

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Análisis del patriarcado y género en la Residencia Médica en Bolivia

Analysis of patriarchy and gender in medical residency in Bolivia.

Fernandez-Peralta Marcel Otto*
Alcazar-Espinoza Karina Luisa**

FPMO Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3548-109X>

*Gestor de calidad y Auditor Médico CNS.

DOI: <https://doi.org/10.53287/btnn9915ve95f>

marcel1136@hotmail.com

AEKL: Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5279-8235>

**PhD. Ciencias y Humanidades, Docente de grado y postgrado dentro el Sistema de la Universidad Boliviana.

kluisa@hotmail.com

Recibido: 30/08/2022

Aceptado: 03/11/2022

RESUMEN

El sistema de residencia médica tiene el propósito de la formación de médicos generales en especialistas en distintas áreas médicas. Los mismos pasan por un proceso de formación biológico, social y político; sin embargo aspectos de gran importancia como el género y patriarcado deben tomarse en cuenta en la formación integral del profesional con el fin de evitar efectos no deseables en la actividad hacia sus pares y la población. el presente artículo hace un análisis de estos aspectos en el desarrollo del residente durante su carrera profesional y los aspectos potenciales que pueden desencadenar en los mismos como la necesidad de un análisis profundo para una residencia médica integral en nuestro medio.

Palabras Clave: Residencia médica, Patriarcado, Género.

ABSTRACT

The medical residency system has the purpose of training medical doctors in specialists in different medical areas. They go through a process of biological, social and political formation; however, aspects of great importance such as gender and patriarchy must be taken into account in the comprehensive training of the professional in order to avoid undesirable effects on the activity towards their peers and the population. This article analyzes these aspects in the development of the resident during his professional career and the potential aspects that can trigger them, such as the need for an in-depth analysis for a comprehensive medical residency in our environment.

Key Words: : Medical residency, Patriarchy, Gender

INTRODUCCIÓN

El sistema de residencia médica tiene el propósito principal la formación de conocimientos, destrezas y habilidades de médicos generales en especialidades que ellos deseen y/o estén disponibles en una determinada región y en la institución que le sea asignada o escogida acorde a normas y leyes vigentes en un determinado país o región. En el caso de Bolivia está dirigida por el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial Investigación e Interacción Comunitaria (CNIDAIC) conformado desde la gestión 2011 y reforzado de forma técnica por el Comité Regional de Integración Docente Asistencial Investigación e Interacción Comunitaria (CRIDAIC) que está presente en los 9 departamentos y proporciona toda la información y competencias de la formación académica de los residentes. Este comité está regulado a través de la Norma de la Residencia Médica que se actualiza cada gestión y establece la formación de profesionales en el área clínico médica, clínico quirúrgico y clínico social bajo principios de equidad, interculturalidad, ética, intersectorialidad, género, igualdad, calidad y calidez^{1,3}.

Es decir que la normativa establece la formación de especialistas y sub especialistas en el marco biomédico y de interculturalidad enfocado en el desarrollo del cuerpo biológico, social y político para la respuesta a las necesidades de la población. Sin embargo, en términos prácticos en implementación e integración de los principios del sistema de residencia existen aspectos que deben mejorarse de forma crítica en los profesionales como lo es el patriarcado y la equidad de género en las instituciones de salud lo cual afecta el desarrollo profesional, produce desautorización, patologización, culpabilización y fragmentación del cuerpo de las profesionales en formación constante¹.

DESARROLLO

El patriarcado en la residencia médica

El patriarcado está presente en todas las instituciones y obviamente las de salud no están exentas. Este fenómeno ha hecho que las mujeres queden rezagadas de forma sutil de cargos jerárquicos, minimizadas en sus actividades,

exclusión de actividades que normalmente están “destinadas” a profesionales masculinos como el área quirúrgica⁴.

Estefenómeno hizo que las residentes y profesionales femeninas sean llevadas a actividades de menor dificultad llegando incluso a la infantilización de su quehacer diario que llegan ser algo cotidiano en la actividad asistencial y académica en ellas.

A su vez esto da como resultado que ciertas especialidades sean para mujeres y otras para varones de forma exclusiva, haciendo que si una mujer por ejemplo acceda a una rama quirúrgica tendría una serie de obstáculos en una especialidad que es de preferencia de hombres y viceversa, por ejemplo en el campo de ginecología o pediatría. Es decir que se produce como consecuencia una selección de especialidades que son solo para hombres o mujeres^{4,5}.

Esto produce una desautorización ya desde la selección de especialidad hasta el curso de la misma haciendo que se haga algo rutinario por la mujer. Esto produce una serie de mecanismos como menciona Sadler, Michelle⁶ de homogenización no respetando su cultura y saberes muy asociado a los principios de la residencia médica como por ejemplo de acciones de etnocentrismo cultural por ser profesionales de zonas rurales, culpabilización de sus actividades por ser más débiles y más sensibles como por ejemplo en procedimientos quirúrgicos, instalación de vías, atención de urgencias, liderazgo dentro del quirófano en cirugías de urgencia, contaminación donde ella queda ajena a acciones, actividades o competencias “hechas exclusivamente” para hombres como estudios de investigación amplios o ser jefe de residencia, patologización y fragmentación en caso que ellas se embaracen haciéndoles ver como una enfermedad sin tomar en cuenta todo el aspecto social y cultural de ellas y hasta vergüenza dentro del servicio o institución en el que se encuentren.

Todo esto es continuo haciendo ya una naturalización de todos estos procesos y sumando que gran parte de los programas hospitalarios tienen enfoque biomédico en la gran parte de malla curricular, hacen que el patriarcado y los mecanismos de desautorización se queden y las mujeres por miedo

a las represalias producto de la naturalización no hagan acciones y sean cada vez más sometidas llegando posteriormente a episodios ya de abuso y violencia en ellas como consecuencia final.

Gracias a una formación verticalista donde la autoridad máxima en un servicio unidad pasa por el jefe de servicio o unidad que en su mayoría es hombre, la jerarquización en algunas situaciones produce acciones de abuso llegando a la violencia en casos críticos; siendo la psicológica la más frecuente y las mujeres las más afectadas como menciona en un estudio de Evangelina Montes-Villaseñor y col⁵. Esto da como resultado un rendimiento menor en sus actividades asistenciales, pedagógicas y sobre todo en el paciente disminuyendo la calidad del servicio. Además, dentro de los grupos más afectados se encuentran los profesionales de los primeros años debido a la jerarquización vertical dentro de los servicios produciendo en ellos cambio o abandono de la residencia. A esta situación contractual que tienen los residentes en caso de Bolivia y en instituciones de seguridad social de corto plazo al ingresar y tienen al abandonar pagando todo lo adquirido y con pérdida de acceder al examen de ingreso por dos años seguidos¹; es decir que, el patriarcado instaurado y los mecanismos de desautorización no solo afecta el ámbito del cuerpo de la mujer residente, sino más allá llegando a aspectos administrativos y legales^{6,7}.

Estas relaciones de poder hegemónico convierten a los residentes sobre todo en las mujeres de de sujetos a objetos de producción de biomedicina donde simplemente el cumplimiento de acciones o no llevarán al éxito de la profesional sin tomar aspectos integrales que están ya establecidos por norma y deben ser cumplidos con el fin de formar profesionales integrales para el paciente y la comunidad⁷.

Ahora como se mencionó el patriarcado en si puede afectar a las residentes mujeres por medio de mecanismos varios que son como extensiones que dan una limitación a la actividad a las residentes con compromiso personal, social, cultural, administrativo y legal como menciona Marcia Villanueva Lozano⁷, en una serie de aspectos que se comparten mucho en nuestro medio.

La jerarquización

En la residencia médica Boliviana una vez que el médico general aprueba el examen de competencia, firma un contrato que es renovado cada gestión y posteriormente acude al centro que el escogió o es asignado acorde a prelación de notas. Una vez en el centro, el médico se presenta al Jefe de Enseñanza que es la máxima autoridad de un hospital o institución en salud en cuanto a educación e investigación para estudiantes de pre grado y postgrado y el presenta al novel residente al docente responsable también llamado coordinador de enseñanza quien tiene la función de regularizar las actividades biomédicas e interacción del residente dentro del servicio donde él se desenvolverá y realizará sus actividades. A su vez el docente responsable le presentará al jefe de residentes de servicio quien es el residente con mayor antigüedad y/o mejor nota asignado por docente responsable quien coordinará las actividades asistenciales y pases de guardias y la asistencia. Finalmente dentro del servicio está el jefe de servicio propiamente dicho quién controla toda la unidad en sentido administrativo y la enfermera de piso quienes de forma indirecta controlan la actividad asistencial del nuevo residente¹.

Con este sistema se genera una línea de mando la cual como consecuencia forma un disciplinamiento basado en premios o castigos basados en el comportamiento, actividad asistencial y relaciones del residente con sus inmediatos superiores que es variado de acuerdo al tipo de especialidad, adicionando que los cargos mencionados están siendo llevados por hombres en su mayoría en especialidades o sub especialidades son hombres, por lo que basados en esta línea de mando genera limitación, fragmentación y desautorización de la residente al estar en un sistema que aparte de ser de mando y orden al cual no está acostumbrada hay un patriarcado jerárquico el cual adicionalmente deben soportar⁵.

El aislamiento

Una vez que los residentes son presentados a los servicios, inician su actividad de 12 horas con tiempos de almuerzo los días hábiles y guardias respectivas cada 3 o 4 días de acuerdo al servicio con salida al terminar la guardia luego de estar 6 horas adicionalmente

En aspectos de guardia en fin de semana o días feriados debido al punto de jerarquización y autoridades en su mayoría a cargo de hombres en servicios sobre todo quirúrgicos, las guardias en su mayoría a las mujeres son asignadas en fin de semana domingo y feriados haciendo que los tiempos sean reducidos y sean sometidas a estrés constante sin momento de descanso fuera de la institución. Otro aspecto es que dentro de las normativas propias de cada servicio, si bien se toma en cuenta el aspecto de embarazo, parto y puerperio y los tiempos asignados hasta los 6 meses de edad del infante, no se considera luego el aspecto de cuidado y relación familiar y social de una residente madre y/o pareja dentro del establecimiento en los niños, sin considerar aspectos sociales, económicos o culturales familiares limitando y desautorizando a la mujer en este aspecto y en caso que estos no se cumplan, la sanción es para ellas acorde al reglamento vigente⁷.

Trato preferencial

Gracias a la jerarquización, se observa que existe también una desigualdad de género en las residentes mujeres con respecto a los hombres. Sin embargo este aspecto se observa que va más allá. Se tiene por ejemplo en el caso de castigos que son más severos en las mujeres que los varones, la actividad académica tiene más tolerancia en tiempos y contenido, la forma de consideración del cuerpo de las residentes es reducida a objeto de mercantilización sexual y trabajo llegando procesos de infantilización de la actividad biomédica que realizan, incluso como mujer biológica minimizando del embarazo produciendo culpabilización de su cuerpo como aspecto biológico y social formando una alienación de sus actividades a los formatos asignados por la jerarquía médica. Es decir que las consecuencias de este fenómeno son la discriminación y el acoso sexual⁸.

La discriminación como consecuencia de mercantilización del cuerpo de la mujer residente como objeto sexual y de trabajo hace que no se analice más allá de su aspecto biológico, dejando el intelecto, relación social, cultura, integración, honestidad y entre otros valores fuera de la formación de ellas; como consecuencia esto genera una falsa protección y desigualdad hacia las residentes mujeres de trato preferencial invertido con el fin de

obtener favores; esto en caso de no ser tomado en cuenta puede llevar a acciones de violencia en contra de ellas con severas consecuencias^{7,8}.

CONCLUSIÓN

De lo mencionado se evidencia que existe tanto una desigualdad de género por patriarcado enmarcado en una jerarquía estricta basada en experiencias propias sin integración con lucha de poderes que en su mayoría favorece al hombre residente. Gracias a esta situación compleja existe efectos dañinos al cuerpo propio, social y político de la mujer dando como resultado una desautorización de sus acciones, mercantilización de su cuerpo y actitudes sociales como culturales, infantilización de sus acciones asistenciales y académicas.

En el caso de residencia médica en nuestro medio este fenómeno de patriarcado este traducido por medio de la jerarquización donde los cargos superiores que por mayoría estadística son varones, ejercen presión en los residentes más jóvenes, siendo las más afectadas las mujeres. En ellas se genera un fenómeno de desde la desnaturalización hasta la alienación, produciendo en ellas efectos en su salud biológica, psíquica, social y profesional dando un crecimiento personal no acorde a sus necesidades y expectativas^{6,7}.

Por lo tanto son necesarias medidas para prevenir, controlar y sobre todo evitar en este personal de salud en formación. Las medidas deberían partir de forma inicial en el campo legal en la norma CRIDAI¹, donde se recomendaría incluir en la terminología aspectos de machismo, jerarquización y sobre todo discriminación y violencia así como un capítulo de acciones que el afectado(a) puede realizar ante instancias que correspondan.

Posteriormente en el campo técnico, es decir en los centros formadores que son los hospitales es necesario la capacitación sobre género y discriminación a las autoridades enfocado en equidad de funciones, deberes y tareas; así como espacios de conversación con las jefaturas o departamento respectivo para hablar de forma abierta de estos temas tanto por médicos como por residentes⁴.

En el campo personal es decir del médico residente, si bien dentro de la normativa actual establece el examen físico y psicológico anual, es necesario al inclusión de análisis social por profesionales calificados y/o capacitados para ver de forma íntegra a los residentes antes y durante su formación, para identificar factores que necesitarían apoyo constante^{1,2,4}.

Como un elemento adicional para que ellos tomen la importancia de este tema no solo en su perspectiva personal, sino hacia el paciente y su entorno se debería permitir una mayor amplitud a los estudios cualitativos en los médicos residentes para dar importancia al aspecto social de la salud y no solo

biológico apoyado por sus docentes formadores y departamentos respectivos^{3,11}.

La residencia medica es el pilar de formación asistencial hospitalario como comunitario que necesita una integración medica social y cultural con el fin de analizar un estado de salud previo, un desenvolvimiento de procesos asistenciales equitativos. Las acciones que lleven a cabo nos van a permitir tener el inicio de situación social y cultural de los residentes; la cual partirá de un relativismo cultural a una equidad de poder de género dejando atrás los etnocentrismos culturales formados por un patriarcado jerárquico enfocado en una formación biomédica totalitaria.

REFERENCIAS

1. Reglamento del comité nacional de integración docente asistencial e investigación y del sistema boliviano de residencia MÉDICA - PDF Descargar libre [Internet]. [citado 5 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/62801725-Reglamento-del-comite-nacional-de-integracion-docente-asistencial-e-investigacion-y-del-sistema-boliviano-de-residencia-medica.html>
2. Córdova Roca S, Loza Chacón F. La historia de la residencia médica en medicina interna en Bolivia. *Educ Médica*. 1 de julio de 2018;19:12-8.
3. Villazón-Urquidi J. Importancia De La Investigación En La Formación De Médicos Residentes De Bolivia. *Rev Méd-Científica Luz Vida*. 2012;3(1):73-4.
4. Pagotto VL, Giunta DH, Dawidowski AR. Enfoque de género en las residencias médicas de un hospital universitario. *Med B Aires*. junio de 2020;80(3):219-28.
5. Montes-Villaseñor E, García-González J, Blázquez-Morales MSL, Cruz-Juárez A, De-San-Jorge-Cárdenas XM del C, Montes-Villaseñor E, et al. Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *CienciaUAT*. junio de 2018;12(2):54-66.
6. Sadler Spencer MM. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. 2004 [citado 5 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122662>
7. Villanueva M. Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Rev Interdiscip Estud Género El Col México*. 30 de junio de 2019;5:1.
8. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria : violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. 320 p.
9. Lázaro AI. Cuerpos al natural: la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado. *Rev Pilquen*. septiembre de 2017;20(3):82-94.

10. Sossa Rojas A. Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. Polis Rev Latinoam [Internet]. 20 de abril de 2011 [citado 5 de agosto de 2022];(28). Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/1417>
11. Kaufman JS, Mezones-Holguín E. Una epidemiología social para América Latina: una necesidad más allá de la reflexión sobre las inequidades en salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. octubre de 2013;30(4):543-6.