basa en principios de asistencialismo y en algunos casos lo que realmente interesa es el fortalecimiento de redes clientelares, de cacicazgos.

El re-conocimiento de parte del *Corpus Médico* en tanto que identifica un conocimiento que poseen por experiencia, y en tanto que se admite que las cosas suceden así (*Habitus Médico*), constituye uno de los fundamentos para la transformación efectiva de las condiciones que posibilitan la violación de los derechos de las mujeres de y en los servicios de salud.

Según Andrés Restrepo, enfermero jefe del Hospital San Ignacio de Bogotá, se debe cuestionar

no tanto la falta de formación del personal de salud como el tipo de formación recibida ya que el discurso médico tradicional es eminentemente biologicista, hegemónico (niega los demás saberes) y patriarcal, y se refuerza a través de la denominada “objetividad científica”. Es necesario reconocer relaciones ciudadanas con las usuarias de los servicios de salud, es decir, relaciones basadas en la igualdad y en el conocimiento y reconocimiento de los derechos de salud y reproductivos. Esto implica además reconocer el parto como un evento fisiológico y no un evento patológico y no penalizar la violencia ginecoblástica⁵ sino entender sus orígenes culturales e incidir en ellos. Por lo tanto, las intervenciones para prevenir las violencias basadas en género en salud, incluyendo la violencia médica y ginecoblástica, deben ser a estos dos niveles: no es solo plantear la realización de posgrados en Derechos Humanos, Derechos Sexuales y Reproductivos, sino incluir en todos los niveles de formación la perspectiva de género que nos permita desaprender lo que aprendimos mal y aprender nuevas pautas de relacionamiento, por medio de una reflexión individual que nos lleve al reconocimiento de una “biografía machista (patriarcal)”.

Está claro que las condiciones de posibilidad del ejercicio de la violencia médica y ginecoblástica contra las mujeres están dadas no solo por el *habitus autoritario generizado* del personal de

5 La violencia ginecoblástica es aquella ejercida por un profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Constituye una violación a los Derechos Humanos tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la protección de la salud como un derecho humano.

salud, sino por la *condición de opresión* desde la que actúan las mujeres que acuden a estos servicios. Por esto es necesario promover la *ciudadanización de la salud*, es decir la subjetivación de los derechos por parte de las mujeres que participan y las que acuden a los servicios de salud, que conlleve a una ciudadanía que implique la apropiación, ejercicio y defensa de sus derechos en materia de salud, salud sexual y reproductiva, sin olvidar que dicha subjetivación está atravesada por las desigualdades de género, clase, etnia, etc. La cuestión no es solo mejorar las condiciones de acceso a servicios de salud, sino mejorar la calidad de estos.

Para ello es necesario generar propuestas desde las *pedagogías feministas* que promueven la deconstrucción de las categorías identitarias hegemónicas, de los mandatos de género asociados y las narraciones androcéntricas. Como parte de la subjetivación de los derechos se debe reconocer y fortalecer la categoría de resistencia/agencia o capacidad de las mujeres frente a la violencia patriarcal/machista (individual e institucional), a través del empoderamiento entendido como el reconocimiento de la mujer como sujeto de derechos, con su capacidad de denuncia y organización social, reconociendo la diversidad de las mujeres, pero haciendo énfasis en la inclusión⁶. Esto implica un cuestionamiento de la expectativa de cuidar que se hace para no repetir la asignación generizada del cuidado, es decir, aprendamos de experien-

6 Diversidad: rasgos y características que hacen a las personas únicas. Inclusión: normas y comportamientos sociales que aseguran que todas las personas son bienvenidas.

cias pasadas para no repetir los errores en la intervención social y así evitar poner el maíz en el lugar equivocado.

Finalmente, es necesario visibilizar el fenómeno de la violencia genérica y sexual en el sistema de salud, incluyendo la violencia médica y ginecobstétrica, crear grupos de apoyo a sus víctimas y producir investigación social alrededor del tema. Es decir, generemos acciones que nos permitan salir de la pandemia como mejores personas, como mejores ciudadanas y con mejor salud.

Bibliografía

Aguilar, Fidencio *et al.* (2020). *Cuidar al otro: consideraciones bioéticas ante la pandemia del Covid 19*. Querétaro, Méjico: CISAV.

Al Adib, M. e. (Enero-Marzo de 2017). *La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los Derechos Elementales de la mujer*. Obtenido de Medicina Legal de Costa Rica. Revisión bibliográfica.

Ariza-Sosa, G. R., Gaviria, S., Geldres-García, D., & Vargas-Romero, R. (2015). Hombres cuidadores de vida: formación en masculinidades género sensibles para la prevención de las violencias hacia las mujeres en Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

Bosch-Fiol, E., & Ferrer-Pérez, V. A. (2019). El Modelo Piramidal: alternativa feminista para analizar la violencia contra las mujeres. *Revista de Estudios Feministas*, e54189.

Caracol, N. (04 de Abril de 2020). *Mundo*. Obtenido de ¡Ciao Lorena!

Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria*. Cuernavaca, México: UNAM.

Domínguez-Alcón, C. (2020). Lo esencial de cuidar: qué debería preocuparnos hacia el año 2050. *Index Enfermería*, Vol 27 no. 4.

Guterres, A. (2020). Ante el aumento de la violencia doméstica por el Coronavirus, Guterres llama a la paz en los hogares. *Naciones Unidas*.

Heise, L. (1 de junio de 1998). *Violence against women: An integrated, ecological framework*. Recuperado el 1 de mayo de 2019, de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801298004003002>

Herrera, C. (2018). *Mujeres que ya no sufren por amor: transformando el amor romántico*. Madrid: Los libros de la catarata.

Izquierdo, M. J. (2016). El cuidado de los individuos y de los grupos: quién se cuida. *Debate Feminista*, 70-84.

Jagsdi, R. e. (2016). Sexual harassment and discrimination experiences of Academic Medical Faculty. *JAMA*, 315(19), 2120-2121.

Judicial, R. (2020). Llamadas para reportar violencia intrafamiliar se han disparado en esta cuarentena. *El Espectador*.

- Maldonado, J. E. (30 de junio de 2020). Estigmatización y agresión a los trabajadores de la salud. *Iladiba*.
- Martínez, I., & Bernados, A. (24 de febrero de 2018). *¿De qué hablamos cuando hablamos de pedagogías feministas?* Recuperado el 1 de mayo de 2019, de Rebelión: Feminismos y educación: <https://www.rebelion.org/noticia.php?id=238316>
- Méndez, I. D. (2018). *Una dosis de salud para las mujeres por favor. La "objetividad científica" las mantiene enfermas*. Recuperado el 1 de mayo de 2019, de Huri-age: Papeles el tiempo de los derechos.: <https://redtiempodelosderechos.files.wordpress.com/2018/02/wp18-derechosalud.pdf>
- Molinier, P. &. (2016). Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político. *Papeles del CEIC*.
- Mooten, N. (2016). Toward a Postcolonial Ethics of Care. *Ethics of Care*.
- Multi-institucional. (Mayo-Junio de 2019). Gender Equality, Norms and Health (Series). *The Lancet*.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina. En A. Quijano, *La Colonialidad del Saber: Eurocentrismo y Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Restrepo, A. (17 de abril de 2018). <https://www.cinep.org.co/Home2/component/k2/571-violencia-obstetrica-en-colombia.html>. (M. Osorio, entrevistador)
- Rghuram, P. (2019). Race and feminist care ethics: intersectionality as a method. *Gender, Place and Culture: A Journal of Feminist Geography*, 613-637.
- Salud. (29 de abril de 2018). *Seguir Salud*. Recuperado el 26 de mayo de 2019, de <https://www.eltiempo.com/vida/salud/ley-sobre-violencia-obstetrica-es-rechazada-por-especialistas-210668>
- Smith, J. L. (20 de diciembre de 2018). #MeToo in Medicine: Year in review. *Ogletree Deadkins*.
- Tamayo, J. e. (2015). *Violencia Obstétrica y Aborto. Aportes para el debate en Colombia*. Bogotá: Grupo médico por el derecho a decidir.
- Távora, A. (2001). El género y los esquemas de referencia en salud mental. En C. Miqueo, & C. Tomás, *Perspectivas de género en salud*. (pp. 199-235). Madrid: Minerva.
- Tronto, J. &. (1990). Toward a feminist theory of caring. En E. A. Nelson, *Circles of care* (pp. 36-54). Suny Press.
- Urrego-Mendoza, Z. C. (2017). Mujeres y médicas: semblanza de las primeras estudiantes de medicina en la Universidad Nacional de Colombia durante inicios y mediados del siglo xx. *Working Paper*.
- Young, P. (2012). Bronceosis: enfermedad especulativa por depósito de bronce. *Revista Médica Chilena*, 824-825.