

Subjetividades de médicas y médicos en su encuentro con víctimas de violencia sexual en hospitales universitarios de Medellín, Antioquia, 2021-2022

Subjectivities of female and male physicians in attending victims of sexual violence in university hospitals in Medellín, Antioquia 2021-2022

Sandra-Patricia Moreno-Realphe^a

 <https://orcid.org/0000-0002-1465-2136>

E-mail: spmoreno@ces.edu.co

^aUniversidad CES, Facultad de Medicina, Área Salud Pública, Medellín, Antioquia, Colombia.

Resumen

Objetivo: Comprender la expresión de las subjetividades de médicas(os) en su encuentro con víctimas de violencia sexual en urgencias hospitalarias. **Metodología:** Investigación cualitativa, diseño de caso colectivo, con enfoque etnográfico, con la elaboración de un diario de campo, dos itinerarios institucionales, dos entrevistas a coordinadoras, diez entrevistas en profundidad a médicas(os) y un encuentro reflexivo. **Resultados:** Se identificaron cuatro momentos en el recorrido de la víctima, y en ellos emergieron expresiones subjetivas que se agruparon en formas de reconocimiento y mecanismos. Se incorporaron el campo médico en el subcampo medicina moderna en sus hábitos, sus prácticas clínicas vulneraron a las víctimas de violencia sexual. Por el contrario, si se apartaron de las lógicas que impuso el campo médico, sus prácticas se tradujeron en un cuidado comprensivo. **Discusión:** El no reconocimiento conduce a la imposibilidad del ejercicio de la ciudadanía de la salud; sus mecanismos parten de procesos de socialización desde sus constructos sociohistóricos que se ven reforzados por el modelo médico hegemónico y el campo médico generando tensión entre las lógicas prácticas de médicas(os) y las necesidades de las víctimas. Sin embargo, se observa una fractura de dicho modelo como una posibilidad de transformación hacia un cuidado comprensivo.

Palabras clave: Violencia Sexual; Género; Subjetividades; Derecho a la Salud; Educación Médica.

Correspondencia

Sandra-Patricia Moreno-Realphe
Calle 10A 22 04, Medellín. Antioquia, Colombia. CEP 050021

Abstract

Objective: To understand how physician's subjectivity is expressed while attending to victims of sexual violence at emergencies. **Methodology:** Qualitative research, a collective case design with an ethnographic approach, via the elaboration of a field journal, two institutional itineraries, 12 in-depth interviews to leaders and doctors and one workshop. **Results:** There were four moments identified on victim's itinerary at emergencies services, in each moment emerged subjectivity's expressions, that could be organized on forms of subjectivity and their mechanisms within. If the physicians embodied the modern medicine, a subfield of medicine, into their habitus, their practices tend toward the revictimization of their patients. In the other hand, if doctors do not embody such practices and assume a critical posture about it, they tend toward a comprehensive care. **Discussion:** The non-recognition of such practices leads to the impossibility of exercising health citizenship, its mechanisms are a result of socialization processes from sociohistorical constructs that are reinforced by hegemonic medical model and the medical field., generating tension between practical logics of physicians and the needs of the victims. However, a fracture of this model is observed as a possibility of transformation toward comprehensive care.

Keywords: Sexual Violence; Gender, Subjectivity; Right to Health; Medical Education.

Introducción

La violencia sexual como fenómeno global es la expresión de una sociedad patriarcal y desigual, con un sistema de relaciones de poder y dominación en que se niega la ciudadanía a niñas, niños y mujeres, y se les subordina, reduciéndolas(os) a objetos de consumo, a bienes materiales transables, a botín de guerra, entre otros. (Goinheix Costa, 2012) Es considerada un crimen de lesa humanidad por la Corte Penal Internacional (CPI) por ser una violación de los derechos humanos, que produce un daño moral en lo individual y en lo colectivo, en la memoria histórica y en el capital social de las comunidades. Así mismo, es reconocida como un asunto de interés en salud pública (OMS, 2013) por su magnitud, severidad y tendencia al sub registro. (Bott et al., 2012; Linhares; Torres, 2022; OMS, 2021).

Por ello, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrollaron mecanismos legales y procedimentales para atender de manera integral a víctimas de violencia sexual en el sector salud, los cuales se materializaron en un conjunto de normas para garantizar dicha atención con enfoque de derechos, género y diferencial. Sin embargo, existe una distancia entre su disponibilidad y la realidad de los servicios de salud en que se reporta la imposibilidad de las víctimas para el ejercicio de sus derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, por demoras en la provisión de los servicios de salud. Esta situación lleva a la revictimización (Jakubec; Carter-Snell; Ofrim; Skanderup, 2013) cuyas consecuencias son visibles en alteraciones de la salud mental, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y la no adherencia al tratamiento. (Agudelo et al., 2007; Lehrer; Lehrer; Oyarzún, 2009; Gallo Restrepo; Molina Jaramillo, 2008).

Adicionalmente, se encontraron aspectos que van más allá de las deficiencias estructurales y del sistema de salud actual y que configuran barreras en el acceso a una atención basada en el reconocimiento y una ética del cuidado. Estos aspectos pudieran estar relacionados con la influencia del campo y del habitus médico. La categoría habitus médico autoritario desde un análisis sociológico ha sido abordada

por Roberto Castro en la Universidad Nacional Autónoma de México, quien en sus postulados ofrece una alternativa para hacer un análisis crítico y a profundidad de los mecanismos que se presentan en ese encuentro entre profesional de la salud y víctima sobreviviente de violencia sexual. Este autor logra visibilizar de una manera secuencial y coherente cómo se organizan, jerarquizan e idealizan las relaciones entre los sujetos en el contexto de la práctica médica específicamente. Este contexto que se denomina ambientes médicos autoritarios, y sobre los cuales no se han centrado las investigaciones ni los procesos de formación de profesionales que, por el contrario, se han enfocado en una “educación para la amabilidad” sin profundizar acerca de las condiciones de posibilidad del autoritarismo médico. (Castro; Erviti, 2015).

Castro define campo médico como “una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones” que regula la cuestión sanitaria en lo comercial, político, profesional y científico, cuyo propósito es lograr su eficiencia. Las instituciones del campo son las escuelas de formación, las instituciones prestadoras de los servicios de salud, los centros de investigación y las asociaciones profesionales. Y en ellas, los actores y actrices ministran diferentes disciplinas de la salud. Al interior de dicho campo médico el autor identificó dos subcampos; el de la medicina moderna como aquel en una posición de privilegio y el de las medicinas tradicionales y alternativas en una posición de subordinación. (Castro Perez; Villanueva, 2019). En este artículo se analiza el subcampo de la medicina moderna, específicamente el de la clínica práctica que es el escenario donde se realiza la atención de urgencias a víctimas de violencia sexual.

El habitus médico, por su parte, se define como un conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de significados y prácticas durante el proceso de formación médica y la cotidianidad del ejercicio clínico. Lo anterior se realiza por medio de tres mecanismos: el disciplinamiento sistemático, la jerarquía y el disciplinamiento de género. Esto representa el aparato de la educación médica, que con base en los hallazgos de Castro y col. genera transformaciones en los(as) médicos(as) que, posteriormente,

en conjunción con otros elementos conducen a las violaciones de los derechos y el maltrato que sufren las mujeres en el ámbito hospitalario en el espacio de la salud sexual y de la salud reproductiva.

Todo lo anterior podría llevar a una vulneración de los derechos de las víctimas de violencia sexual por hacer inteligible (Foucault, 1981) la posición biomédica de poder y control, así como la aplicación de dispositivos de regulación de la sexualidad según el género. (Sosa-Sánchez; Erviti, 2017; Sosa-Sánchez; Menkes-Bancet, 2016). Sin embargo, en la actualidad no son visibles estudios con un enfoque crítico y comprensivo que aborden específicamente la problemática de violencia sexual, que es el enfoque propuesto en este trabajo, con un bricolaje teórico entre sujeto, subjetividad, género y salud pública.

Por todo lo anterior, desde la perspectiva de la autora, las expresiones de la subjetividad deben ser analizadas con base en la noción de sujeto y como este sujeto está en capacidad de generar transformaciones, en este caso en la atención a víctimas de violencia sexual a pesar del peso que representa el aparato médico. Por ello, en este artículo se adopta una idea de sujeto que se da en la suposición de Hegel, basada en el reconocimiento intersubjetivo (Honneth, 1997a), y que, a su vez, está atravesado por la categoría género, la cual, como construcción sociocultural, reconoce a las personas inmersas macro y microsociológicamente en relaciones de poder, generando diferentes tipos de interacciones entre mujeres y hombres, que tradicionalmente responden a una lógica patriarcal y heteronormativa. (Venegas, 2017). En este caso particular, se trata de interacciones en ambientes institucionales dedicados a la formación médica y la atención en salud, en cuyas prácticas se han identificado mecanismos y dispositivos que pueden perpetuar dinámicas inadecuadas en la atención en salud a un/a sobreviviente de violencia sexual (Castro Perez; Villanueva, 2019; Castro, 2014a; Castro; Erviti, 2015).

Este enfoque reconoce un sujeto activo que, en su dimensión simbólica por medio de la discursividad y la práctica, tiene el potencial para ejercer la reflexividad y la resistencia (subjetivación), creando espacios de atención en salud para sobrevivientes de violencia sexual donde se garantizan y restablezcan

sus derechos. (Gorriti, 2015) Todo lo anterior en el marco de una Salud Pública con una perspectiva sociocrítica, la cual sugiere como camino ese diálogo entre sujeto y sociedad, comprendiendo que como sujetos tenemos márgenes de autonomía y capacidad creativa (Benhabib, Bonss; McCole, 1995).

Materiales y métodos

Se planteó un diseño de caso colectivo, con enfoque etnográfico, para obtener descripciones en primer plano y a profundidad del contexto de aquello que piensan, sienten y la manera cómo actúan médicas(os) en el encuentro con víctimas de violencia sexual en el ámbito hospitalario, donde los límites entre el contexto y el fenómeno no son claramente evidentes y donde reconoce a quien investiga como instrumento, como intérprete de los acontecimientos en su contexto sin que se pretenda extrapolar dicha comprensión a la totalidad de la población; suponiendo el reconocimiento de la relación dialéctica en contextos en tensión, como el hospitalario, donde se pueden reproducir prácticas de no reconocimiento de la otredad que podrían llevar a la revictimización.

Población

Médicas(os) a cargo de la atención en urgencias a víctimas de violencia sexual.

Muestreo

Por conveniencia constituido por médicas(os) que accedieron participar en el estudio y que tuviesen experiencia en atención a víctimas de violencia sexual en una institución hospitalaria superior a un año.

Técnicas de investigación

a) Entrevistas etnográficas; b) Diario de campo como registro sistemático de aquello observado, sentido y vivido en el ámbito hospitalario y como ejercicio de reflexividad; c) Reconstrucción de la trayectoria de las víctimas al interior del hospital; y d) Encuentro reflexivo y de creatividad social (Arnanz, Caballero, Hernández, Martín, & Villasante,

2019). La recolección de la información tuvo varios escenarios y participantes. La experiencia de reconstrucción de la trayectoria se realizó en dos hospitales; y las entrevistas a coordinadoras de gestión y atención se llevaron a cabo en dos hospitales y un centro de salud. Por su parte, el encuentro con trabajadoras sociales hizo parte del proceso de reconstrucción de la trayectoria en uno de los hospitales; y las entrevistas a médicas y médicos tuvo participantes en su mayoría de uno de los hospitales donde se reconstruyó la trayectoria y otras(os) fueron profesionales con experiencia de más de un año en atención a víctimas de violencia sexual que aceptaron participar en el estudio. Se realizó prueba piloto para las entrevistas y, posterior a su transcripción y anonimización, fueron enviadas a las y los entrevistados para revisión y comentarios.

Procesamiento y análisis

Las técnicas de investigación aplicadas fueron audiograbadas y transcritas con el *software* Transcribe; el análisis textual (codificación y categorización) se efectuó en el *software* Atlas.ti; y la estructuración de información en matrices con Microsoft Excel. (Cárdenas Mejía, 2003). Incorporando la trayectoria construida, las entrevistas, el diario de campo y el encuentro reflexivo, se escribió el texto con una secuencia temporal siguiendo la trayectoria de las víctimas desde la llegada al servicio de urgencias. En esta se identificaron cuatro momentos y en cada momento se dio cuenta de las formas de expresión de subjetividad visibles en las narrativas y, por último, se abordaron aquellas expresiones que pudiesen dar cuenta de la incorporación de los niveles macro, meso y microsociológico, en los significados y prácticas de médicas y médicos.

Aspectos éticos

Estudio clasificado con nivel de riesgo mayor al mínimo y avalado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, mediante comunicación 21030002-0053-2020 del 13 de marzo

de 2020. Como beneficio potencial se planteó la generación de un espacio para la reflexividad y la resignificación acerca del cuidado de la salud en víctimas de violencia sexual. Se entregó consentimiento informado y se estableció un procedimiento de atención en caso de presentarse alteración emocional aguda. En el estudio no se presentaron casos de alteraciones emocionales. (OPS; CIOMS, 2016)

Resultados

Entre febrero y diciembre del 2021 se construyeron dos itinerarios institucionales, se realizaron dos entrevistas etnográficas a coordinadoras de la atención a víctimas sobrevivientes, diez entrevistas a médicas y médicos con experiencia en la atención en urgencias en diferentes niveles de complejidad y un taller encuentro pedagógico-didáctico. A partir de estas técnicas fue posible reconocer el recorrido que hacen las víctimas desde la entrada de urgencias hasta la salida de la institución. Se identificaron cuatro momentos: el ingreso a la institución donde se realizan pretriage, triage, facturación y espera en salas; la consulta con medicina, diligenciamiento de consentimientos informados, toma de exámenes; el ingreso a observación donde se realizan las valoraciones por psicología, trabajo social; y, por último, en el momento en que se da de alta a la víctima.

La descripción de los significados y prácticas en cada momento permitió agrupar cuatro formas de expresión de subjetividades en un espectro que se mueve entre expresiones básicas, resultado del proceso de socialización con una mirada estructuralista (Castro; Erviti, 2015), y expresiones que dieron cuenta de un proceso de subjetivación con una mirada reflexiva y crítica (Butler; Athanasiou, 2022).

Estas formas de expresión de subjetividades fueron las siguientes: a) las que no daban cuenta de la problemática, la naturalizaban, invisibilizaban y, en su cotidianidad, utilizaban lógicas prácticas y mecanismos de control hacia las víctimas, sus colegas y otras disciplinas; b) Subjetividades que reconocían la problemática en sus narrativas, pero en sus prácticas continuaban naturalizando y perpetuando la vulneración de los derechos; c) Subjetividades que reconocían la problemática y procuraban en sus prácticas cotidianas, con sus propios recursos,

establecer un encuentro comprensivo; d) Solo en dos casos, una subjetividad que reconocía, practicaba y propiciaba transformaciones para sí y para su entorno.

La mayoría de las(os) médicas(os) se situaron en el espectro de las dos primeras, en las cuales las condiciones de la atención integral a víctimas no podían transformarse porque “así funciona el sistema”, llevando a expresiones relacionadas con dificultades de capacitación, espacio, materiales y tiempo. Todas situaciones externas al sujeto y desde una perspectiva de la calidad de los servicios que únicamente centra su mirada en procedimientos y eficiencias. Lo anterior refuerza el análisis de Castro y col. que este modelo lleva a que las(os) profesionales sean funcionales al campo médico, reproduciendo su hegemonía.

Estas subjetividades se expresaban mediante mecanismos del lenguaje y de las prácticas, dependiendo del tipo de interacción establecida: médicas(os) con víctimas, médicas(os) con otros profesionales y, por último, entre médicas y médicos. Aquellos patrones situados como reconocimiento parcial o no reconocimiento se hicieron visibles en su interacción con víctimas de violencia sexual como mecanismos de control, como la culpabilización por no consultar antes, por ponerse en riesgo o por descuidar a sus hijas(os), la desacreditación de las víctimas como sujetos, descalificando su papel, esperando que colabore a pesar de su dolor, y la descalificación del conocimiento y de la experiencia de la víctima relativizando su relato (no creer) o evitando compartir los resultados de los exámenes. También manifiestan la naturalización de los atropellos desde una comprensión que no fue violencia sexual porque era la pareja, o trabajadoras sexuales o niñas mayores que eran asumidas como adultas, incluso violencia obstétrica, en este caso por medio de castigos físicos concretos, como inmovilizar a la víctima en lugar de aumentar la dosis de anestesia durante una interrupción voluntaria del embarazo.

Nosotros seguimos prefiriendo leer medicina interna y cosas pues médicas más específicas sobre atención de patologías, pero estas cosas que siguen siendo importantes, le sacamos el cuerpo. De pura pereza de estudiar, de leer algo distinto. (MD2Hombre)

Entonces dicen: ah, es tiene pinta de tal cosa, de más que no fue que la violaron, sino que se está

desquitando de esa persona. Eso es un comentario muy marcado. (MD3Mujer)

Adicionalmente, emergieron otros mecanismos de control, como la evasión, el evitar atender a víctimas de violencia sexual, por no ser un “tema médico” o porque no es una urgencia vital y, por último, el mecanismo del desahucio, en el cual en las narrativas se cuestionó la utilidad de la atención cuando “ya para qué” dando a entender que ya se ha perdido su valía como persona.

¡Para qué tiene que ir a una atención médica, un caso de hace 7 años por Dios, y más a urgencias! Pues por qué no lo maneja la psicóloga, un psicólogo, trabajo social sí, y ella podría determinar, pues si necesita una terapia psiquiátrica, etcétera. O a terapia médica. Pero si se desperdicia, pienso, mucho tiempo en la parte médica cuando ocurren casos así. (MD1Hombre)

Se identificó en las narrativas que estos mecanismos parten de procesos de socialización desde los constructos sociohistóricos sobre ser mujer, ser víctima de una vulneración que afecta la sexualidad, de lo que representa el cuerpo de la mujer o de la niña. Estas concepciones son el cimiento para el desarrollo de las condiciones en el campo médico como un encuentro/desencuentro entre las lógicas prácticas de médicas y médicos, y las necesidades de las mujeres y niñas en los servicios de salud. (Castro; Erviti, 2015)

Igualmente, se presentaron en la interacción entre médicas/médicos con otras disciplinas, reconociendo complicidad con auxiliares de enfermería, laboratorio, entre otros, en que se naturalizaban mutuamente las lógicas prácticas por medio de códigos y bromas. Y, por el contrario, una interacción descrita como conflictiva en el trabajo con otras disciplinas como es el caso de psicología y trabajo social; sobre todo, con trabajo social, en que se hizo visible una clara delimitación de los roles: “la parte médica” y “la parte social”.

Pudo identificarse, así, que la profesión médica impone y monopoliza los esquemas legítimos de la salud y la enfermedad sobre otras disciplinas paramédicas, como enfermería y atención prehospitalaria, en este contexto. Sin embargo, cuando otras disciplinas entran a disputar el campo como el trabajo social, se produce tensión como

respuesta a una supuesta amenaza del estatus que se da al interior de los hospitales, dado que es trabajo social quien decide “el alta segura” (salida), lo que podría atentar contra el campo y el habitus médico. Y en esta disputa, la víctima, se invisibiliza.

Mira, me cuestionó mucho la atención de trabajo social, primero porque las notas nunca están en la historia clínica. ¿Por qué, para qué es? No sé. Pues de las varias instituciones donde yo voy por mis otros trabajos, en todas las historias clínicas están las observaciones de trabajo social. En el hospital no, en el hospital están en hoja de ruta, o sea, al lado de lo que escriben las secretarías de admisiones. Y sí, ¿eh? No sé. Hoy me cuestiono yo porque la nota que busca uno pues como que no dice nada, nada especial. ¿Qué trabajo van a hacer con esa paciente? Y eso es lo que tampoco sé, cuándo sale de ahí, ¿Qué pasó? ¿Qué pasó? Cómo se demoran tanto, nunca me ha tocado dar de alta a una paciente. Hasta ahí, y ¿Después? (MD1Hombre)

De igual manera, se identificó una profunda incorporación del sistema patriarcal, con una significación del ser mujer subordinada, sujeta a la “buena moral”, silenciosa y dispuesta, tanto para las médicas como para las víctimas de violencia sexual. **Reflejo de ello fue lo identificado en las interacciones entre médicas y médicos.** Las expresiones de subjetividad se evidenciaron mediante el mecanismo de la asignación de roles por género en el que se delega a la mujer médica la atención porque es una actividad de menor estatus, de subordinación, y no porque se reconocieran los derechos de las víctimas a escoger el sexo de la persona que la atiende.

Es que a las médicas nos tienen fichadas para que nosotras atendamos las víctimas de violencia sexual. (MD5Mujer)

Entonces, aquí preferimos, no por protocolo sino por cierta solidaridad de género, preferimos que sean las mujeres, las médicas mujeres las que las atiendan. (MD2Hombre)

Esta concepción que se refuerza en la formación médica y en las prácticas institucionales en salud (campo médico) por medio del disciplinamiento de

género. (Castro, 2014b) Este disciplinamiento se materializó en los relatos de médicas relacionados con la asignación de roles por género y acoso sexual tanto en su formación universitaria como en el trabajo, situación que reproduce la desigualdad, la discriminación, las violencias, entre otras condiciones que enfrentamos día a día las mujeres médicas.

Discusión

Fue posible aproximarse a la comprensión de cómo se expresan las subjetividades de médicas y médicos en su encuentro con víctimas de violencia sexual mediante esta elaboración teórica desde la hipótesis de que el no reconocimiento, en el marco de relaciones de poder y desigualdad de clase, profesión y género, podría llevar a la imposibilidad del ejercicio de la ciudadanía de la salud por parte de las víctimas y las sobrevivientes. En palabras de Castro, esto sería lo que denomina el carácter de no persona y, en este caso, a personas se les ha despojado de su dignidad por un mecanismo de desconocimiento de sus posibilidades, convirtiéndolas en objetos (cosificación) con una capacidad de autotransformación disminuida. Y, en el contexto del encuentro intersubjetivo con las médicas y los médicos, dicha herida podría abrirse nuevamente en lo que se conoce como la revictimización. (Butler; Athanasiou, 2022)

Por tanto, es relevante la postura de Castro (Castro, 2014a) que menciona que dicho encuentro entre la estructura del campo médico y el habitus de médicas y médicos lleva al origen social del autoritarismo cuyo resultado es la vulneración de los derechos de las víctimas. Y fue posible ver estas subjetividades, como habitus médico autoritario y desvinculante, en sus interacciones y en el uso de mecanismos de control de las y los profesionales y mecanismos institucionales para la reproducción del campo médico. La mayoría de estos mecanismos fueron identificados previamente por Castro, y otros emergieron de la particularidad que reviste la atención a víctimas de violencia sexual.

En el contexto colombiano, y bajo la misma perspectiva neoliberal, el campo médico en su subcampo medicina moderna opera regulando la cuestión sanitaria desde la formación médica, por medio del

disciplinamiento sistemático que se puede identificar en las narrativas como el acoso sexual durante la formación y la asignación de roles por género. De igual manera, la organización jerárquica de sus instituciones fue visible en los itinerarios burocráticos, así como el silencio cómplice del profesorado ante situaciones de vulneración de derechos y las tensiones con otras disciplinas, y las condiciones agotadoras de los contextos hospitalarios que denotaron una desesperanza por parte de las y los profesionales de la salud.

Por todo lo anterior, se trae la pregunta que se hicieron Castro y Erviti, “¿en qué medida es posible que las médicas y los médicos establezcan relaciones ciudadanas con las usuarias de servicios de salud, es decir, relaciones basadas en la igualdad, en el conocimiento y el reconocimiento de los diversos derechos de salud y reproductivos, en la rendición de cuentas, en el trato no jerarquizado?” (Castro; Erviti, 2015)

Es posible la transformación de las subjetividades en la medida en que en esta experiencia se ha podido visibilizar diferentes formas de expresión de subjetividades, es decir, ya se ha presentado un proceso de cambio en los significados y en la acción (subjetivación), y ello, en contextos adversos mediados por las lógicas y mecanismos del campo médico. ¿cómo transformar más y mejor? Por lo menos desde mi contexto esto se logra propiciando la agencia, organizando redes de trabajo, partiendo de una reflexión colectiva institucional acerca de la formación médica que permita transformar los entornos universitarios y hospitalarios. (Foucault, 1977; Menéndez, 1988).

Estas formas de desposesión como mecanismo de desconocimiento de las posibilidades del sujeto podrían llevar a una separación del sujeto soberano, lo cual es también condición de posibilidad para apartarnos de la profesión médica soberana, cuestionarla y confrontarla; para desprendernos de lo que somos y hacer una autopoietica, como respuesta a la violencia que generan los asuntos del no reconocimiento, en un espacio donde las personas tengamos la capacidad de hacernos a nosotras mismas con otras, aun cuando el reconocimiento fuese parcial. (Butler; Athanasiou, 2022)

Y como ella, fueron también otros casos de diversas manifestaciones de reconocimiento que se pudo identificar en médicas y médicos, lo que desde mi perspectiva apuntan a la posibilidad de

transformar realidades en el contexto de la práctica por medio de dos patrones de reconocimiento (Honneth, 1997b), los cuales se plantean de manera lineal y en espiral: En este caso del encuentro intersubjetivo con víctimas sobrevivientes, es primordial considerar el patrón del derecho, y de este, al segundo patrón que es la solidaridad, entendida como lo plantea Lopera Vásquez como una coproducción en el entorno clínico; un primer paso a esa cultura de mutuo reconocimiento que resulta de lo acordado entre médica(o) y “paciente”. (Lopera Vásquez, 2019). En este sentido se da un cuidado de las víctimas y las sobrevivientes comprensivo, en una valoración entre sí de forma simétrica, en que a partir de la incorporación de los enfoques teóricos (derechos, diferencial, género y acción sin daño) se realicen los procedimientos con consciencia-cognoscencia-sentipensante.

Consideraciones finales

El análisis de las subjetividades de médicas y médicos en su encuentro con víctimas de violencia sexual aporta al campo del conocimiento de la Salud Pública en primer lugar, porque las violencias sexuales son una problemática global, altamente desatendida y que impacta profundamente la calidad de vida y salud de niñas y mujeres. Adicionalmente, esta aproximación desde el sujeto que cuida permite brindar una perspectiva que cuestiona y complementa otros acercamientos teóricos previos como el modelo de creencias en salud, los modelos de atención en salud y el de calidad de los servicios. Lo anterior con la convicción que como sujetos poseemos una capacidad creativa y de resistencia, con la posibilidad de ofrecer un cuidado de la salud que tenga implícita una manera de vivir-habitar el mundo en la cual la ética esté basada en la justicia.

Así mismo, el aproximarme desde la teoría del reconocimiento a esta problemática me ofreció una mirada comprensiva y esperanzadora, porque pude identificar diferentes patrones de subjetividades que dieron cuenta desde una ausencia de reconocimiento hasta el reconocimiento de la otredad. Lo que para mí hizo visible que los procesos de subjetivación se pueden dar a pesar de condiciones estructurales adversas, lo que se traduce en un horizonte de

posibilidad para mejorar las condiciones de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. Lo que no implica que la problemática de la atención integral esté resuelta, el garantizar un cuidado dignificante, que lleve al pleno ejercicio de la ciudadanía para víctimas y sobrevivientes, continúa siendo un reto para la Salud Pública. Sin embargo, el análisis desde las subjetividades disciplinares puede brindar herramientas para su transformación, la matriz teórica que planteó Castro acerca del habitus médico autoritario y los aportes que desarrolló Fernández con relación a las prácticas institucionales en salud, me permitieron reconocer a profundidad la manera como el discurso y las prácticas expresaban dichas subjetividades en su encuentro con víctimas y sobrevivientes, a partir de mecanismos e interacciones.

El siguiente paso que propongo desde mi experiencia, es invitar a propiciar un proceso reflexivo al interior de las instituciones educativas y de servicios de salud con el fin de reconocer estos mecanismos e interacciones (y otros emergentes) e incorporar los enfoques teórico filosóficos del reconocimiento, la ética del cuidado y el habitus médicos autoritario, como herramientas para hacer tribu alrededor de una formación y cualificación profesional que haga justicia sanitaria para las víctimas sobrevivientes de violencia sexual, basada en la compasión, en una asistencia sensata que permita la recuperación de la confianza por la vida. (Boff, 2012)

Referencias

- AGUDELO, S. F. et al. Aproximación narrativa a las intervenciones en salud para mujeres y niñas supervivientes de violencia sexual en la Red Suroccidental de Bogotá, 2003-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Bogotá, DC, v. 36, n. 3, p. 390-410, 2007.
- BENHABIB, S.; BONSS, W.; MCCOLE, J. *On Max Horkheimer: New perspectives* (studies in Contemporary German Social Thought). Massachusetts: MIT Press, 1995.
- BOTT, S. et al. *Violence against women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, DC: PAHO, 2012. Disponible em: <<https://iris.paho>.

org/bitstream/handle/10665.2/3471/Violence%20Against%20Women.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BUTLER, J.; ATHANASIOU, A. Reconocimiento y supervivencia, o sobreviviendo al reconocimiento. In: *Desposesión: Lo performativo en lo político*. Barcelona: Editorial Planeta, 2022. p. 83-98. Disponível em: <https://www.marcialpons.es/media/pdf/51081_Desposesion.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CÁRDENAS MEJÍA, L. G. La poética, la retórica y el mundo de la vida. *Folios*, Bogotá, DC, n. 17, p. 57-70, 2003. Disponível em: <<https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/RF/article/view/5931/4911>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CASTRO PEREZ, R.; VILLANUEVA, M. El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu. *Sociológica*, Ciudad de México, v. 34, n. 97, p. 73-113, 2019.

CASTRO, R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, Ciudad de México, v. 76, n. 2, p. 168-197, 2014.

CASTRO, R. Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, La Plata, v. 10, n. 3, p. 339-351, 2014.

CASTRO, R.; ERVITI, J. *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2015.

FOUCAULT, M. Histoire des systèmes de pensée. *Annuaire du Collège de France*, v. 78, p. 445-449, 1981.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, v. 11, n. 1, p. 3-25, 1977.

GALLO RESTREPO, N. E.; MOLINA JARAMILLO, A. N. Evaluación del impacto de salud sexual y reproductiva en adolescentes en Medellín. “Sol y Luna” Componente cualitativo. *Revista Salud Pública de Medellín*, Medellín, v. 4, n. 1, p. 19-32, 2008.

GOINHEIX COSTA, S. Notas sobre violencia de género desde la sociología del cuerpo y las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios*

Sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, Córdoba, v. 4, n. 8, p. 43-54, 2012.

GORRITI, J. Sujeción y reconocibilidad: contra la inocencia del reconocimiento en Axel Honneth. *Astrolabio*, Córdoba, v. 14, p. 28-50, 2015. DOI: 10.55441/1668.7515.n14.10804

HONNETH, A. Condiciones intersubjetivas para la integridad personal: un concepto formal de eticidad. In: HONNETH, A. *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica, 1997. p. 206-215. Disponível em: <https://www.u-cursos.cl/derecho/2015/1/D121T07451/1/material_docente/bajar?id_material=1021961>. Acesso em: 2 jun. 2018.

HONNETH, A. Patrones de reconocimiento intersubjetivo: amor, derecho, solidaridad. In: *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica, 1997. p. 114-159. Disponível em: <https://www.u-cursos.cl/derecho/2015/1/D121T07451/1/material_docente/bajar?id_material=1021961>. Acesso em: 2 jun. 2018.

JAKUBEC, S. L. et al. Identificación de las fortalezas, preocupaciones y necesidades educativas del servicio rural de agresión sexual en las comunidades rurales y aborígenes de Alberta (Canadá). *Enfermería Global*, Murcia, v. 12, n. 3, p. 409-426, 2013.

LEHRER, J. A.; LEHRER, E. L.; OYARZÚN, P. B. Violencia sexual en hombres y mujeres jóvenes en Chile: Resultados de una encuesta a estudiantes universitarios. *Revista Médica de Chile*, Santiago, v. 137, n. 5, p. 599-608, 2009. Acesso em: 30 mar. 2017.

LINHARES, L. V.; TORRES, A. R. R. She deserved it: Analysis of variables that influence the accountability of victims of sexual violence. *Acta Colombiana de Psicología*, Bogotá, DC, v. 25, n. 1, p. 218-229, 2022.

LOPERA VÁSQUEZ, J. P. *Reconocimiento como potenciador de la autonomía y la calidad de vida*. Relato de un viaje alrededor de la esclerosis múltiple. 2017. 305 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidad de Antioquia, Medellín, 2017.

MENÉNDEZ, E. Modelo médico hegemónico y atención primaria. In: Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutierrez; Comisión Argentina de Residentes del Equipo de

Salud. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de La Salud*. Buenos Aires, 1988. p. 451-464. Disponible em: <http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”*. Ginebra: WHO, 2013. Disponible em: <<https://www.who.int/es/news/item/20-06-2013-violence-against-women-a-global-health-problem-of-epidemic-proportions>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia contra las mujeres: estimaciones para 2018*. Ginebra: OMS, 2021. Disponible em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349589/9789240027114-spa.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; CIOMS - CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LA CIENCIAS MÉDICAS. *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*:

Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). 4. Ed. Ginebra: CIOMS, 2016.

SOSA-SÁNCHEZ, I. A.; ERVITI ERICE, J. *Narrativas sobre género y sexualidad en médicos mexicanos. Sus implicaciones sobre las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas*. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro, v. 27, p. 46-65, 2017. Disponible em: <www.sexualidadsaludysociedad.org/oANarrativas>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SOSA-SÁNCHEZ, I. A.; MENKES BANCET, C. *Amarte duele. La violación sexual en las relaciones de noviazgo. Un análisis de sus determinantes sociales*. *Papeles de Población*, v. 22, n. 87, p. 43-62, 2016. Disponible em: <<https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v22n87/1405-7425-pp-22-87-00043.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2018.

VENEGAS, M. *Becoming a subject. A sociological approach*. *Convergencia*, Toluca, v.24, n.73, p.13-36, 2017. Disponible em: <<https://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v24n73/1405-1435-conver-24-73-00013-en.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

Contribución de los autores

La formulación de la temática, la construcción del marco teórico, el diseño del estudio, la recolección, procesamiento, análisis y presentación de resultados fueron realizados por la autora principal como parte de su proyecto de tesis doctoral en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Recibido: 10/7/2023

Aprobado: 11/11/2023