



**Contrapedagogías: Violencia y violaciones a los derechos humanos  
a médicos y médicas en formación en México**

**Marina Viveros García**

**Centro Nacional de Derechos Humanos “Rosario Ibarra de la Piedra”**

**Universidad Autónoma de Tlaxcala**

**Tutora principal: Dra. Graciela Beatriz Muñoz García**

**Julio 2023**

## Índice

I. Introducción .....	4
II. Situación y formulación del problema.....	4
La formación de médicas y médicos en México.....	4
III. Delimitación teórica, temporal y espacial .....	6
IV. Justificación (teórico y empírica) del trabajo de investigación.....	8
V. Límites de la investigación .....	11
VI. Pregunta de investigación y alcance.....	13
VII. Objetivos .....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos .....	13
VIII. CAPÍTULO I .....	14
MARCO TEÓRICO .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
El disciplinamiento del personal médico en formación en el mercado neoliberal.....	14
Violencias en la medicina .....	18
De las violencias en la medicina a la violación de Derechos Humanos .....	22
Efectos de las violencias en el personal médico en formación .....	24
El género como factor de violencia y la perspectiva de género para el análisis .....	26
IX. CAPÍTULO II .....	29
Experiencias de violencias y de violaciones de Derechos Humanos durante la formación de médicas y médicos en México .....	29
Datos sociodemográficos y económicos de las personas ocupadas como médicas y médicos en México.....	29
El proceso educativo hasta la residencia médica .....	30
Violencias encarnadas: experiencias narradas desde la comunidad de personas internas y residentes médicos en México .....	35

Gráfica 1. Porcentajes de personas que experimentaron o no algún tipo de violencia durante su formación como médicas o médicos.....	36
Gráfica 2. Porcentajes de las principales violencias experimentadas por personal médico durante su formación profesional .....	37
Violencia sexual y de género .....	38
Tratos degradantes y/o humillaciones y/o privación del sueño o alimentos .....	51
Violencias físicas y riesgo de salud .....	55
XI. Reflexiones finales .....	68
XII. Bibliografía .....	71

## **I. Introducción**

El presente trabajo de titulación busca visibilizar la naturalización del control, el disciplinamiento y la violencia como estrategias pedagógicas de formación médica en México. A lo largo del trabajo se presenta una descripción y se propone un análisis de las violaciones a los derechos humanos del personal médico en formación.

El interés por abordar este tema surge de mi experiencia corporizada durante la formación como médica en una universidad pública en el estado de Puebla, durante los años 2011 a 2015, en el Internado Rotatorio de Pregrado en el Hospital General Público en esa entidad durante 2016 y a lo largo de la realización de mi servicio social en el año 2017. Asimismo, se incluyen los resultados de la aplicación de un cuestionario con preguntas abiertas a médicas y médicos sobre las experiencias de violencias vividas en su proceso formativo y se retoma el caso de una médico residente que ingresó una inconformidad queja ante la CNDH por presuntas violaciones a sus derechos humanos durante la residencia médica en un Hospital Público en la Ciudad de México.

El presente trabajo se enmarca en los debates críticos sobre los derechos humanos, analiza las relaciones jerárquicas de poder que se concretan en los espacios de educativos y clínicos y subraya los impactos negativos de estas pedagogías formativas en el ejercicio de la profesión médica y en la atención de las personas usuarias de los servicios de salud.

## **II. Situación y formulación del problema**

### **La formación de médicas y médicos en México**

Actualmente en México la educación formal del personal médico conforma uno o más estadios: el pregrado, especialidad, subespecialidad y la alta especialidad. El enfoque pragmático de la curación ha dominado los quehaceres de la medicina. Es por esto por lo que, la formación médica de pregrado se pondera debido a la adquisición de destrezas básicas necesarias para ejercer la medicina general.

En promedio, considerando los años de facultad, la cantidad de tiempo invertido para la conclusión formal de una licenciatura en medicina general comprende entre seis a siete

años, cinco de los cuales son dentro de un ambiente universitario recibiendo clases escolarizadas y realizando prácticas en hospitales y clínicas; el sexto año consiste en realizar un internado dentro de un hospital y, por último, ofreciendo servicio social brindando atención médica en alguna comunidad. Posteriormente de manera opcional, prosigue un entrenamiento profesional en alguna especialidad médica, subespecialidad y alta especialidad en etapas posteriores, el cual exige hasta 5 o 6 años más de preparación. En resumen, un médico o médica especialista, subespecialista y alta especialidad puede invertir entre 10 a 13 años (una quinta parte de su vida) en la preparación académica y práctica de alguna disciplina médica.

En México, el campo laboral médico institucional está dividido en dos segmentos: el formal y el informal. El primero se constituye por las y los médicos contratados expofeso para proporcionar atención médica en una institución y esta relación es mediada por un contrato laboral. Mientras que el segmento informal está integrado por las y los estudiantes que no son trabajadores, sino becarios al margen de la legislación laboral, no son contratados para ofrecer atención médica, sino que ingresan a unidades médicas para continuar con su proceso educativo, pero al mismo tiempo significan un activo laboral para las instituciones médicas (Vázquez, 2020).

Este proceso de formación médica está atravesado por diversas violencias ejercidas hacia las y los estudiantes por parte de sus superiores jerárquicos; violencias y violaciones a derechos humanos que forman parte de un disciplinamiento jerárquico y que han sido naturalizadas e invisibilizadas. Las conductas de violencias y acoso descritas más frecuentemente en este ámbito son: el menoscabo del trabajo, la humillación pública, las amenazas, los comentarios de menosprecio, las críticas injustificadas, diferentes formas de exclusión, las asignaciones de tareas irrealizables para “desbordar” —psico emocionalmente— a la persona acosada, la ocultación de información, la difamación, los tratos vejatorios, las insinuaciones u hostigamiento sexual, el tomar el crédito por el trabajo que realizó otra persona, el incremento en horas de trabajo (guardias extraoficiales), o cambios sin previo aviso en actividades programadas, así como formas de violencia directa que incluyen insultos y gritos. Las y los médicos en formación también han reportado violencia a la propiedad personal, bromas inapropiadas, retención de información, ignorar a

la persona, negativas injustificadas de permisos, supervisión excesiva o nula, exigencias exageradas, hacer favores personales o exposición a material pornográfico.

Las consecuencias de las violencias ejercidas en acciones u omisiones durante la formación académica de una especialización devienen en muchos casos registrados en la afectación de la salud mental y estado emocional de las y los médicos en formación. Principalmente enojo, miedo, ansiedad, culpa, vergüenza, depresión, disminución de la satisfacción y alegría de realizar una residencia, disminución de la autoconfianza como médico, afectación del desempeño académico y en la calidad de la atención que se les brinda a los pacientes, insatisfacción laboral, *burnout*, abuso de alcohol, uso de drogas ilícitas o automedicación e ideación o intento suicida. Incluso, es común que quienes pertenecemos al gremio, recomendemos a nuestros familiares no estudiar medicina debido a los efectos de las múltiples violencias naturalizadas en el proceso de formación, pero que se hacen consientes cuando alguien nos expresa querer ser médica o médico.

Debido a la naturalización de estas violencias en el sistema educativo, principalmente en el ámbito médico, en México se desconoce de manera objetiva y numérica la prevalencia, cifras y magnitud del problema, así como los factores y efectos asociados al mismo. Sin embargo, la frecuencia de episodios de maltrato en las jefaturas de enseñanza es cada vez mayor y las consecuencias sobre las y los alumnos afectados incluyen episodios de ansiedad y depresión e incluso intentos de suicidio, así como abandono de los estudios de especialidad.

**El presente trabajo, busca dar evidencia sobre este problema que atraviesa a al Sistema Nacional de Salud, a fin de que se diseñen medidas de prevención y protección a los derechos humanos en estos espacios y se implementen estrategias integrales para el manejo oportuno de sus consecuencias.**

### **III. Delimitación teórica, temporal y espacial**

A partir de una autoetnografía construida desde mi propia experiencia a lo largo de mi formación médica, en diálogo con las experiencias de mi colegas, y de experiencias recabadas mediante un formulario de Google Forms elaborado con preguntas abiertas sobre las

experiencias de violencia que vivieron durante su formación como personal médico y el contexto estructural de la formación médica en México, sumado al análisis de un estudio de caso de una médica residente de un Instituto de alta especialidad en la Ciudad de México que denunció a personas trabajadoras de dicha institución ante la CNDH, por presuntas violaciones sus derechos humanos.

Esta investigación tiene como objetivo analizar las formas de violencias y violaciones a los derechos humanos que viven las y los médicos en formación durante el internado y la residencia médica en México, así como analizar cuáles son las consecuencias de estas violencias en su salud física y mental.

La delimitación temporal de mi experiencia es 2011 a 2015, periodo como estudiante universitaria de la carrera de medicina en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, el 2016, año en que cursé el internado en múltiples servicios (ginecología, urgencias, pediatría, medicina interna, cirugía y medicina de la comunidad) del Hospital General de Cholula en el estado de Puebla, mismo periodo en donde sistematicé mis propias experiencias y el año 2017 durante el cual fungí como Médico Pasante de Servicio Social en áreas rurales del Estado de Puebla. Posteriormente, en enero del año 2023, en el marco de elaboración de esta disertación para acreditar mi maestría en Derechos Humanos, elaboré un formulario de Google Forms con preguntas abiertas sobre las violencias que experimentaron algunas y algunos colegas durante su formación. El cuestionario se compartió entre colegas y se obtuvieron 46 respuestas de diferentes personas que se formaron en medicina.

Teórica y conceptualmente parto de los preceptos de Michael Foucault (1997; 2002; 2007) acerca del poder y el disciplinamiento que se ejercen sobre los cuerpos en el contexto neoliberal para explicar las violencias que se ejercen en el campo médico y lo relaciono con la propuesta de Rita Laura Segato (2019) de las pedagogías de la crueldad para hacer una aproximación a cómo se reproduce sistemáticamente la violencia en la enseñanza y formación médica. Posteriormente explico la diferencia entre violencias y violaciones de Derechos Humanos que establece la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, s.a.) y el Centro Pro Derechos Humanos (2018). Enseguida desarrollo y señalo los tipos de violencias que propone la médica estadounidense Pamela Wible (2019). Finalmente, vinculo las experiencias de violencias y de violaciones de derechos humanos con las perspectivas de género que proponen Judith Butler (1997) y Marcela Lagarde (1996).

#### **IV. Justificación (teórico y empírica) del trabajo de investigación**

Este trabajo surge como inquietud ante la inconformidad de la pedagogía vivida durante mi formación educativa y práctica como estudiante de medicina, en donde en carne propia pude advertir malos tratos y violencias bajo un programa que establece jerarquías. Estas violencias fueron privación de la libertad, privación del sueño, privación de la alimentación, acoso sexual, *mobbing*, segregación, intimidación y tratos humillantes y degradantes. Prácticas que a través de los años se han normalizado con la falsa idea de “fortalecer el carácter” con el fin de formar buenos médicos; sin embargo, las violencias y violaciones a los derechos humanos del personal en formación acarrea impactos subjetivos y estructurales.

Esta producción de conocimiento es relevante a nivel epistemológico porque es conocimiento de primera mano (situado), debido a que yo soy una médica que ha vivido estas violencias y soy también quien está produciendo conocimiento, recolectando y analizando información para dar soporte empírico a este trabajo. A nivel de las ciencias sociales es relevante porque este tema de violencias dentro de la formación médica y de la formación académica en general es un tema poco estudiado, pero es importante señalar que estos estudios son apenas incipientes en México y América Latina.

De manera inicial este trabajo tiene origen en una autoetnografía, que es una técnica de investigación antropológica, pero no exclusiva de ella, es una forma de construir conocimiento desde la experiencia y el conocimiento situado (Haraway, 1991) de quien investiga, es una producción de conocimiento situada personal, social, cultural e históricamente. La autoetnografía responde a una trayectoria autobiográfica: “desde nuestras trayectorias concretas y cotidianas podemos explicar cómo los significados dominantes del mundo son encarnados por las personas, por nosotras, y podemos expresar otras miradas sobre lo que el mundo es, donde nuestros deseos y nuestras opresiones tienen sentido” (Poo, 2009, p. 3). Además, la autoetnografía es una de las perspectivas que reconocen y dan lugar a la subjetividad, a lo emocional, y a la influencia del investigador en la investigación, en lugar de esconder estas cuestiones o asumir que no existen. Es un acercamiento a la investigación y a la escritura, que busca describir y analizar sistemáticamente la experiencia personal para entender la experiencia cultural. Esa perspectiva reta las formas canónicas de



hacer investigación y de representar a los otros, pues se considera como un acto político, socialmente justo y socialmente consciente. El investigador usa principios de autobiografía y de etnografía para escribir autoetnografía. Por ello, como método, la autoetnografía es a la vez proceso y producto (Ellis, Adams & Bochner, 2010). Es también, un regalo a la narrativa individual al no tener que recurrir a un gran autor reconocido que otorgue validez a lo que yo estoy afirmando.

Cuando se describe una experiencia hay un descubrimiento, hasta para quien la vivió directamente, sobre el sentido de lo ocurrido. Se describe y va ganando sentido, se ven nuevas conexiones, razones, recurrencias, y entonces, luego de hacerlo varias veces se comprende que hay un patrón, que los grupos actúan de ciertas maneras y que allí se va consolidando lo social, tanto en su transformación como en su permanencia. Comprender la experiencia propia y colectiva requiere tomar distancia, mirar con cuidado, fijarse en los detalles como tratando de ver los hilos invisibles de aquello que se vive. Luego de un proceso, parece que se comprende algo nuevo, que ya puede enunciarse dicho patrón recurrente (Rodríguez Silva, 2022).

De esta manera este documento responde a mi propia trayectoria en el campo de la medicina, del contexto y de las experiencias de con quienes me tocó formarme, es un privilegio epistémico y una mirada parcial de un fenómeno social. El campo del internado médico de pregrado es el campo de conocimiento y mi propia experiencia dentro del Hospital General en el Estado de Puebla, me permite resignificar prácticas y acciones que se han naturalizado en el campo médico, pero que son violencias que impactan diferenciadamente la formación de personal en formación médica. Este conocimiento situado, concepto desarrollado por Donna Haraway (1995) y Sandra Harding (1996) que supone que *“la mayor objetividad se produce al dar cuenta de las posiciones de partida y las relaciones en que nos inscribimos, considerando nuestra parcialidad y contingencia”* (Cruz, Reyes y Cornejo, 2012, p. 258). Es decir, el conocimiento situado considera que la reflexividad de la investigadora respecto del contexto y las relaciones sociales en las que se produce en conocimiento y de las que se es parte. Esta producción de conocimiento contempla también las experiencias de violencia de otras y otros colegas, las cuales se recabaron mediante una pregunta abierta en un formulario de Google Forms de enero de 2013 a febrero de 2013.

Al ser este un trabajo de tipo cualitativo se privilegia la interpretación de las experiencias de mis colegas y se muestran las diversas violencias que hemos enfrentado las y los médicos a lo largo de nuestra formación. Y también elaboro y analizo datos cuantitativos, ya que como señalan Cruz, Reyes y Cornejo:

la constitución del campo de lo cualitativo como espacio específico de teorización metodológica transdisciplinaria, no obedecería solo a devenires metodológicos intra-científicos, sino también, como nos lo demuestran Cornejo, Besoain y Mendoza (2011), al interés contemporáneo de construir como objetos de estudio al sujeto y a lo subjetivo. No obstante, esto no quiere decir que la metodología cualitativa sea el único espacio posible para pensar en formas de desarrollar la reflexividad como principio de investigación. Las nuevas propuestas, según Aguado y Rogel (2002), permiten plantear la necesidad de renunciar a la 'pureza' de los géneros o perspectivas, sobre todo si se reconoce que hay una dimensión cualitativa en lo cuantitativo y viceversa. (2012, p. 255)

Ahora bien, es importante señalar que las personas que elegimos estudiar medicina nos vemos constantemente expuestas a la muerte, a la enfermedad, al sufrimiento, el dolor y la agonía de personas que nos rodean como pacientes. Es un proceso inevitable y es necesario un acto de justicia para ayudar a quienes sufren, que nos formamos en escuelas de medicina que sean sensibles a las emociones humanas que se movilizan cuando nos enfrentamos al dolor que atraviesan las personas en los procesos de pérdida de la salud y la vida. Estas vivencias sumadas al estrés de aprender y de poner en práctica todo el conocimiento necesario para atender a las personas que padecen alguna enfermedad, son ya suficientes para formarnos como médicos, siendo excesivo e innecesario el uso de mecanismos de violencia poco ortodoxos que nos afectan física, psicológica y emocionalmente.

Hasta hace algunas décadas, la formación profesional de las y los médicos finalizaba en la facultad cuando se le otorgaba un título como profesional, que oficializaba la adquisición de conocimientos y destrezas necesarias para el desempeño de su profesión. Posteriormente, no existía un entrenamiento formal academizado, solo la experiencia y la lógica casuística al incorporarse al ambiente laboral. (Herrera, Arteaga, 2019)

Actualmente en las residencias médicas el personal médico en formación sigue sin ser reconocido con los derechos laborales correspondientes, porque la línea divisoria entre preparación académica y el campo laboral se desdibuja para no otorgar ni reconocer los derechos básicos que les/nos corresponden.

## **V. Límites de la investigación**

Esta disertación tiene diversos límites, el primero es que la producción de conocimiento no tiene un trabajo estructurado de recolección de datos, comenzó al revés que otras investigaciones, primero estuve inmersa en el fenómeno social de las violencias y posteriormente busqué formas de explicación y transformación a esas violencias.

Como cualquier investigación, la perspectiva del problema es parcial y se analiza con el fin de hacer una aproximación a las experiencias de violencias y de violaciones de Derechos Humanos que viven las personas que se forman en medicina. Se trata de una aproximación sociológica y de Derechos Humanos que no pretende ser un diagnóstico de la situación, sino una presentación y categorización de las violencias y las y los actores involucrados. Si bien se mencionan algunos de los efectos psicológicos, físicos, laborales, personales, estructurales entre otros, no es el objetivo principal de este trabajo, por lo que solamente se indican, tal cual lo señalaron las y los participantes que respondieron el cuestionario.

Otra limitante de este trabajo de investigación fue el inicio de la pandemia por COVID-19. Inicialmente se pretendía realizar un estudio de campo en diversos Hospitales de la CDMX y de la ciudad de Puebla con la intención de sumergirme de nuevo en el ambiente hospitalario ahora como investigadora, con formación en la maestría en derechos humanos, se tenía diseñado el realizar trabajo de campo, entrevistas a médicas y médicos en formación de todos los niveles, y observación participante en los espacios clínicos y de formación médica. Sin embargo, la emergencia sanitaria dificultó mi estadía en dichas ciudades, motivándome así a encontrar el recurso metodológico de la autoetnografía como excelente opción para continuar, reconociendo la validez de mi propia experiencia, reforzando no ser un caso aislado, esto a través del uso de la herramienta Google forms para tener acercamiento

a médicos y médicas y conocer sus experiencias con violencias y/o violaciones de sus DDHH durante la formación médica.

De igual manera, una dificultad debida a mi formación ha sido la baja experiencia en narrativa académica, etnográfica, social y legal, por lo que recurrí a generar material redactando las recordadas experiencias personales de mi periodo formativo en un archivo personal con tono emocional, así como retomando ensayos literarios individuales para posteriormente traducirlo en texto académico que aquí se comprende.

Como médica sin una formación en humanidades, tenía la sensación de no encontrar palabras suficientes que expresaran estas formas de violencia institucional que encuentran la manera de silenciarnos como estudiantes. Además de este silenciamiento dialéctico, no encontraba ni palabras ni gramática para expresar lo vivenciado. La experiencia de estas violencias, expresadas como “violencias traumáticas” por Maria del Rosario Acosta López, colonizan de manera profunda las subjetividades, identidades, los cuerpos y los lenguajes que quedan atravesados por ella de manera radical (Acosta, 2021).

Al no encontrar los términos adecuados, mi discurso para expresar y comunicar lo vivido se tornaba en una narrativa demasiado emocional y llena de lágrimas que parecía únicamente hablar sobre mí y mi incapacidad de “soportar”, de ser resiliente o incluso de aceptar las circunstancias normalizadas en una sociedad. Fue entonces que recurrí ante la Doctora en Antropología Social Susana Garrido, a quien conocí en un grupo de Facebook de apoyo entre mujeres feministas en Puebla, ella me orientó para ejercitar una mejor redacción y redireccionar de una manera más productiva las emociones que evoca el recuerdo de las vivencias ocurridas durante mi formación y que incluso al trastocar mi subjetividad, me llevaron a buscar un giro académico redireccionando mi formación como médica hacia las humanidades al cursar un posgrado en Derechos Humanos, otorgando sentido a este trabajo que busca exponer a un sistema de salud que funciona desde el modelo médico hegemónico, priorizando la formación positivista, ahistórica, alejada de la base humanista marcando la vida de sus aprendices y su ejercicio profesional.

## **VI. Pregunta de investigación y alcance**

¿Cuáles son los tipos de violencias y violaciones de DDHH que experimenta el personal de salud en formación?

- **Hipótesis**

Las prácticas “formativas” del personal de salud dañan al mismo sistema de salud debido a que los médicos internos, pasantes y residentes son la fuerza laboral en las instituciones de salud que cuentan con sobrecarga ante el alto índice poblacional que sobrepasa la cantidad de médicos. Mediante la conservación de prácticas violentas, se merma la salud mental y física de estos estudiantes/trabajadores. Consecuencia de ello serían errores médicos, iatrogenias, malos diagnósticos, tratamientos erróneos, falta de empatía con los pacientes y ausencia de un adecuado trato. Esto nos lleva a un gran problema de salud pública que urgentemente requiere de toda la atención posible por parte de instituciones de salud, educativas a cargo de los programas académicos en medicina, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) y todo aquel recurso requerido para generar políticas públicas en pro de una formación médica más humanista y libre de violencias.

## **VII. Objetivos**

### **Objetivo general:**

Identificar y analizar los tipos de violencias y violaciones de DDHH que experimenta el personal de salud en formación en México, en el sistema de educación actual.

### **Objetivos específicos:**

- Sistematizar y problematizar las violencias y violaciones de DDHH hacia el personal de salud en formación en México
- Analizar los impactos de las violencias y violaciones de DDHH, a nivel subjetivo y estructural.
- Revisión breve documental y de literatura especializada en el tema.

## VIII. CAPÍTULO I

### **El disciplinamiento del personal médico en formación en el mercado neoliberal**

En este apartado se describen desde las ciencias sociales los elementos conceptuales que atraviesan el ensayo de la violencia en la formación médica como un problema social. Desarrollo qué es el poder, el ejercicio de poder, el disciplinamiento ejercido con violencias en la formación de médicas y médicos y cómo es que estas pedagogías de la violencia se han naturalizado tanto en los espacios docentes como en las personas que estudiamos medicina y hay un marco de silencio ante este tema. Abordo también que es la perspectiva de género para poder explicar las formas diferenciadas de violencias que experimentan médicas y médicos en formación.

La formación de las personas que sirven en el campo médico se ubica en un contexto de control y explotación laboral sobre los cuerpos y de disciplinamiento mediante la imposición de discursos de verdad y saberes dominantes, así como en el establecimiento de jerarquías y relaciones de poder que tienen efectos en las subjetividades y que garantizan su reproducción. La formación médica como fenómeno social es parte de un sistema de control sobre la vida y sobre los cuerpos que desde una lectura foucaultiana se denomina como *biopolítica* y que se dirige a la vida biológica de las y los sujetos mediante mecanismos que garanticen su domesticación y producción económica.

Para el filósofo francés Michael Foucault (1997) las formas de control sobre los cuerpos son producto y objetivo del neoliberalismo y de la acción gubernamental. Esto se debe a que:

La sociedad regulada según el mercado en la que piensan los neoliberales es una sociedad en la cual el principio regulador no debe ser tanto el intercambio de mercancías como los mecanismos de competencia. Estos mecanismos deben tener la mayor superficie y espesor posibles y también ocupar el mayor volumen posible en la sociedad. Es decir que lo que se procura obtener no es una sociedad sometida al efecto de la mercancía sino una sociedad sometida a la dinámica competitiva. (Foucault, 1997, p. 182).

De esta manera la biopolítica, aunque actúa sobre los cuerpos y la población obedece a motivos económicos y de competencia para cumplir con las necesidades de sistema neoliberal.

El control sobre los cuerpos se ejerce mediante mecanismos de disciplinamiento. Para Foucault la disciplina:

Aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia). En una palabra: disocia el poder del cuerpo; de una parte, hace de este poder una "aptitud", una "capacidad" que trata de aumentar, y cambia por otra parte la energía, la potencia que de ello podría resultar, y la convierte en una relación de sujeción estricta económica, separa la fuerza y el producto del trabajo, digamos que la coerción disciplinaria establece en el cuerpo el vínculo de coacción entre una aptitud aumentada y una dominación acrecentada" (2002, p. 83).

Esto significa que el disciplinamiento provee de capacidades a las y los sujetos para aumentar su producción económica mientras que reduce la energía del cuerpo para obedecer y sucumbir ante la dominación. Es decir:

El objetivo del disciplinamiento, además de gestionar las potencialidades de un Cuerpo y de mantener una jerarquización de poder, es realizar una conexión o vínculo en las acciones mismas de un sujeto, es decir, que el cuerpo de un sujeto se adecue a las de una estructura rígida que con el paso del tiempo hace de sujeto obediente a las órdenes que se le entregan y útil en su quehacer: obediencia y utilidad se co-pertenecen en la medida que el sujeto se vuelve disciplinado y se homogeneiza a las condiciones que el poder lo requiera" (Herrera, 2018).

Es así como el poder actúa directamente sobre los cuerpos mediante diversos mecanismos de acción y de control capaces de producir discursos de verdad que impactan en las subjetividades. Esto implica que los mecanismos de disciplinamiento se instauran como verdades que justifican las jerarquías y las relaciones de poder, no como instituciones o estructuras sino como menciona Bazzicalupo:

La multiplicidad de relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización” (Foucault, 1998, p.86). Esto se debe a que el poder se encuentra en todos lados, tiene la característica de ser “«omnipresente», no porque unifique la existencia bajo un control totalizante, sino porque este poder «se produce en cada instante, en cada punto», [...] los individuos no sólo circulan, sino que están siempre en situación de sufrirlo y también de ejercerlo [...] (Bazzicalupo, p. 76).

El poder entonces son relaciones estratégicas que están presentes en todos lados, en todo momento; lo ejercen grupos sobre otros grupos o sujetos sobre otros sujetos, es interactivo y no unidireccional.

El poder actúa en dos niveles, el primero es sobre los cuerpos individuales, y el segundo, actúa a nivel de regulaciones de la población. El primero se enfoca en el cuerpo como máquina controlando diversos sectores de la vida individual como la educación, capacitación, docilidad, entre otros. Los procedimientos de poder que aseguraron esto fueron las disciplinas, constituyendo así una anatomopolítica del cuerpo humano (Foucault, 1998, p. 83). El otro polo que no es opuesto sino complementario, se centró en el cuerpo-especie y en los procesos biológicos como la proliferación, los nacimientos, la mortalidad, la salud, etcétera. Los procedimientos de acción fueron intervenciones y controles reguladores que constituyó una biopolítica de la población (Foucault, 1998, p. 83).

En conjunto, las dos formas de accionar del poder sobre los sujetos se dirigen hacia el control de los cuerpos y de las poblaciones. Tal control emerge de dos esferas de la vida, la individual y la colectiva para asegurar que los mecanismos de poder actúen eficazmente para el disciplinamiento de las y los sujetos. De esta manera en el campo médico el personal en formación es ubicado en jerarquías establecidas mediante relaciones de poder. Es a través del disciplinamiento que se les controla como cuerpos para adquirir competencias que sirvan a los intereses del mercado neoliberal en términos de utilidad económica, convirtiendo los métodos en un eufemismo que se enraíza en todo el sistema educativo médico.



Este disciplinamiento de las personas en el mundo global, puede ejercerse conjuntamente con prácticas, acciones, discursos y actos de crueldad, lo que Rita Segato denomina *pedagogías de la crueldad*, que define como:

Todos los actos y prácticas que enseñan, habitúan y programan a los sujetos a transmutar lo vivo y su vitalidad en cosas. En ese sentido, estas pedagogías enseñan algo que va mucho más allá del matar, enseñan a matar de una muerte desritualizada, de una muerte que deja apenas residuos en el lugar del difunto” (2019, p. 27).

Si bien la autora argentina utiliza este término para analizar la trata y la explotación sexual de las mujeres como mandato de la masculinidad, también puede utilizarse para explicar cómo el mercado global explota los cuerpos laboralmente y utiliza métodos para deshumanizar a las personas y ejercer violencias que se normalizan para repetirse sistemáticamente.

Esta normalización y repetición de las violencias, produce también:

Un efecto de normalización de un paisaje de la crueldad y, con esto, promueve en la gente los bajos umbrales de empatía indispensables para la empresa predatora. La crueldad habitual es directamente proporcional a formas de gozo narcisista y consumista, y al aislamiento de los ciudadanos mediante su desensibilización al sufrimiento de los otros.” (2019. P. 27).

Esto cobra sentido cuando las personas que se forman en medicina son víctimas constantes de violencias que ejercen otras personas de mayor jerarquía y con el poder de hacerlo pero que, incluso, han recibido las mismas violencias previamente.

El poder se ejerce a través de la violencia y la crueldad como instrumentos para la disciplina, sumisión, coacción, subordinación, opresión y control de las y los sujetos que se ubican en jerarquías o escalas sociales inferiores desde la perspectiva de quienes ostentan y ejercen el poder. Para Agustín Martínez:

La violencia no es una sustancia o un hecho aislado [...] sino que se trata de relaciones sociales. [...] Desde esta perspectiva, la violencia puede ser vista como un adjetivo que califica determinadas formas de relación. Así, por ejemplo, dentro de las relaciones familiares o laborales, cuando estas se presentan con signos de violencia, hablamos de violencia familiar o laboral. [...] El rasgo principal por el que se puede hablar de violencia desde luego es la producción de daños en, cuando menos, alguna de las partes de la relación, afectando la integridad física, sexual, psicológica y hasta patrimonial del o los así afectados. Otro rasgo frecuente en las relaciones violentas es la repetitividad de ciertos comportamientos o la recurrencia de los mecanismos de la producción de la violencia, esto es, que se presentan patrones comportamentales por medio de los cuales se piense en alguna intencionalidad que marque la relación de los actores. (2001, p. 16).

En esta disertación analizo la violencia en la formación de médicas y médicos, la violencia entendida como una relación social que sus características son la producción intencional de daños y la repetición de patrones o comportamientos. Es preciso señalar que los efectos e impactos de las violencias se pueden manifestar de distintas formas y niveles, y en la salud física o psicológica en diferentes proporciones, dependiendo cada persona.

### **Violencias en la medicina**

Con el fin de hacer evidentes las violencias en los espacios de formación médica durante el internado y analizando las relaciones jerárquicas entre estudiantes y médicos/as titulares/profesores en el campo médico desde el campo laboral la violencia que se ejerce es definida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como:

Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante la cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma. Se entiende por consecuencia directa un vínculo claro con el ejercicio de la actividad profesional" (Stolovas, et al., 2011).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica estos tipos de violencia en: físicas, sexuales, psíquicas, basadas en las privaciones o el abandono (Stolovas, et al., 2011).

Este tema ha sido también abordado por la médica y activista en contra de la violencia en los espacios de formación médica estadounidense Pamela Wible (2019), y en un estudio que realizó sobre de la censura y el suicidio entre personal médico ofrece una guía detallada de las violencias de las que son sujetas y sujetos el personal médico en formación:

- Privación de la libertad de asamblea. Prohibir a los estudiantes de medicina y médicos de reunirse pacíficamente para un propósito común.
- *Bullying*. Abuso de poder repetido e intencional para controlar a estudiantes de medicina y/o médicos vulnerables.
- Censura. Prohibir la libertad de expresión de las y los estudiantes de medicina o médicos, incluida la obstrucción de la comunicación a través de las redes sociales, películas o libros que se consideren una amenaza para la jerarquía médica.
- Confidencialidad. Cuando la información confidencial y privada de un estudiante de medicina o médico es revelada o adquirida intencionalmente por un tercero, como un empleador o una institución médica que tiene poder sobre la carrera médica de la víctima.
- Corrupción. Mal uso del poder para beneficio personal a partir de prácticas comerciales fraudulentas que violan los derechos de los profesionales médicos y/o sus pacientes.
- Discriminación por parte de una institución médica/empleador hacia un o una profesional médico por motivos de a) Salud Mental (discapacidad de salud mental); b) Discapacidad física; c) Racial o basado en la racialización; y d) De género.
- Explotación. Aprovecharse o beneficiarse del maltrato o abuso de un estudiante de medicina o médico.
- Privación de la alimentación. Falta de acceso a los alimentos esenciales para el funcionamiento normal del cuerpo humano de un profesional médico.
- Privación del sueño. Falta extrema de sueño que puede provocar lesiones o la muerte de los profesionales médicos y sus pacientes.

- Privación de la libertad. Mediante guardias de castigo que alargan el tiempo de permanencia en el hospital sin poder salir a su domicilio, bajo amenazas de terminación o suspensión de la permanencia del médico en formación dentro del programa educativo.
- Privación de agua. Falta de acceso a la hidratación esencial para el funcionamiento normal del cuerpo humano de un profesional médico.
- Inducción a drogas. Medicamentos (usualmente psicotrópicos) forzados a un médico o estudiante de medicina bajo coacción como un requisito de empleo o educación.
- *Gaslighting*. Manipulación psicológica de un estudiante de medicina o médico que lleva a la víctima a cuestionar su propia cordura.
- Acoso racial, sexual o por discapacidad. Conducta no deseada u ofensiva crea un ambiente de trabajo hostil para un profesional médico.
- Novatadas. Rituales humillantes y peligrosos impuestos a los estudiantes de medicina y médicos en formación como parte de su educación médica.
- Actividades ilegales. Actos ilegales requeridos de los profesionales médicos para mantener el empleo o la trayectoria educativa.
- Intimidación. Aterrorizar a los médicos en formación con el pretexto de la educación médica para mantener el poder y el control sobre los estudiantes y los médicos en formación.
- Mentiras. Perpetuar declaraciones falsas que puedan poner en peligro a los profesionales médicos y sus pacientes.
- Depravación de maternidad. Falta de accesibilidad a cuidados y seguimiento médico para una madre en formación médica, lo que lleva a secuelas de salud adversas, incluso muerte materna, del infante o feto.
- Ausencia de cuidado a la Salud Mental. Ausencia de apoyo psicológico para las y los profesionales médicos con angustia emocional inducida por el trabajo que son sancionados con la pérdida o restricción de carrera por buscar ayuda.
- Carga laboral excesiva. Agotamiento mental y/o físico completo en los profesionales médicos debido al exceso de trabajo.
- Castigos por ausencia de salud. Penalizar a un estudiante de medicina o a un médico por desarrollar una enfermedad médica

- Cuestionamientos. Una técnica de enseñanza tradicional en la que un médico en formación es interrogado públicamente sobre minucias médicas hasta que llora frente a sus compañeros, personal y pacientes.
- Amenaza. Una declaración de intención de infligir un castigo a un estudiante de medicina o a un médico en retribución por una (in)acción.
- Actividades no éticas. Actividades inmorales, deshonestas o engañosas que se imponen a un estudiante de medicina o a un médico como parte de su educación o empleo.
- Violencia física. El uso intencional de la fuerza física para lesionar a un estudiante de medicina o a un médico.
- Xenofobia. Prejuicio contra estudiantes de medicina o médicos de otras culturas.
- Gritos. Alzar la voz a un estudiante de medicina o a un médico.
- Segregación. Separar y marginar a una persona o a un grupo de personas, en este caso estudiantes de medicina o médicos por motivos sociales, políticos o culturales.
- Represalias. Una acción adversa tomada contra un estudiante de medicina o un médico que ejerce un derecho legal protegido.
- Suicidio. Muerte autoinfligida por negligencia de un médico en formación o médico sujeto a violaciones de los derechos humanos en medicina.
- Suspensión o terminación ilícita. Terminación ilegal, suspensión o despido injustificado de la escuela de medicina o programa médico educativo en violación de los derechos o contrato de un estudiante de medicina o médico.

A esta lista se añade la violencia verbal que se define como “el maltrato que puede ser directo o sutil, y los comentarios se pueden hacer de manera hostil, con enojo o, incluso, con una sonrisa. Es cuando las frases ofensivas contra una persona son el común denominador de cualquier diálogo (Galarza, 2015)” (en Ochoa, 2016) este tipo de violencia incluye el uso de groserías, tono imperativo o autoritario, críticas y la ridiculización de las y los médicos (Ochoa, 2016), lo cual nos retorna al fenómeno de segregación.

## De las violencias en la medicina a la violación de Derechos Humanos

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos define estos derechos como:

El conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes. Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles (CNDH, s.f.)

En general los Derechos Humanos se clasifican en civiles, económicos, sociales, culturales y ambientales<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Los Derechos Humanos que debe respetar, garantizar, proteger y promover el Estado son el derecho a la vida; derecho a la igualdad y prohibición de la discriminación; igualdad entre hombres y mujeres; igualdad ante la ley; libertad de la persona; derecho a la integridad y seguridades personales; libertad de trabajo, profesión, industria o comercio; libertad de expresión; libertad de conciencia; libertad de imprenta; libertad de tránsito y residencia; libertad de asociación, reunión o manifestación; libertad religiosa y de culto; acceso a la justicia; a la irretroactividad de la ley; de audiencia y debido proceso legal; principio de legalidad; seguridad jurídica en materia de detención; seguridad jurídica para los procesados en materia penal; derechos de la víctima u ofendido; seguridad jurídica en las detenciones ante autoridad judicial; seguridad jurídica respecto a la imposición de sanciones y multas; seguridad jurídica en los juicios penales; a la inviolabilidad del domicilio; a la propiedad; derechos sexuales y reproductivos; de acceso a la información; a la protección de datos personales; de petición; a la ciudadanía; a la reparación y a la máxima protección; a la educación; a la salud; a la vivienda; al agua y saneamiento; a la alimentación; a un ambiente sano; a la identidad y libre desarrollo de la personalidad; de los pueblos y comunidades indígenas; agrarios; de acceso a la cultura; a la cultura física y al deporte; al trabajo: en el trabajo; a la seguridad social; de las niñas, niños y adolescentes; de las personas con discapacidad; de las personas adultas mayores; de las personas migrantes; a la reparación integral del daño; a la reparación por violaciones a los derechos humanos, a la verdad y a la reinserción social. (CNDH, s.f.).

La violación de Derechos Humanos se presenta cuando “funcionarias o funcionarios, servidores públicos o autoridades gubernamentales vulneran los derechos de personas, comunidades, grupos y/o colectivos. a los derechos humanos. Esto se puede presentar por: acción; omisión o aquiescencia (consentimiento)” (Centro Prodh, 2018, p. 6).

En este sentido, las violaciones de Derechos Humanos se presentan cuando personal médico de mayor jerarquía y al servicio del Estado transgrede la integridad física, moral y psicológica de las y los estudiantes y personal médico en formación. Para Francisco Vázquez (2022) estas violaciones de Derechos Humanos se perpetran como un abuso legalizado. En tal proceso de formación de las y los médicos como trabajadores y el abuso del que son sujetos se ejerce mediante mecanismos establecidos en las normas oficiales mexicanas (NOMs) que regulan y definen el ingreso y la permanencia de los estudiantes en las unidades médicas además de establecer la cantidad de horas que deben de permanecer en las guardias y otras actividades laborales (Vázquez, 2022). En conjunto con las NOMs, el abuso y la explotación laboral hacia el personal médico en formación se ejecuta en colaboración con las universidades e instituciones de educación superior,

que además de participar en la elaboración de las NOMs, delegan a las unidades médicas su obligación constitucional de garantizar la educación. Una vez estructurado el abuso del poder, este se refuerza con la intolerancia ante cualquier muestra de descontento (por falta de supervisión, por la imposición de castigos o por el maltrato recibido) que es interpretada como falta de vocación o de capacidades para la medicina. (Vázquez, 2022, p. 4).

Debido a la situación de las y los residentes como trabajadores informales se les niega el reconocimiento de derechos laborales además de que se les vulneran otros tipos de Derechos Humanos, es así que:

Los estudiantes de medicina como trabajadores informales del sector salud tienen un doble papel: son estudiantes y son trabajadores de manera simultánea; lo que propicia condiciones poco favorables o de riesgo para el derecho a la educación, al trabajo digno y a la integridad y seguridad de los propios estudiantes de medicina. Todo lo anterior, constituye un riesgo para

la seguridad de los pacientes y repercute de manera negativa en la garantía del derecho a la salud de la población. (Vázquez, 2020, p. 13).

Este tipo de violaciones de Derechos Humanos que se ejercen como un abuso legalizado se naturalizan en las instituciones médicas y universitarias a cargo de la formación de las futuras y futuros médicos. Esta naturalización de las violencias garantiza su reproducción y pone en duda la capacidad de quienes cuestionan tales prácticas. Es así como las violencias tienen efectos físicos, morales y psicológicos que dañan la integridad de las y los estudiantes.

### **Efectos de las violencias en el personal médico en formación**

El estrés o síndrome general de adaptación es una condición presente y activa durante la formación médica de posgrado, que dimana por una constelación de factores precipitantes y perpetuadores, como la adquisición de responsabilidades mayores al pasar de ser una agente pasivo a uno activo en la toma de decisiones en el tratamiento del enfermo, acontecimientos vitales como el cambio de domicilio, un distanciamiento del ambiente familiar y social, dificultades económicas e incertidumbre sobre el futuro, así como un ambiente laboral repleto de hostilidad y sobredemanda. Esta condición no es exclusiva de la medicina. Las consecuencias de la adopción de políticas neoliberales en el trabajo han dado pauta a una serie de “síndromes organizacionales o laborales”, definidos por la psicología del trabajo como aquellos estados psicopatológicos condicionados por un ambiente laboral demandante al primar la resolución rápida y eficaz de problemas con la menor cantidad de recursos posibles (intensificación de la carga de trabajo, mayores ritmos laborales y actividades repetitivas). Los dos síndromes laborales que han acaparado la atención de la salud mental son el “*Burnout*” y “*Mobbing*”.

El síndrome de *Burnout* o “quemarse por el trabajo” fue descrito por el psiquiatra alemán Herbert Freunderbergue (1974), que, en pocas palabras, entraña una respuesta fisiológica a una situación de estrés laboral crónico, esto es, prolongado en el tiempo. La causalidad de estas respuestas detrimentales en la salud del trabajador se generan a partir de



la notable discrepancia entre sus ideales y expectativas iniciales con la realidad laboral cotidiana: un contraste desmoralizador.

Por otra parte, el *mobbing* o acoso psicológico laboral, término acuñado por el doctor en psicología pedagógica Heinz Leymann (1980), hace referencia a las acciones hostiles llevadas a cabo por una persona o grupo de personas, que comportan una violencia psicológica extrema y sistemática durante un tiempo prolongado (más de 6 meses) dirigidas a una persona en el trabajo, que le termina provocando incapacidad emocional o psíquica, enfermedad o muerte.

Además de estas dos condiciones como efectos de las violencias laborales también

se han detectado niveles de estrés superiores a los de la población en general, asociados al agotamiento, el cansancio y las quejas por parte de los pacientes y sus familiares hacia los residentes, situaciones que llegan a generar errores en la práctica clínica, así como perjuicios directos para los mismos médicos, que sufren de manera reiterada lesiones, enfermedades, abuso de alcohol y drogas y, en el peor de los escenarios, intentos y hasta consumación de suicidios. (Montes, et al., 2018).

También se han reportado impactos a nivel social como el distanciamiento del núcleo familiar, problemas conyugales y afectaciones en el deseo sexual (Prieto-Miranda, S. E., Rodríguez-Gallardo, G. B., Jiménez-Bernardino, C. A., & Guerrero-Quintero, L. G., 2013).

Asimismo, otras consecuencias importantes que tienen las violencias y violaciones de Derechos Humanos del personal médico en formación se presentan en las omisiones y fallas en sus labores dentro de las unidades médicas y que se relacionan con la saturación y carga de horarios; la ausencia de atención psicológica y la falta de espacios de descanso y esparcimiento para las y los residentes. Es preciso indicar que estas fallas y omisiones se vinculan con la falta de cumplimiento de responsabilidades por parte de las instituciones médicas y universitarias encargadas de designar los horarios y actividades de las y los residentes.

## **El género como factor de violencia y la perspectiva de género para el análisis**

Finalmente, es importante señalar que, desde la teoría de género, este es un componente que no se debe obviar cuando se piensa, reflexiona y escribe sobre violencia en cualquier campo social debido a que es un elemento que atraviesa las formas en que se ejercen las diferentes violencias; las formas en las que se experimentan y los efectos que producen entre hombres, mujeres y personas no binarias<sup>2</sup>. Para la teórica Judith Butler (1997) el género no es sólo una interpretación del sexo que se elabora mediante los significados culturales y que es asumido por los cuerpos sexuados, sino que también es “un medio discursivo/cultural mediante el cual la “naturaleza sexuada” o un “sexo natural” se produce y establece como “prediscursivo”, previo a la cultura, una superficie políticamente neutral sobre la cual actúa la cultura (1997, p. 41). Es decir que el género se establece como algo natural, como algo dado sobre lo que se fundamentan las prácticas culturales y políticas para los cuerpos sexuados. Para Butler (1997), el género también da cuenta de los contextos históricos distintos debido a que se interseca con “modalidades raciales, de clase, étnicas, sexuales y regionales de identidades discursivamente construidas” (p.35), y es por ello que “resulta imposible desligar el “género” de las intersecciones políticas y culturales en que invariablemente se produce y se mantiene” (p. 35). Esto significa que el género se produce y reproduce de manera sociocultural y configura las relaciones sociales entre hombres y mujeres como cuerpos sexuados, racializados y clasificados.

Por su parte, Marcela Lagarde indica que la teoría del género:

permite dar cuenta de lo que cambia y lo que se conserva, de las maneras en que fluye y las tendencias que se prefiguran en nuestro mundo, significativas para la vida de las mujeres y de los hombres, para la configuración social, la distribución de poderes para vivir y preservar el mundo y para enriquecer la cultura con el derecho a la igualdad en la diversidad. (1996, p. 20).

---

<sup>2</sup> Las personas no binarias son personas que no se identifican con la dicotomía o binarismo genérico hegemónico que establece que únicamente existen dos géneros: femenino y masculino.

Esto implica que la categoría de género atraviesa todas las esferas de la vida social y atraviesa de manera diferenciada a hombres y mujeres.

Asimismo, el género como categoría conceptual:

es adecuada para analizar y comprender la condición femenina y la situación de las mujeres, y lo es también para analizar la condición masculina y la situación vital de los hombres. Es decir, el género permite comprender a cualquier sujeto social cuya construcción se apoye en la significación social de su cuerpo sexuado con la carga de deberes y prohibiciones asignadas para vivir, y en la especialización vital a través de la sexualidad. Las mujeres y los hombres no conforman clases sociales o castas; por sus características pertenecen a la categoría social de género, son sujetos de género. (Lagarde, 1996, p. 14)

La perspectiva de género es importante al abordar las violencias que experimentan las médicas y los médicos en su formación profesional porque nos permite identificar y aproximarnos a las características, semejanzas y diferencias entre mujeres y hombres de manera más precisa. Tal como señala Lagarde:

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

De esta manera el género se relaciona en cómo afrontamos la vida cotidiana hombres y mujeres, de acuerdo con las dificultades u oportunidades que los contextos ofrecen de acuerdo con las normativas de género y las diferencias y opresiones sistemáticas de los hombres sobre las mujeres.

Lo anterior es de suma importancia cuando se refiere al género porque:

La vida cotidiana está estructurada sobre las normas de género y el desempeño de cada uno, depende de su comportamiento y del manejo de esa normatividad. Si algo es indiscutible para las personas, es el significado de ser

mujer o ser hombre, los contenidos de las relaciones entre mujeres y hombres y los deberes y las prohibiciones para las mujeres por ser mujeres y para los hombres por ser hombres. Cada quien a lo largo de su vida ha debido saber todo esto muy bien, no dudar y ser leal al orden, asumirlo, recrearlo y defenderlo. (Lagarde, 1996, p.6).

Es así como las normativas de género en la vida cotidiana pueden contribuir a la naturalización o normalización de ciertas violencias de esta categoría como la sexual, que implican acciones como el acoso o el abuso, y el campo médico no es la excepción.

Así, más adelante en el siguiente capítulo se podrá observar cómo la violencia sexual es una de las principales violencias que experimenta el personal médico en formación, especialmente las mujeres, debido a la normalización de este tipo de violencia de género en contra las mujeres que existe sistemáticamente en la sociedad. También será importante analizar la jerarquía de los agresores como un aspecto importante porque ello implica que existe una relación de poder en donde el agresor goza de un estatus laboral, académico o social más alto que el de la víctima. Además, también se observará el papel de las autoridades en los hospitales, universidades o instituciones encargadas de prevenir y sancionar tales violencias y la forma en la que minimizan, justifican y normalizan la violencia sexual atentando en contra del derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia.

## **IX. CAPÍTULO II**

### **Experiencias de violencias y de violaciones de Derechos Humanos durante la formación de médicas y médicos en México**

Como ya se mencionó anteriormente, el personal médico en formación se encuentra en un limbo de reconocimiento al no ser reconocidos como trabajadores ni como estudiantes, al mismo tiempo que se les explota de acuerdo con las lógicas capitalistas y neoliberales del mercado y se les niegan los derechos laborales que les corresponden de acuerdo con las actividades que cumplen, así como somos personas sujetas a diversas violencias de manera sistemática. No obstante, al mantenerles como personal en formación se les obliga a continuar con el proceso educativo recibiendo violencias naturalizadas en nombre de la educación, la disciplina y la adquisición de competencias y habilidades.

En este capítulo se proporcionan datos empíricos sobre el campo médico, las violaciones de Derechos Humanos de las que son sujetos y los efectos que tienen en las personas tales violencias. En primer lugar, se presentan datos sociodemográficos del personal de salud en México y posteriormente se presentan experiencias de personal médico quienes fueron sujetas y sujetos de diversas violencias durante su formación en el campo de la medicina.

### **Datos sociodemográficos y económicos de las personas ocupadas como médicas y médicos en México**

En México por cada 1,000 habitantes hay 2.4 personas ocupadas como médicas y médicos. Según datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Hasta el segundo trimestre de 2021 se registraban 305,418 personas ocupadas como médicas y médicos, de las cuales el 54% son hombres y el 46% mujeres en un rango de edad de entre 25 y 45 años, en ambos sexos. El promedio de años de estudio es de 18.1 años sin tomar en cuenta el internado médico y el año de servicio social. Asimismo, de cada 100 personas dedicadas a esta ocupación 67 son médicos generales y 33 especialistas en alguna rama médica. El 69%

cuentan con un grado de estudios de licenciatura; el 27% con maestría y el 4% con doctorado. De cada 100 personas ocupadas como médicas y médicos el 72% realizan esta labor de forma subordinada y remunerada; el 12% lo hacen de manera autónoma y el 12% emplean a otras y otros trabajadores. (INEGI, 2021, pp. 1-2).

De cada 100 personas ocupadas en esta labor, 68 trabajan en instituciones públicas; 29 en empresas y 3 en el sector informal. El promedio de horas que trabajan por semana es de 41.7 y el ingreso promedio por hora trabajada es de 122 pesos. El ingreso mensual depende del nivel de instrucción: las y los médicos con licenciatura perciben en promedio 1,422 pesos; con maestría 21,041 pesos y con doctorado 26,695 pesos. De acuerdo con el sector en que se desempeñan el ingreso mensual en promedio es de 20,263 pesos si laboran en una empresa; 18,675 en instituciones de salud y 14,114 pesos para quienes laboran de manera informal (INEGI, 2021, pp. 3-4).

Si bien en el campo laboral las horas que trabajan las personas ocupadas como médicas y médicos se encuentra en el promedio estipulado por la ley, también es cierto que las y los estudiantes que se encuentran en las residencias médicas no son reconocidos como trabajadores y las horas que laboran superan las horas, incluso, permitidas por las instituciones médicas y universitarias encargadas de regularlas y supervisarlas, llegando en promedio a laborar hasta 96 horas por semana (Prieto-Miranda, S. E., Rodríguez-Gallardo, G. B., Jiménez-Bernardino, C. A., & Guerrero-Quintero, L. G., 2013).

### **El proceso educativo hasta la residencia médica**

En la carrera de medicina existen estudiantes de ciclo básico, estudiantes de ciclo clínico, internos de pregrado, pasantes de servicio social, médicos generales, médicos residentes y médicos especialistas. La opción de realizar maestrías y doctorados la tienen tanto los médicos generales como los especialistas (Sarmiento Chavero, 2022, p. 19). En las cuatro primeras etapas de su formación (ciclo básico a servicio social), la persona estudiante de medicina estará relacionada de manera muy cercana con su universidad y sólo tendrá el estatus de estudiante. A partir de que se concluye el servicio social y se obtiene el grado de médico ya estará en condiciones de ser un trabajador de la salud. En ese momento puede

elegir entre ejercer la medicina como médico general o iniciar su entrenamiento como médico especialista a través de una residencia médica.<sup>3</sup> La residencia médica es la primera etapa optativa en la formación de un médico. No todos los médicos tienen que pasar por el periodo de residencia médica para ejercer la medicina, pero todos los médicos titulados del país han pasado por las etapas de ciclos básico y clínico, internado y servicio social.

En México está permitida, y es común, la práctica de la medicina como médico general; incluso, algunos profesionistas trabajan por años como médicos generales antes de ingresar al Sistema de Residencias Médicas para especializarse. Saber esto nos ayuda a comprender que mientras que los internos de pregrado son muy heterogéneos en cuanto a sus metas, conocimientos y habilidades, el grupo de los médicos residentes es un grupo más homogéneo. Esto debido a que ya cumplieron con los requisitos para obtener el título de médico, aprobaron el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) para obtener una plaza de residentes y se decidieron por una especialidad en lugar de practicar la medicina general (Sarmiento Chavero, 2022, p. 19). Actualmente en México existen 28 mil residentes médicos que cursan alguna de las 78 especialidades o subespecialidades médicas reconocidas, y reciben una beca que en términos económicos representa una tercera parte de lo que recibe un médico o médica especialista (Vázquez, 2022, p. 7).

Los sueldos de las y los médicos residentes están avalados y homogenizados a nivel nacional desde 2001. Ello se debe a la queja de un grupo contestatario de médicos residentes, inconformes al conocer los estratosféricos aumentos de sueldo mensual que se aprobaron los directivos del Instituto Mexicano del Seguro Social y del incumplimiento de acuerdos pactados en el año 2000 entre médicos residentes, este instituto y el sindicato. Los acuerdos de este pacto incluían alimentos saludables en la dieta, lugares para descanso y lectura dentro de las jornadas de guardia médica, uniformes y zapatos, pago por riesgo de

---

<sup>3</sup> Las residencias hospitalarias en nuestro país se instituyeron en 1941, en el Hospital General de México, para poder ofrecer servicio médico las 24 horas del día, «mientras que el personal médico de base laboraba dos, cuatro, seis u ocho horas» (Rivera, 2007). A los primeros médicos residentes se les contrataba por uno o dos años y adquirían una formación práctica informal. La primera residencia médica con reconocimiento universitario se crea en 1960 (Vázquez, 2018).

infecto-contagiosidad o emanación radioactiva y acceso a bibliotecas virtuales. Sin embargo, después de más de 20 años de esa lucha, los médicos residentes continúan hacinados en sus habitaciones de hospital y su dieta sigue siendo inadecuada, puesto que los horarios de comida son incompatibles con su jornada académica y formativa, sin tener un lugar físico donde se les procure alimentos sanos fuera de los horarios del comedor en el hospital. Esta situación infringe de por sí la normativa laboral jurídica en beneficio de las y los trabajadores. Al respecto, Francisco Vázquez puntualiza:

El reconocimiento universitario a las residencias médicas significa que los residentes adquieren obligaciones académicas sin que disminuyan sus deberes asistenciales. Los límites entre trabajo y educación son imperceptibles. Así, si como trabajador la Ley Federal del Trabajo establece jornadas semanales no mayores de 40 horas o, en su caso, el pago de horas extras, para los residentes no aplica, ya que sus obligaciones académicas están al margen de sus derechos laborales. (2022, p. 7).

Esta es la complejidad y ambivalencia del ambiente de formación y trabajo en hospitales, parece un limbo en donde no tienen derechos de trabajadores, pero son obligados a extenuantes jornadas y bajo jerarquías disciplinarias que pueden tornarse violentas. Sin tener un espacio de denuncia, protocolos de atención a la violencia y aunque hay y ha habido movimientos organizativos en torno a los derechos de las y los residentes, es cierto, que el tiempo libre que logran tener apenas alcanza para descansar. Sin embargo, es necesario nombrar las violencias, hacer evidente sus demandas y exigencias en torno a condiciones de educación y formación en medio de sistemas de opresión, con el fin de actuar por una formación médica basada en los derechos humanos y el respeto a la dignidad humana.

El personal médico en formación (incluyendo Médicos Internos de Pregrado, Médicos Pasantes y Médicos Residentes) labora durante una guardia, jornadas de hasta 36 horas o más con personas que experimentan múltiples emociones y padecimientos de salud. Realizan sus actividades profesionales sin recibir alimentos que le proporcionen los nutrimentos necesarios para sus actividades, dado que una mala dieta en cualquier persona genera baja productividad y consecuencias a largo plazo en su salud. Pareciera que el tiempo de comer no tiene importancia cuando se es trabajador médico a destajo, que se espera que



esté “agradecido” por el espacio de formación en el hospital y responder con su vida y dignidad humana. Y es necesario destacar que estas personas en formación médica, que viven estas condiciones, ocupan un lugar muy importante en el mecanismo asistencial del sistema de salud mexicano, con todas las violencias y carencias pedagógicas recibidas, es con lo que también atienden pacientes y por supuesto, la calidad y calidez de la atención está mediada por este contexto. Estos son elementos, que no han vislumbrado las instituciones de salud, ni mucho menos las universitarias en el país, o sí y no les importa debido a la naturalización de la violencia como medio de movilidad social.

Siguiendo en la misma línea, la práctica clínica de las y los médicos en formación muchas veces no es supervisada ni retroalimentada. La razón es que estos controles de calidad formativa exceden el número de residentes en relación con el número de profesores titulares y adjuntos. Además, las instituciones universitarias y de salud no tienen una articulación operativa y financiera para llevar a cabo controles formativos básicos. Sólo exponen los resultados de supervisión a partir de exámenes de aprendizaje, dejando a un lado la formación integral de las personas médicas residentes. En este contexto, debemos cuestionar si todos las y los profesores de las especialidades médicas tienen la capacidad y las herramientas didácticas y pedagógicas para la enseñanza o si el personal está capacitado y certificado para impartir las materias de la especialidad. Asimismo, también es importante señalar que una gran parte de las unidades receptoras de residentes, no cuentan con los espacios físicos para el estudio: aulas, auditorios, computadoras, red de internet, casilleros.

Francisco Vázquez, señala sobre la falta de supervisión para las y los residentes y su impacto en el servicio de salud, plantea que:

Entre 2000-2019 la CNDH realizó 52 recomendaciones particulares a las autoridades de las instituciones de salud por violaciones a los derechos humanos derivadas de la atención médica informal o atención médica ofrecida por estudiantes de medicina no supervisados [...] De las recomendaciones realizadas por la CNDH se deriva, entre otros aspectos, la necesidad de conocer, monitorear y evaluar la idoneidad de las unidades médicas como espacios de educación médica y, en general, como espacios educativos. Tienen el objetivo de evitar la repetición de los hechos que dan origen a las violaciones a los derechos humanos y se dirigen a los titulares de los deberes,

quienes debieran implementar medidas legales, administrativas o de otra índole para prevenir violaciones y hacer efectivo el ejercicio de los derechos [...] podemos observar que el problema de la falta de supervisión de estudiantes de medicina durante su formación en las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud (SNS) no ha sido atendido por los responsables del sector salud, ni por las instituciones de educación superior responsables del proceso educativo. [...] Destacan entre estos casos diversas observaciones referidas a las omisiones sistemáticas identificadas en relación con la integración del expediente clínico, donde se señala que frecuentemente los médicos internos de pregrado son expuestos a actividades relacionadas con la integración del expediente clínico del paciente sin tener asesoría y supervisión del personal de contrato (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2017).

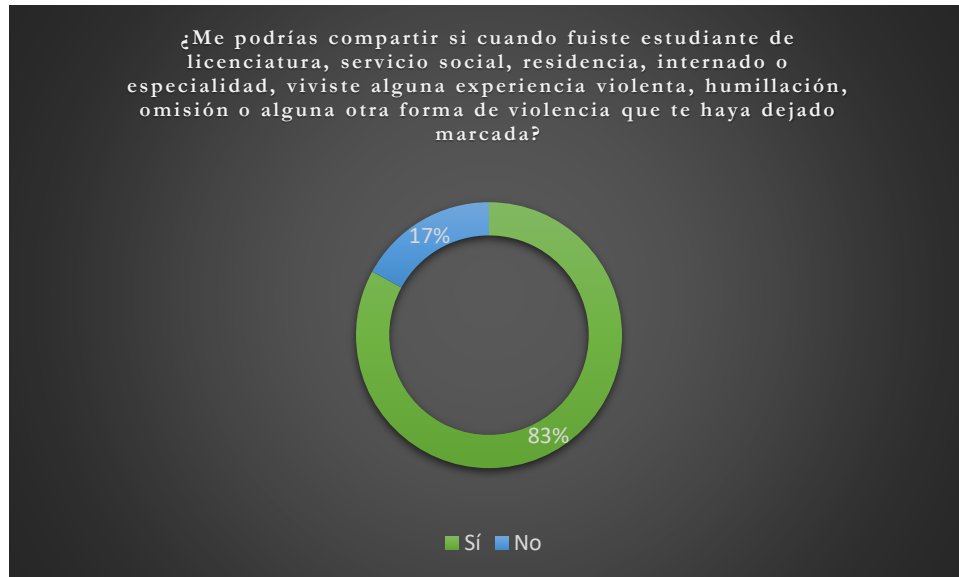
Por otro lado, algunas recomendaciones están dirigidas a erradicar la violencia obstétrica, ya que en muchos espacios del sector salud no hay atención gineco-obstétrica oportuna, debido a la escasez de médicos de base para atender las emergencias o cubrir guardias, o suplir al personal; todo lo cual constituyó también responsabilidad institucional.” (2020, pp. 7-8)

Aunado a lo anterior, las guardias complementarias (así llamadas para no crear alarma social) siguen siendo cada tercer día (A, B, C), con horarios de entrada variables que pueden llegar a las 36 horas laboradas consecutivas sin acceso a alimentación, sueño y agua. Los días festivos y fines de semana estas guardias son de 24 horas continuadas, de 8 am a 8 am. Esta situación convierte a las personas médicas residentes en una suerte de esclavas de las instituciones de salud, al cual se le ha domesticado su imaginario del deber ser a costa de su propia salud, como refería un dicho popular entre la comunidad médica: “la medicina con hambre y fatiga se aprende”. Es importante mencionar que la jornada laboral debería tener un límite máximo, el que se debe determinar por la capacidad física del trabajador (fuerza de trabajo), la necesidad de descanso y reparación, y por el hecho de que las personas trabajadoras necesitan una parte del tiempo de vida para satisfacer sus necesidades personales, familiares y sociales.

## **Violencias encarnadas: experiencias narradas desde la comunidad de personas internas y residentes médicos en México**

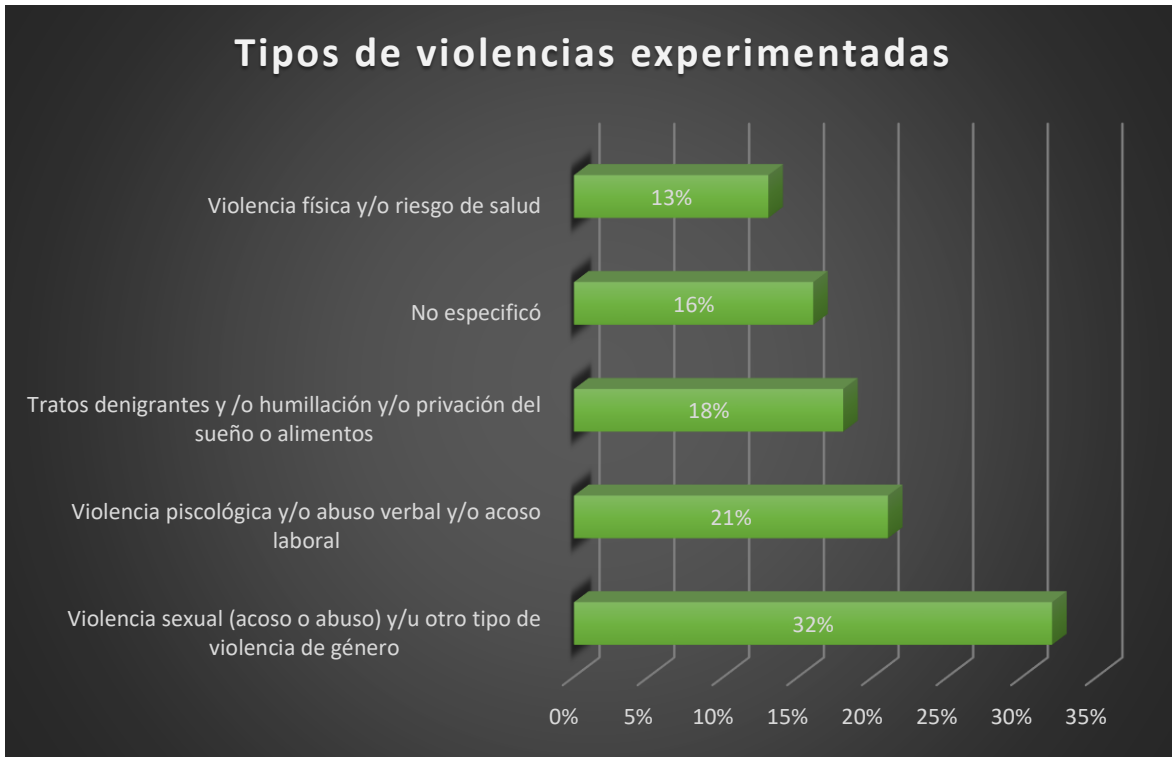
Para ampliar el conocimiento sobre las experiencias de violencias de colegas médicas y médicos, elaboré un formulario en Google Forms que compartí con estudiantes y profesionales de la medicina, esta forma de recolección de datos se debe a que hay temas de los que no se hablan, silencios permanentes entre la comunidad médica que una pregunta detonadora permite hacer legibles. Las respuestas se recolectaron entre el 16 de enero y el 16 de febrero de 2023. En el cuestionario se les preguntó su edad, nombre o seudónimo y si habían experimentado algún tipo de violencia durante alguna etapa de su formación en medicina. Al ser este un trabajo con énfasis en lo cualitativo se hizo una pregunta abierta: “Si tu respuesta fue sí, ¿podrías contarme alguna de esas vivencias? ¿cómo fue, en dónde? (nivel de educación e institución opcional), ¿por parte de quién? (no especificar nombre, sino su relación jerárquica contigo) y ¿cómo reaccionaste o respondiste a esa violencia?”. Se obtuvieron 46 respuestas al cuestionario y a continuación se presentan las principales hallazgos y categorías de violencias que señalaron las personas participantes, cabe destacar que la inmensa mayoría de las y los entrevistados enunció haber vivido violencia, sin embargo, cabría preguntarse para un estudio posterior, si el 17 % restante no la han vivido o es que no reconocen como violencias los actos crueles, humillantes y degradantes en el que nos formamos las y los médicos.

Gráfica 1. Porcentajes de personas que experimentaron o no algún tipo de violencia durante su formación como médicas o médicos.



En la gráfica 1 se observa que el 83% (38 personas) de las y los participantes señalaron que en alguna etapa de su formación profesional como médicas y médicos experimentaron algún tipo de violencia. Mientras que el 17% (8 personas) indicó que no experimentó ningún tipo de violencia durante alguna etapa de su formación profesional en medicina. Si bien, este trabajo no es cuantitativo es importante analizar la información recabada también de manera cuantitativa para proporcionar una aproximación más amplia de las violencias y violaciones de Derechos Humanos que experimenta el personal de salud en formación durante su formación profesional.

Gráfica 2. Porcentajes de las principales violencias experimentadas por personal médico durante su formación profesional



En la Gráfica 2 se puede observar que la violencia sexual y/u otros tipos de violencia de género es la principal violencia que enfrentaron las personas que participaron en el cuestionario con un 32%; seguida de la violencia psicológica y/o abuso verbal y/o acoso laboral con 21%; le siguen los tratos degradantes y/o humillaciones y/o privaciones de sueño o alimentos con el 18%; otro 16% señaló que experimentaron algún tipo de violencia pero no especificaron cuál; y finalmente la violencia física y/o el riesgo de salud representó el 13% de los casos. A continuación, se analizan las violencias identificadas y se presentan los testimonios de las experiencias del personal de médico que participó en el cuestionario.

## Violencia sexual y de género

*“un urólogo, después de cuestionarme sobre mi vida amorosa, intentar invitarme a salir y comentar que no tenía inconveniente con que yo tuviese novio, tocó mi cintura mientras me decía al oído que tenía curiosidad por evaluar mi “escala de Mallampati”.*

*Esta escala mide en cuatro niveles la capacidad de apertura de la boca y es comúnmente utilizada por los anestesiólogos previo a la intubación de un paciente.*

*Claramente el doctor me lo estaba diciendo en un tono sexual, ¿para qué querría saber cuánto puedo abrir mi boca?”.*

Fragmento de Marea en un hospital (texto autoetnográfico)

Los resultados de este ejercicio de investigación están muy cercanos a los resultados de la Encuesta Nacional de Médicos en formación realizados en México el año 2021, los cuales arrojaron que el 40.2% de las y los alumnos indicaron haberse sentido acosadas y acosados sexualmente durante su formación médica, y de ellas y ellos el 40.5% reportó que sufrió algún tipo de agravio a su persona en la universidad y campo clínico. Del total de casos que reportaron acoso el 68% fueron mujeres y el 32% hombres y este tipo de violencia tuvo mayor frecuencia entre médicas pasantes del servicio social y estudiantes universitarias y universitarios (Médicos en Formación, 2021, p.19). Asimismo, del total de persona encuestadas que reportaron haber experimentado acoso sexual durante la formación médica, el 54.3% indicaron no saber a qué autoridades dirigirse para atender cualquier situación de violencia. (Médicos en Formación, 2021, p.20).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como:

*Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o*

*utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (Jewkes et al., 2002) [...] comprende una amplia gama de actos, incluidos el coito sexual intentado o forzado, contacto sexual no deseado, obligar a una mujer o a una niña o niño a participar en un acto sexual sin su consentimiento, comentarios sexuales no deseados, abuso sexual de menores, mutilación genital, acoso sexual, iniciación sexual forzada, prostitución forzada, la trata con fines sexuales, entre otros” (Contreras, et al., 2010, p. 11). Este tipo de violencia de género atenta contra el derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia que implica que “ninguna acción u omisión, basada en el género, cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público” (Gobierno de México, 2016).*

La violencia sexual fue una de las principales violencias que señalaron las personas que respondieron el cuestionario diseñado para este ensayo. Fernanda, una de las participantes, narra:

*“En la Residencia tuve acoso sexual por parte de mi titular, los dos primeros años, solo eran mensajes, que yo no le contestaba, o los evadía, para el tercer año, me pedía que me saliera de las guardias con él, cosa que tampoco hacía, nunca le di pie para otra cosa, me amenazaba que no debía tener novio, se enteró que salí con un médico mayor que yo, y mi vida fue lo peor, me castigaba todo el tiempo, mis R<sup>4</sup> menores me castigaban por órdenes de él, me deprimí, y fui a caer con el psiquiatra, incluso me internaron. Cuando regresé todo el hospital estaba enterado y me sentó en medio de todos los R para explicar lo que me sucedía, me apodaron la "loca", no podía entrar a cirugías con algunos doctores debido a mi "estado mental", hasta que no soporté, decidí salirme por sugerencia de mi psiquiatra en el R4, lo reporté con enseñanza, no me creyeron porque era la "loca". La directora del hospital no quiso hablar nunca conmigo, me fui a la universidad, no hicieron nada; fui a Derechos*

---

<sup>4</sup> Residente(s)

*Humanos y me indicaron que si ninguna institución se hacía cargo de mi caso no podía proceder. Así que lo único que conseguí fue que la Comisión de Recursos en Salud me diera los 10 meses que me faltaba para terminar, con la condición de buscar una plaza de R3 porque ninguna universidad me quiso avalar los 3 años, pero la Secretaría de Salud no me iba a dar nada, así que busqué y busqué, pasaba días afuera de las oficinas del ISSSTE y del IMSS para ver si alguien me podía ayudar. Pero gracias a Dios que fue muy grande, superé la depresión, regresé a la especialidad, terminé, y ahora hasta subespecialidad tengo”.*

En la experiencia compartida por Fernanda se observa como la violencia sexual está normalizada para quienes la ejecutan, como escala y cuáles son las afectaciones mentales y emocionales de vivirla sistemáticamente, se observa también que la víctima de acoso se encontraba en una relación de poder en la que el médico titular de mayor jerarquía fue quien ejerció violencia sexual con la aquiescencia de otras autoridades tanto del hospital como de la universidad e incluso de la misma Comisión Estatal de Derechos Humanos quienes no atendieron su queja. Los hospitales no son espacios libres de violencias de género, ni de acoso sexual ni de hostigamiento, principalmente hacia las mujeres y las instituciones que debieran entender las quejas, las asume como parte de la cotidianidad de la organización jerárquica en los hospitales. Estas experiencias de abuso y acoso han sido cada vez más denunciadas en espacios públicos como los denominados “tendederos” y las redes sociales, debido a que las y los estudiantes no cuentan con un sistema de acceso a justicia, *prevención, atención, sanción y erradicación* (como establecen las leyes mexicanas).

Para atender esta violencia, primero se requiere conocer el fenómeno en profundidad, reconocerlo, señalar a las y los perpetradores personales e institucionales, elaborar protocolos de atención aplicables y procedimientos administrativos formales, pero, sobre todo, la aplicación de herramientas de prevención de las violencias para que las y los estudiantes tengamos acceso a una formación médica libre de violencias. En las historias recolectadas, es evidente que la jerarquía y distribución de poder atraviesan la respuesta de las personas y mujeres que han vivido violencia, en este espacio médico responder a la violencia puede implicar ser etiquetada como “loca”, como le sucedió a Fernanda o pueden ser expulsadas del programa.



La violencia hacia las mujeres puede ser vista por otras mujeres, con quienes se puede tejer alianzas, y no sólo en los espacios médicos, sino en los espacios de educación en general, sobre esta red de alianzas formales y no formales, las denuncias y la falta de acceso a la justicia, nos habla Lore, otra de las participantes quien narra:

*“IMSS 3er nivel, fue un ginecólogo, yo estaba de interna rotando en recuperación (ginecología), intentó propararse conmigo, tocándome cuando yo no di permiso y decía que era muy linda y muy bonita, tocándome la mano de manera innecesaria. Llegó un momento en que nos quedamos solos (para esto yo estaba haciendo un ingreso, sentada, él se sentó a un lado mío para verificar que estuviera bien, pero se sentó demasiado cerca, se acercó demasiado y puso su mano en mi cintura y la comenzó a bajar hasta mi cadera y comenzó a decirme más cosas y se salió del tema diciendo de nuevo que era muy bonita y linda etcétera. Para este punto ya no sabía qué hacer o a dónde ir porque colocó su mano libre sobre mi mano y la empezó a acariciar, continuó hasta que llegó una enfermera a mi rescate diciendo que me hablaban (cosa que no era cierta). Se lo conté a una doctora también de base, le dije que por favor le dijera algo al doctor y lo único que hizo fue reír y decir que así era él y se fue, a lo cual le comenté a mi residente y ella es la que iba a verme cada que tenía tiempo libre o bien veía al doctor y me hablaba para que fuera con ella. Le comenté a mi encargada de servicio y dijo que no podría hacer nada porque estaba sindicalizada también, pero que me apoyaría en secreto, eso sí que no la mencionara en el reporte. Esto tardó en resolverse porque era un doctor sindicalizado y el sindicato lo defendía. Sin embargo, metí [mi queja] a la universidad, los cuales llamaron un abogado y también se metió el director del hospital y me defendieron y ahí si decidieron tomar en cuenta el problema. A partir de ahí surgieron más quejas tanto de ex internas, como internas actuales y algunas residentes, pero nadie le había dicho nada por el dichoso sindicato, total me llamaron el encargado y el sindicato a declarar y más cosas, además de que me ofrecieron una compensación económica (la cual rechacé) y acabé el internado sin que me dijeran nada, hasta hace 6 meses me llamaron para decirme que lo suspendieron solamente 2 años, pero seguirá trabajando ahí de nuevo.”*

El relato de Lore señala como cómplices al sindicato quienes defendieron al agresor y le permitieron continuar con sus labores; no obstante, en este caso la universidad y el hospital actuaron de manera oportuna para que Lore pudiera terminar su internado y castigar (por un periodo) al agresor. Caso contrario del de otra participante de nombre Pilar quien compartió lo siguiente:

*“Yo era MIP, él un R4 de ginecología. Al terminar una cesárea me pidió que me quedara a ayudarlo a acomodar, y cuando yo estaba de espaldas pegó su cuerpo a mí y empezó a tocarme los pechos, el abdomen, las nalgas, yo me quedé petrificada, entró una enfermera y le dijo que si otra vez estaba de puerco y me dijo que me fuera a la central. Cuando amaneció lo denuncié y el jefe de enseñanza de ese hospital me dijo que era mi culpa por provocar a mi superior. El jefe de mi sede me dijo que necesitaba un psiquiatra porque cómo algo tan simple me afectaba tanto.”*

En este caso la violencia sexual que experimentó Pilar fue más allá de acoso, fue abuso sexual normalizado tanto por la enfermera como por el jefe de enseñanza. En este caso también se puede observar cómo se le culpa a la víctima y se les revictimiza, además de que se justifica la violencia y se minimizan los efectos que esta tiene en las personas quienes la experimentan. La normalización de esta violencia en el campo clínico es recurrente en las experiencias que compartieron las participantes que vivieron violencia sexual durante su formación académica. La nula capacidad de las instituciones para prevenir y sancionar esta violencia es una constante, como se puede observar en el siguiente relato de Elizabeth:

*“Durante mi año de internado fui acosada sexualmente por un R2 de Anestesiología. Antes de que esto pasara yo creí que solo éramos "colegas" nos saludábamos en los pasillos y no más. El día que sucedió yo estaba de guardia y me tocó bajar a cirugía; mientras estaba haciendo mis indicaciones él llegó al área de trabajo e inició la plática a los que yo vi normal. Se sentó y me tapó la salida del área de trabajo; en ese momento me jala del brazo para acostarme en su pecho a lo que intenté regresar a donde estaba, pero me volvió a jalar e intentó besarme. Yo lo evadí, sin embargo,*

*me apretó hacia él y me dijo que nadie se tenía que enterar, yo jamás accedí. Mientras me tenía cerca de él metió su mano debajo de mi filipina y comenzó a tocar mi espalda e intentó retirarme, pero no podía, me aleje muy poco cuando me volvió a jalar hacia él y volvió a meter su mano debajo de mi filipina, me espanté aún más cuando sentí que iba a desabrochar mi brasier y no sé cómo pude salir de ahí. Levanté mi respectivo oficio y el hospital no hizo nada, al contrario, escondieron ese y otros oficios que ese mismo residente tenía.”*

Esta violencia sexual, es también una agresión física y emocional que, sumada a la impunidad, puede tener distintas secuelas a nivel psicológico y por tanto físico. Y estos eventos que parecen conflictos personales, no son casos individuales o aislados, están imbricados con la formación médica basada en el hiperrendimiento, el sacrificio, la meritocracia y con una sociedad e instituciones que han normalizado estos eventos de abuso. La violencia sexual que experimentaron las participantes en muchas ocasiones viene acompañada de otro tipo de violencias como la psicológica, el acoso laboral o las agresiones verbales. En los dos siguientes relatos, se pueden observar estas violencias en conjunto:

*“En el internado fui acosada por un cirujano plástico. Me despertó mientras dormía y me pidió un beso. [Me dijo] que no se iría sin que se lo diera. Yo estaba de guardia y moría de sueño. Le di un beso para que me dejara seguir durmiendo”*

Verónica

*“Fue acoso sexual, del director del hospital donde hacía mi internado, si no accedías a sus acosos te hacía la vida imposible, te trataba mal dejando ver que no sabías, insultos [tales] como eres una basura entre otros “.*

Fernanda

En los casos presentados se pone en evidencia que la violencia sexual que ejercen médicos en contra de mujeres se relaciona con la jerarquía, el poder y el género. Si bien existen hombres que experimentan acoso sexual por parte de mujeres, es importante señalar que en la mayoría de los casos son las mujeres quienes son acosadas y abusadas sexualmente por hombres. También es importante mencionar cómo se naturaliza este tipo de violencia en el campo médico al minimizar las acciones de violencia o incluso justificarlas para no

entablar acciones legales o sanciones en contra de los agresores. En este tipo de violencia las instituciones juegan un papel importante debido a que debieran ser las encargadas de prevenir, erradicar y sancionar la violencia sexual en sus espacios laborales y académicos; sin embargo, como vemos en los testimonios anteriores, en muy pocas ocasiones las instituciones encargadas de sancionar estas acciones como el ISSSTE, universidades, o sindicatos prefieren minimizar los actos de violencia, estigmatizar a las víctimas y así vulnerar el derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia.

Cabe resaltar que el acoso y la violencia sexual hacia las mujeres, forma parte de una de las violencias que más se han visibilizado debido a la creciente denuncia (formal y no formal) y a la movilización de las propias mujeres. En los espacios *universitarios* “*cuando las mujeres se niegan a ser objetos del deseo y conquista masculina, las relaciones de poder y dominio se tornan violentas ante la insumisión de las mujeres*” (Castañeda, 2022, p. 118) Como vemos en las experiencias que nos narraron, la violencia escala gradualmente, sobre todo cuando es rechazada. Y esto sucede en los espacios de formación médica, pero también en otras instituciones de formación universitaria.

Otros tipos de violencia de género también se presentaron en las experiencias compartidas por las participantes. La violencia por razón de género es:

La violencia dirigida contra las mujeres por el hecho de ser mujeres y que les afecta de forma desproporcionada [...] Puede manifestarse de diferentes formas, como: actos u omisiones con el fin o efecto de causar o provocar la muerte o un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico para las mujeres; amenazas de tales actos y acoso, coacción o privación arbitraria de la libertad. [Este tipo de violencia] está arraigada en factores relacionadas con el género, como: la ideología del derecho y privilegio de los hombres respecto de las mujeres; las normas relativas a la masculinidad y la necesidad de afirmar el control o el poder masculino, imponer los papeles asignados a cada género o evitar, desalentar o castigar lo que se considera un comportamiento inaceptable de las mujeres. (CEDH, s.f.).

En los relatos ofrecidos por las participantes del cuestionario, se advierte que las violencias ejercidas por razón de género se relacionan con los estereotipos y roles de género

que han encasillado a las mujeres al hogar, al espacio privado, al cuidado de hijos e hijas, a la maternidad y a una supuesta inferioridad frente a los hombres. La violencia machista y la misoginia como estructuras que soportan la violencia de género se presentan constantemente en el campo médico como se presenta a continuación:

*“Donde hice mi servicio social el director de la unidad al verme lo primero que dijo fue “¡Ah, eres pasante mujer, vas a estar limitada! Pero espero tenga un buen año”.*

Eve

*“[Un] médico de base, degradó el trabajo, haciendo referencia a qué por ser mujer, debería estar en casa criando hijos y no estudiando”.*

Susana

*“Sin que yo haya firmado un reglamento con algún apartado de vestimenta, se me negó el poder brindar atención a mis pacientes ya que para los directivos mi vestimenta era "provocativa"*

Ileana

*“En la residencia [fui] ignorada por ser mujer en un servicio de rotación, sintiendo el favoritismo por los hombres”.*

Laura

*“Viví discriminación al iniciar la residencia cuando el adscrito me preguntó: “¿eres vieja o eres cirujano?” Otro me dijo: "sólo por ser mujer y venir de escuela privada, vas a renunciar".... Otro: "te explicaría si supieras sobre el dedito cinero<sup>5</sup>[...]”*

Karen

En las experiencias de violencia de género expuestas se advierte que la violencia ejercida en contra de las mujeres se vincula con los estereotipos o roles de género que históricamente han vinculado a la mujer a los espacios privados como el hogar, la familia y los cuidados; también se relacionan con la discriminación y una supuesta superioridad de los hombres sobre las mujeres, en el marco de un sistema patriarcal. Estos tipos de violencia, al

---

<sup>5</sup> Expresión que hace referencia a tocamientos sexuales dentro de un cine.

igual que la sexual, atentan en contra del derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia. Es importante señalar que la condescendencia también es una expresión de la violencia, en donde quien la ejerce posee una jerarquía superior o un privilegio para, de manera sutil, demostrar su posición.

### ➤ **Violencia psicológica, abuso verbal y acoso laboral**

La violencia psicológica y/ o abuso verbal y/o acoso laboral fue señalada en el 21% de las respuestas proporcionadas por las y los participantes del cuestionario. La violencia psicológica se define como los “actos que conllevan a la desvalorización y buscan disminuir o eliminar los recursos internos que la persona posee para hacer frente a las diferentes situaciones de su vida cotidiana” (Fiscalía General de la República, 2017). Además, este tipo de violencia tiene afectaciones importantes en las víctimas tales como que:

la persona viva una pérdida de su dignidad, seguridad y confianza en sí misma y en las personas que la rodean; termina creyendo lo que le dice la persona que ejerce la violencia. En la víctima se construyen sentimientos de vergüenza y culpabilidad, fobias, trastornos de pánico, puede incluso llegar a haber una total inactividad física o a presentarse comportamientos suicidas y de daño autoinfligidos. (Fiscalía General de la República, 2017).

Este tipo de violencia, aunque muchas veces se relaciona o imbrica con la violencia de género, no es exclusiva y en la mayoría de las ocasiones es ejercida por el personal médico de mayor jerarquía o poder, sobre otras personas de menor rango, este tipo de violencia psicológica afecta la percepción de las víctimas respecto de sus capacidades y derechos y afecta también sus formas de relacionarse con otras personas y con los procesos de enseñanza-aprendizaje. Tal es el caso de Carmina, quien señaló que:

*“En el internado recibo violencia psicológica por parte de mi adscrito. Piensa que comer es de débiles y si no sé algo me lo recrimina de una forma intensa. Ahora me siento culpable cada que descanso, como o duermo”.*

Convencer a la víctima de que sus capacidades no son suficientes y de aceptar los castigos que supuestamente merece es parte de la violencia psicológica de la que son víctimas algunas de las personas que se forman en medicina. Este tipo de violencia frecuentemente se expresa mediante el abuso verbal que puede incluir gritos, insultos, expresiones sarcásticas, entre otras. De manera más amplia el abuso verbal como un tipo de violencia, pretende dañar a la otra persona es un mensaje o un discurso puede o no contener insultos o palabras tabú ya que para producir malestar psicológico no es esencial utilizar esa clase de recursos. Además de producir ansiedad, este tipo de violencia puede dañar la autoestima de la persona y su imagen pública [...] se caracteriza por acusaciones, insultos, amenazas, juicios, críticas degradantes, órdenes agresivos o gritos (Gazano, 2018, p. 1).

Y la violencia sexista también se ejerce entre pares de jerarquías, pero siendo un mayor blanco las estudiantes mujeres debido al sexismo que atraviesa la sociedad, tal es el caso de Paola, quien narró:

*“Durante mi segundo año de residencia, en un hospital de SSA, un residente de cuarto año de otra especialidad me violentó durante el quirófano, me gritó y amenazó, yo sólo pude gritarle de vuelta algunas cosas y mis adscritos me sacaron de la sala. La segunda que recuerdo más es de mis propios residentes humillándome dentro de los quirófanos, [frente a] pacientes al hacer preguntas fuera de lugar y evidenciar el desconocimiento ya que son preguntas que no eran de mi grado, así mismo durante las clases los mismos residentes de un año mayor de jerarquía conmigo burlándose en nuestras clases y degradando nuestras ponencias”.*

Los hombres en formación médica son también sujetos de violencia psicológica y el abuso verbal. En las experiencias compartidas por las y los médicos se observa que, si bien hay una violencia sexual y de género hacia las mujeres, los tratos humillantes, degradantes y la violencia psicológica y verbal lo viven tanto hombres como mujeres. El objetivo de ejercer este tipo de violencias es dañar emocionalmente a la persona que la recibe; además también

busca dejar en claro las jerarquías y el poder de las personas de mayor grado académico o profesional. Emilio, compartió la siguiente experiencia:

*“Durante mi RI, el adscrito de cirugía pediátrica me gritó frente a los pacientes, reaccioné dándome la vuelta y marchándome”.*

La imposibilidad de responder o de defenderse también es una constante en las experiencias de violencia compartidas. Esto se debe a que las personas víctimas de múltiples violencias se saben y se reconocen en una posición de desventaja o de rango inferior que les impide confrontar a sus agresoras y agresores. También se puede deber a la normalización de estas violencias y de los métodos crueles que se aplican en nombre de la disciplina y la enseñanza-adquisición de capacidades profesionales. Ashoka también compartió una experiencia similar sobre la imposibilidad de responder ante la violencia psicológica y el abuso verbal del que fue sujeta:

*“El cirujano me gritó cuando repetidas veces le dije que no entendía lo que me quería decir por tanto EPP<sup>6</sup> que se había puesto, estaba en el internado rotando por GyO<sup>7</sup>; no hice nada, simplemente seguí con mi trabajo y jamás volví a querer rotar con él. Más aparte todos los acosos por cirujanos igualmente en el internado”.*

Es importante señalar que la violencia psicológica que experimentan las personas que estudian medicina no proviene únicamente de personas de la misma profesión, sino de sujetas y sujetos que ostentan un poder, cargo, privilegio o posición superior en el campo clínico. Así, que también reciben violencias por parte del personal de enfermería de mayor experiencia, como comparte Aydeen:

*“En el internado había una enfermera en el área de toco<sup>8</sup> que trataba mal en general a los MIP<sup>9</sup> y hasta hablar mal de las ginecólogas suplentes como que no sabían hacer su trabajo etc., era muy despectiva con respecto a las jerarquías con los MIP hasta*

---

<sup>6</sup> EPP se refiere a Equipo de Protección Personal

<sup>7</sup> GyO se refiere a Ginecología y Obstetricia

<sup>8</sup> toco acortamiento de la palabra Tococirugía

<sup>9</sup> MIP se refiere a Médico Interno de Pregrado



*que se enteraba que alguno era familiar de algún otro trabajador del mismo hospital, en mi casa supo que era hija de una enfermera de quirófano y así fue que dejó de gritarme y pedirme las cosas de manera grosera, aunque a los demás seguía tratándolos mal”.*

Como ya se señaló anteriormente el *mobbing* es una de las principales violencias que enfrenta el personal médico en formación. Si bien las y los residentes no tienen un reconocimiento de trabajadores y siguen en relación académica con las universidades, la realidad es que cumplen funciones de trabajadores en el campo médico con las exigencias de un campo laboral, pero sin el reconocimiento de derechos por las funciones que cumplen. En tal dinámica el acoso y hostigamiento laboral se presenta como una constante.

El acoso laboral o *mobbing* es definida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como: “acción verbal o psicológica de índole sistemática, repetida o persistente por la que, en el lugar de trabajo o en conexión con el trabajo, una persona o un grupo de personas hiere a una víctima, la humilla, ofende o amedrenta” (CNDH, 2017, p. 5). Específicamente este tipo de violencia tiene como objetivo:

Intimidar, opacar, aplanar, amedrentar o consumir emocional o intelectualmente (o moralmente) al demandante, con miras a excluirlo de la organización o satisfacer la necesidad, por parte del hostigador, de agredir, controlar y destruir. Es necesario mencionar, que se ha llegado a denominar acoso moral al acoso laboral, cuando se trata de otra vertiente de afectación y daño en la esfera ético moral de cada persona, diferenciable del psicológico que viola el derecho a la salud. El acoso moral incluye un trato objetivamente humillante, que afecta la integridad moral y que causa un perjuicio moral. La Ley Federal del Trabajo en México, en el artículo 3 Bis, se refiere al hostigamiento y agrega otros elementos: a. Que el tipo de hostigamiento es vertical descendente en el ámbito laboral y b. Que se expresa en conductas verbales, físicas o ambas (CNDH, 2017, p. 6).

Sobre este tipo de violencia José compartió la siguiente experiencia:

*“El acoso mediante redes sociales (WhatsApp) es constante, desde que te hablan a horas de la madrugada hasta en días de descanso, no existe una desconexión real pues se habla de problemas específicos de cada turno en grupos donde todos los participantes son residentes y se aborda a todos por igual estén en turno o no; se comunica por este medio y se requiere que se responda de manera inmediata pese a que estemos realizando otras actividades académicas, de práctica o fuera del hospital. Los horarios son modificables según el requerimiento del hospital sin consentimiento de los residentes. El uso de máquinas de escribir sin justificación alguna para realizar papelería que se podría realizar en una fracción de tiempo a computadora y utilizar la misma como un método de castigo físico llegando a existir desprendimiento de las uñas por el uso de este método y negándose a detener el uso de ese mecanismo.”*

Cabe destacar que dentro de un hospital nuestras responsabilidades, a parte de nuestra formación, no solamente existe el estrés de cumplir con nuestras responsabilidades de llenar hojas, tomar muestras y caminar al laboratorio o al departamento de radiología veinte veces al día, también está la parte humana de tener contacto con los pacientes y saber ganarnos su confianza para que nos compartan de manera sincera lo que sienten y nos ayuden a identificar qué les pasa, para desarrollar habilidades para leer los cuerpos. Algo que realmente nos va formando como buenos médicos si la tomamos en serio.

Las exigencias fuera de turno, las amenazas y los castigos físicos ejercidos por personal médico de mayor jerarquía supera incluso el hostigamiento laboral. Se transforma en una pedagogía del terror que en nombre del conocimiento, preparación, capacitación y disciplina afecta psicológica y físicamente a las y los estudiantes de medicina. La violencia psicológica y sus efectos a diferencia de otros tipos de violencia, es menos perceptible e incluso se encuentra más normalizada debido a que es una violencia que se ejerce durante toda la formación escolar en todos los niveles educativos. Además, esta violencia se reproduce sistemáticamente como parte inexorable de la educación que va de generación en

generación heredando la idea del sufrimiento a cambio del mérito y de prestigio. Incluso esta violencia puede elevarse a violencia física como se expondrá más adelante en este texto.

### **Tratos degradantes y/o humillaciones y/o privación del sueño o alimentos**

*“A lo largo del año de internado en un hospital público, observé a varios de mis compañeros y compañeras aceptar los malos tratos impuestos por algún médico de base creyendo para sí mismos merecerlo, esto bajo la culpa de no saberlo todo en absolutamente todas las circunstancias (tal como una computadora lo haría).*

*Observé también a algunos de los médicos más grandes y “sabios” discutir acerca de todo lo malo que nos merecíamos de la vida para así aprender y tener temple frente a las adversidades que implica tratar con la vida de otras personas, sin embargo, reconozco que sufrir no necesariamente me hará más empática”.*

Fragmento de Marea en un hospital (texto autoetnográfico)

Este tipo de violencia que experimenta el personal médico en formación representó el 18% de las violencias señaladas por las y los participantes que respondieron el cuestionario. Esta violencia se ejerce bajo el supuesto de ser necesaria para la formación o disciplinamiento de las y los sujetos. Incluso es normalizada a tal grado que las víctimas de esta violencia la aceptan como inherente a su formación. No obstante, este tipo de violencia incluso podría considerarse como una especie de tortura que atenta contra la dignidad humana. El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) señala que ésta se usa:

la expresión amplia de " malos tratos " para abarcar la tortura y otros métodos abusivos prohibidos por el derecho internacional, incluidos los tratos inhumanos, crueles, humillantes y degradantes, los ultrajes a la dignidad personal y la coerción física o moral. La diferencia jurídica entre la tortura y las otras formas

de malos tratos reside en el nivel de gravedad del dolor o del sufrimiento infligido. Además, para que un acto se considere tortura, es necesario que exista un propósito concreto que lo motive; por ejemplo, obtener información. Los diferentes términos que se usan para referirse a distintas formas de infligir malos tratos o causar dolor pueden explicarse del siguiente modo:

- Tortura: existencia de un propósito concreto, sumada al hecho de infligir sufrimiento o dolor graves en forma intencional.
- Tratos crueles o inhumanos: sin propósito concreto; se inflige un nivel considerable de sufrimiento o de dolor.
- Ultrajes a la dignidad personal: sin propósito concreto; se inflige un nivel considerable de humillación o de degradación.

Los métodos utilizados para infligir malos tratos pueden ser tanto físicos como psicológicos, y ambos pueden causar efectos físicos y psicológicos. (2005).

Con base en lo anterior, se puede considerar que los malos tratos, la privación del sueño o de alimentos, incluso la negativa de los médicos y las médicas de mayor rango para impedir que el personal en formación se asee o pueda ir al baño pudieran considerarse un ultraje a la dignidad humana. Una de las participantes de nombre Beth, señala que

*“En la residencia de Pediatría recibí tratos injustos desde no dejarte comer, no dejarte ir al baño, burlarse porque no sabes, hablar mal de ti, dejarte en una sola posición varios minutos entre otros "castigos””.*

Los “castigos” como los nombra Beth son violencias ejercidas en nombre del disciplinamiento, en nombre de la formación. Son violencias normalizadas y ejercidas con la intención de humillar y degradar a las víctimas, además de que tienen efectos psicológicos en las personas quienes las experimentan. Sin embargo, ante la negativa y la resistencia de las víctimas a recibir malos tratos o a ser humilladas, las personas que ejercen este tipo de violencia se posicionan en su jerarquía y su poder para desplegarlo. Gaby, compartió la siguiente experiencia:

*“Siempre me mandaban por su comida en el servicio de Gineco. El día que les dije que no lo haría más (porque nos hacían salir hasta de noche, cosa que estaba prohibido por el riesgo de la zona), en la evaluación, a pesar de haber sido la que siempre sacaba el trabajo, me quisieron reprobar, me dijeron que no tenía “actitud de servicio”. Estuvieron a nada de reprobarme un servicio sólo porque no quería ser su mandadera”-*

La exigencia de una “actitud de servicio” de unas personas con mayor jerarquía sobre otras son indicios de las estructuras de poder que se construyen y reproducen socialmente, no sólo en el campo clínico. Las y los doctores de mayor rango que utilizan el poder de su posición para ejercer malos tratos, tratos degradantes, privaciones y amenazas son violencias el personal médico en formación recibe constantemente de manera cotidiana y sistemática como violencias normalizadas del disciplinamiento y el desarrollo de capacidades supuestamente “necesarias” para el campo laboral. Otro relato de los participantes, en este caso de Fer, muestra la normalización de estas violencias:

*“En el servicio de Cirugía fue un infierno, en el aspecto que los Residentes siempre se echaban unos a otros (más los de mayor a menor rango), recuerdo que un día, enfermería festejaba su día y nos dejaron a los internos comida en una bolsita (era carne para hacer tacos), durante la entrega, una residente llamada Penélope, tomó esa comida y empezó a decirnos: “¿qué, son perros para recibir sobras?” Acto después agarró la bolsa y la tiró a la basura. Luego de eso procedió a llamarnos a mí y a un compañero de la guardia A diciéndonos: “vamos a ver pendejos, necesito que me digan quién sí llega a las 3 am a actualizar a sus pacientes, si me mienten me voy a enterar y me los voy a chingar. Yo sólo les digo que me los puedo joder”. Meses después, por un error de los RI, nos castigaron a los internos también, haciéndonos llegar todos los días a las 5 am a hacer limpieza (cuando nosotros no habíamos hecho nada malo). Y durante esa época, una de mis amigas que vivía muy lejos, sufrió acoso en el metrobús porque venía sola, a oscuras. De hecho, ese servicio tenía muchos informes de maltratos, pero nunca proceden”.*

En las experiencias compartidas por las y los participantes del cuestionario se señalan constantemente castigos, malos tratos, amenazas y humillaciones por parte de médicas y médicos de mayor jerarquía, quienes evidencian el poder que tienen para vulnerar la dignidad de las y los médicos en formación, además de provocar daños que repercuten a corto y largo plazo en la salud mental y física de las y los mismos. La experiencia de Ivonne muestra los efectos de los malos tratos y humillaciones:

*“Los R2 (en ese momento) durante nuestras clases o delante de los pacientes, se burlaban si llegamos a decir algo incorrecto, no se nos corregía solo se hacía hincapié en que éramos tontos (por usar una palabra menos agresiva), nos dejaban más horas después del turno y cuando era posible nos quitaban los días de descanso (algo conocido como “guardarte”). Cabe mencionar que eso fue repetido a diario sin poder exponer tus razones o motivos (no se permite responderle a un R de mayor jerarquía). Aun cuando sea algo totalmente injustificado, esto me llevo a un desgaste y estrés emocional sin precedentes, tener miedo de llegar al hospital o tener crisis de ansiedad cuando me llamaban por teléfono ...y ya que no puedes realizar ninguna queja formal porque después el acoso es peor, opté por iniciar con terapia psicológica vía online de manera externa al hospital, ya que si también se enteraban de eso había comentarios pasivos agresivos hacia ti”.*

Aunque más adelante se profundizará en algunos de los efectos que provocan las diversas violencias que experimentan las y los médicos en formación, es necesario comenzar a identificar y a señalar las repercusiones que las y los participantes del cuestionario mencionaron. La privación del sueño, descanso, aseo o alimentos es sin duda una de las violencias más graves que enfrentan las y los médicos en formación, violencia que puede considerarse dentro de los parámetros de tortura, concepto antes descrito, tortura que atenta en contra de la salud y la dignidad humana de las personas que estudian medicina. El caso de Carolina evidencia ese tipo de violencia claramente:

*“Cuando era interna de recién ingreso las internas (MIP 2) que habían llegado seis meses antes, me prohibieron ingresar al cuarto de internos porque no merecía descansar por ser nueva. Y luego cuando entre a la residencia las R4 nos gritaban y*

*castigaban a la menor provocación y gustaban de hacerlo frente a todos nuestros compañeros para hacerlo más humillante aún”.*

Como se pudo observar en las experiencias compartidas por las y los participantes del cuestionario, los malos tratos, humillaciones y privaciones son violencias ejercidas por personas de mayor jerarquía y poder con supuesto objetivo de disciplinar y de preparar a las y los estudiantes para el campo laboral. Sin embargo, las consecuencias de estas violencias normalizadas atentan en contra de la dignidad humana y tienen un impacto grave en la salud mental y física de quienes las experimentan.

## **Violencias físicas y riesgo de salud**

La violencia física es definida por el Consejo Nacional de Población como:

El uso de la fuerza física para provocar daño, no accidental; o con algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas. Este tipo de violencia se reconoce con mayor facilidad; deja lesiones en el cuerpo que, pueden ser permanentes, provocar alguna discapacidad o incluso causar la muerte. El miedo que experimenta la víctima ante la posibilidad de que se repita el episodio violento, puede mantenerla en un estado de tensión que genera malestares físicos como dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, taquicardias, etcétera. (Consejo Nacional de Población, s.f., p. 2)

La violencia física, así como muchas de las otras violencias que se han analizado en este documento, se presenta con frecuencia acompañada de otros tipos de violencias y de igual forma, la violencia física la ejercen en varias ocasiones personas con mayor poder o jerarquía y ante la indiferencia de las autoridades de los servicios de salud y/o académicos. Es el caso de la experiencia de Nat:

*“Recibí cachetadas, acoso por parte de un adscrito y presión por directivos del hospital para no sancionarlo, castigos injustificados y violencia psicológica”.*

La presión o coerción para no denunciar a las personas que ejercen violencia física en contra de otras personas demuestra la complicidad que existe entre las y los médicos del sistema de salud quienes se han formado en el campo mediante el ejercicio de múltiples violencias y que ahora reproducen. La violencia física como castigo atenta en contra no sólo de la dignidad humana, sino que también constituye una violación a la integridad física de las personas que la reciben. En el caso de Karen se puede observar que además de la violencia física, ella experimentó también violencia de género y violencia sexual:

*“En el hospital mientras hacía mi internado de pregrado un cirujano adscrito me pedía entrar a sus cirugías de ayudante y ya en la cirugía me pegaba con las pinzas en las manos y decía que él no entendía que hacíamos las mujeres jugando al doctor, que nuestro lugar era en la casa, luego al salir se disculpaba y pretendía invitarme a comer, en alguna otra ocasión me hizo propuestas sexuales, era muy incómodo trabajar con él”.*

La violencia física no es exclusiva para las mujeres, en nombre de la formación y el disciplinamiento las y los médicos de mayor jerarquía ejercen esta violencia con el objetivo de dañar y de humillar a otros hombres subordinados, es el caso de Enrique quien relata lo siguiente:

*“Yo MIP, en el IMSS, un traumatólogo valoró a una señora por aparentemente luxación de hombro (yo no sabía) y la ingresó, el traumatólogo al que quedó a cargo quiso reducirla (yo no la conocía) y después de media hora de reducir en cama, vio que no quedaba, y la señora dijo que llevaba años con el hombro así, y el trauma se molestó, me dio un golpe en el hombro, la dio de alta y yo me quedé con dolor y sin decir nada”.*

El quedarse sin palabras o sin saber a quién recurrir para denunciar este tipo de violencias representa un factor común en las experiencias del personal médico que compartió sus experiencias. Además del no saber a quién recurrir, esta ausencia de palabras es expresión



de la normalización de la violencia por alguien que ostenta una jerarquía mayor o poder y a quién no se puede confrontar debido a las mismas jerarquías. Además de la violencia física también se suele poner en riesgo la salud de las personas subordinadas, como es el caso de Silvia:

*“Cuando rotaba en ginecóloga en el internado (del hospital general de Cholula) me enfermé de tifoidea, empecé en plena guardia con fiebre y vómito, lo que a la ginecóloga de guardia no le importó, me obligó a seguir trabajando, aunque yo sentía que me caía de malestar, incluso llegó a donde estaba acostada en el piso y con el pie me empujó para que me levantara. Otra es en los pases de visita de diferentes servicios donde había humillaciones claras, en frente de los familiares te insultaban, decían que eras tonto, que no sabías nada”.*

Como se puede observar, la violencia física que incluye poner en riesgo la salud del personal médico de menor jerarquía se presenta como una forma de ejercicio de poder de personas que se han formado y educado mediante la reproducción de dicha violencia. El sufrimiento que conlleva, no sólo la violencia física, sino todas las violencias que se ejercen en el sistema educativo son parte de una estructura que considera necesarias las violencias para la adquisición de conocimientos. No obstante, aunque las violencias son una constante en la formación médica es importante señalar que hoy en día muchas y muchos de las y los estudiantes de esta disciplina son conscientes de las acciones que violentan sus derechos y que transgreden su integridad física y emocional. Ahora lo importante será que estas violencias no se sigan reproduciendo y que las y los agresores sean sancionados, con el fin de evitar que las personas que se preparan en el campo clínico experimenten las múltiples violencias que hasta aquí se han expuesto debido a que las afectaciones que producen dichas violencias pueden tener consecuencias verdaderamente graves.

### ➤ **Las consecuencias de las contrapedagogías en la formación médica**

Como se ha visto en las experiencias que compartieron las y los participantes del cuestionario hay diversas afectaciones provocadas por las violencias en el campo clínico. Las personas compartieron que han experimentado depresión, ansiedad, temor, vergüenza y que tales

experiencias de violencia han afectado su salud mental y física. Si bien este trabajo no tiene como fin un análisis desde la psicología, es necesario mencionar que, desde una experiencia vivida en carne propia, la depresión y la ansiedad que producen las violencias que experimentamos las personas que estudiamos medicina afectan a nivel personal, familiar y social. En algunos casos, las violencias que se experimentan pueden provocar incluso el deseo de sufrir daños físicos: “*¡Que alguien me choque, que alguien me choque, que alguien me choque!*”, son las palabras que repetí en mi cabeza todos los días por varios meses mientras conducía hacia el hospital durante el año de internado médico. Pero nadie me chocó” (Fragmento de Marea en un hospital, texto eutoetnográfico).

Además de los deseos de que alguien me infligiera un daño físico —como chocarme— para no tener que asistir al hospital las violencias que experimentaba ahí me provocaron una profunda depresión; baja autoestima; temor de ser humillada por no saber lo que aún no aprendía por completo en mi formación; vergüenza con mi familia que estaba sumamente orgullosa de mí y por el pensar que yo no estaba a la altura. En los espacios médicos pareciera que la violencia “debe hacernos” también insensibles al dolor humano de las y los otros, y sí mostramos esta cercanía hacia las y los pacientes somos acusadas y acusados de malos médicos o de ser “muy sensibles”. Sin embargo, yo no era ni soy la única con estas experiencias y sentimientos, mis compañeras y compañeros también vivían lo mismo, aunque no sé si en menor o mayor grado:

*“Es inevitable ver en los pacientes a nuestros padres, tíos, abuelos, sobrinos, y otros humanos a quienes amamos. Cada vez que alguien se muere, se nos muere un humano y en mi caso, se moría un cachito de alma también. Es justo ese proceso durante el cual se dice que las y los médicos nos vamos volviendo “fríos”, pues llega un punto en el que la muerte, la enfermedad y el sufrimiento se convierten en algo cotidiano, y como mecanismo de defensa debemos dejar de llorar y sentir por los demás, de otro modo las emociones nublarían toda capacidad de pensar con la razón para ayudar al enfermo.*

*En este contexto, pronto me supe en depresión, pues en medio de ese mar de nuevas sensaciones sobre la salud y enfermedad, la vida y la muerte, también me encontraba junto con mis compañeros frente al reto de no quedarnos dormidos, de contestar bien*

*todas las preguntas, de forzar nuestras capacidades para recordar absolutamente todo lo ocurrido con los pacientes, y muchas veces de soportar firmemente la violencia verbal que se nos imponía cuando desconocíamos algún dato que el médico adscrito considerara relevante. No era extraño escuchar constantemente un “no debiste estudiar medicina” seguido de algún regaño por no tener todas las respuestas en medio de un cuestionamiento frente a las miradas de los pacientes. Era imposible mantenerse en una pieza, algo se tenía que romper, en mi caso, la salud mental.”*  
(Fragmento de Marea en un hospital, texto autoetnográfico)

La depresión, la ansiedad, el temor, la culpa, la vergüenza y todas afectaciones que producen las violencias que vivimos en el campo clínico tienen consecuencias a nivel estructural. Una médica deprimida, como es mi caso, iba a tener un desempeño por debajo del exigido e iba a cometer errores que al mismo tiempo le hacían blanco de más violencias, en un espiral infinito que solamente me iba consumiendo poco a poco:

*“La depresión empeoraba, mi atención y capacidad de retener información se vieron afectadas, lo cual me llevaría a un círculo sin fin, pues al no poder memorizar información importante sobre los pacientes, no podría reportar su estado de salud de manera eficaz a mis superiores o pensar en diagnósticos o tratamientos, por lo tanto, sería blanco de acoso laboral y violencia verbal, lo cual empeoraría mi estado depresivo, pues mi inteligencia emocional estaba fragmentada sin posibilidad de tolerar más. Mi desempeño comenzó a ser lento, por ello ante la motivación de mi madre, quien es psicóloga de formación y quien manifestó sentirse incompetente al no poder apoyar a su propia hija, decidí acudir al servicio de psiquiatría del hospital para solicitarle al especialista algún fármaco que me ayudara con los síntomas de depresión, pues no contaba con el tiempo de acudir a terapia psicológica.”*  
(Fragmento de Marea en un Hospital, texto autoetnográfico)

Las consecuencias de las violencias que se experimentan al formarse en el campo médico son graves a nivel estructural si se considera que el sistema de salud en México padece de graves y serios problemas como la falta de insumos médicos, personal,

especialistas, entre otras cosas. Si a esto se le añade que gran parte del personal estamos afectadas por las violencias del mismo sistema educativo y nuestras capacidades han sido explotadas hasta el límite es de esperarse que las consecuencias de todo este conjunto de factores afectarán a terceras personas, en este caso las y los pacientes que están a nuestro cargo:

*“Con el tiempo fui dándome cuenta de que no he sido, fui, ni seré la única que ha atravesado por un cuadro depresivo a lo largo de la formación médica, es algo común que muchos viven, pero nadie expresa por diversos motivos, entre los cuales destaca el miedo a ver nuestra educación truncada. Durante la formación clínica de un médico, la gran mayoría de nosotros advertimos diversos síntomas que nos llevan a la conclusión de un “burnout”. (Fragmento de Marea en un Hospital, texto autoetnográfico)*

Y es mínima la importancia que se le da a la salud mental del personal de salud en el ambiente intrahospitalario, en donde no únicamente se viven circunstancias violatorias a los Derechos Humanos como privación del sueño, de la alimentación o de la libertad con las llamadas “guardias de reflexión” (eufemismo para ocultar el castigo consistente en privación de la libertad permaneciendo dentro del hospital durante uno o múltiples turnos extras), sino que también entre el mismo personal médico se presentan situaciones de violencia verbal, física y sexual, acoso laboral, abuso de poder del médico de mayor jerarquía e infinidad de agresiones que destruyen de poco a poco la personalidad, voluntad y vocación de un individuo.

Finalmente, es necesario señalar que la “romantización del sufrimiento” y de las violencias, supuestamente, necesarias para aprender y ser “buenas o buenos médicos” son el reflejo de una sociedad y de sus instituciones que, en conjunto, normalizan y aceptan la violencia y la explotación como métodos para la adquisición de conocimientos y de la disciplina para ser las y los mejores en un sistema neoliberal que solamente se enfoca en la producción, sin importar el bienestar ni de las y los médicos, ni de las y los pacientes. No obstante, a pesar de lo sistemática y estructural que es la violencia en la formación médica, hay personas que resisten, luchan y denuncian las violencias de las que son sujetas.

## CAPÍTULO III

### ESTUDIO DE CASO: QUEJA ANTE LA CNDH

En agosto del 2020, Karla Sánchez,<sup>10</sup> una médica residente de un hospital de pediatría de la Ciudad de México acudió a las instalaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) para denunciar a las autoridades del hospital por las irregularidades en el proceso administrativo y motivos por los cuales se decidió y comunicó su baja del programa como médica residente es importante recalcar que dicha queja ante la CNDH fue acompañada por pruebas consistentes en audios y mensajes de whatsapp. En este capítulo se analiza el caso de Karla para identificar las violencias naturalizadas y las violaciones de Derechos Humanos que se comenten en nombre de la formación médica y las consecuencias que éstas tienen en las personas que eligen estudiar medicina.

#### 1. Los hechos

El 10 de enero de 2020 las autoridades de un prestigiado hospital de pediatría de la Ciudad de México citaron a Karla para informarle de manera verbal que no la promoverían al tercer año de residencia argumentado que contaba con calificaciones reprobatorias previas; que anteriormente en 2019 se le había informado que estaba condicionada su permanencia en el programa; que no había entregado su tesis a tiempo en octubre de 2019 y que había un reporte del Departamento de Urgencias en donde se le señalaba a Karla de presentar “graves deficiencias en conocimiento y problemas de actitud, juicio clínico y conducta, además de la falsificación de la firma de un médico adscrito”. Sin embargo, la no promoción al tercer año no implicaba una baja del programa y para lograrlo las autoridades fabricaron pruebas para demostrar las supuestas deficiencias académicas de la médica residente.

Posteriormente, el 16 de enero de 2020, Karla acudió a la CNDH para denunciar que era víctima de persecución, discriminación, segregación, violencia psicológica, violencia física y acoso laboral (*mobbing*) por parte de médicas y médicos adscritos del Departamento de Urgencias; el Jefe del Departamento de Pre y Postgrados; la Subdirectora de Enseñanza, el Jefe de Enseñanza y la Jefa de Residentes de dicho hospital. Cabe señalar que Karla

---

<sup>10</sup> Pseudónimo de la persona quien interpuso la queja y que solicitó mantenerse en el anonimato debido al proceso legal que continuó.

padecía desde 2018 de un cuadro de depresión diagnosticado por un médico del mismo hospital y que las autoridades del lugar en donde hacía su residencia médica estaban al tanto. Además, Karla continuó durante 2019 con sus labores en el hospital a pesar de su estado de salud mental diagnosticado y de la medicación psiquiátrica que le recetaron.

## **2. Las violencias que experimentó y denunció**

Karla fue víctima de múltiples violencias durante su residencia médica, entre ellas: guardias de castigo, humillaciones, malos tratos, agresiones verbales, violencia psicológica y violencia física. Es importante señalar que Karla acudió en diversos momentos con sus superiores las violencias de las que era objeto; sin embargo, en ningún momento se consideraron sus denuncias, ni se hizo nada al respecto. Por ello, en el momento en que se le dio de baja del programa de residencia, ella acudió a denunciar a la CNDH y a otras instancias correspondientes. A continuación, se presentan algunas de las violencias que Karla señaló ante la CNDH.

### ➤ Guardias de castigo

Una noche de enero de 2019 Karla se encontraba enferma de las vías respiratorias y en una guardia atendiendo a un paciente sin el apoyo o supervisión de ningún superior. En ese momento tuvo que dejar sola a su paciente para llevar unas muestras que eran urgentes al laboratorio. Cuando volvió el paciente estaba convulsionando. Momentos más tarde dos residentes más avanzados que supieron de la situación le reprocharon las decisiones que tomó y como castigo le impusieron una guardia de 12 horas que tendría que cumplir previamente a una guardia y le impusieron dar una clase sobre las crisis convulsivas en urgencias. Esa solo fue una de las múltiples veces que le impusieron guardias de castigo como consecuencia de las decisiones que tomaba y a pesar de tener un problema de salud que se empeoró con otros castigos como el hacerle salir a recoger paquetes a pesar de que estuviera lloviendo o de permanecer en su lugar y actividades sin importar que cada día se agravara más su enfermedad respiratoria.

Si bien las guardias de castigo solamente son una de las formas en las que residentes más avanzados u otras personas con mayor jerarquía ejercen su poder con una intención

correctiva o punitiva, es importante señalar que los castigos, como se vio en el capítulo anterior, se establecen como una pedagogía de crueldad que violenta y deshumaniza sistemáticamente a las víctimas. Los castigos para aprender han sido y siguen siendo un método de enseñanza que violenta los derechos del personal médico en formación; sin embargo, es una práctica normalizada, incluso justificada que se produce y reproduce en las prácticas médicas. También, es necesario señalar que las guardias de castigo son impuestas por personal de mayor jerarquía lo que implica un ejercicio de poder que vulnera la integridad física y emocional de quien lo recibe.

➤ Humillaciones, malos tratos y agresiones verbales

Karla denunció que fue víctima de violencia verbal por parte de una residente de mayor jerarquía quien le llamó “pendeja” frente algunos pacientes y sus familiares. Como se abordó en el capítulo anterior, este tipo de violencias son frecuentemente ejercidas en el campo médico. Las humillaciones, los tratos crueles, los insultos y las estrategias para mermar la autoestima de las y los médicos en formación también son parte de las pedagogías de la crueldad que justifican y reproducen la violencia en nombre de la disciplina y como forma de deshumanizar a las víctimas de esta violencia. Este tipo de violencia como el resto dejan huellas emocionales y psicológicas que es necesario atender y dar seguimiento, pero aún más importante es necesario: sancionar y erradicar.

➤ Riesgo de salud

En enero de 2019 Karla presentaba un fuerte cuadro gripal sin suspender sus actividades en el hospital. En esa ocasión un residente de mayor grado la envió, en medio de una fuerte lluvia, a recoger un paquete que se requería para una cirugía sin considerar el estado de salud de Karla y sin tomar en cuenta que el mismo departamento por día enviar paquete por mensajería. Como consecuencia, Karla desarrolló neumonía sin poder tomar descanso para su recuperación porque su Jefe de Guardia no le permitió retirarse debido a la falta de personal médico, finalmente acudió al ISSSTE a consulta debido a la gravedad de su estado y tuvo incapacidad de tres días.

El ejercicio de poder para ordenar actividades o prácticas innecesarias con el objetivo de demostrar que se posee una jerarquía o un rango más alto también es una práctica muy

frecuente en el campo médico. En él, la salud física y mental de las y los médicos en formación que están en contacto con las y los pacientes no importan, por lo contrario, se les exige omitir el autocuidado y la salud como una suerte de sacrificio en nombre de la disciplina y del éxito profesional. No obstante, este tipo de prácticas en las que la salud física y mental no son importantes son características del mercado neoliberal y del trabajo que exige la explotación y auto explotación de las y los sujetos. Además, poner en riesgo la salud de las y los médicos se ha vuelto una práctica común y normal que no por ello debiera de perpetuarse, sino que es necesario priorizar la salud mental y física de las y los médicos para construir un mejor sistema de salud con prácticas más humanas y empáticas.

➤ Violencia psicológica

En ese mismo mes de enero de 2019 el Jefe del Departamento de Pre y Posgrado llamó a una reunión a Karla para advertirle que si no aprobaba el examen de programa único de especialidades médicas (PUEM) del R1 con más de 855 puntos de calificación se le daría de baja de Instituto, además de que si no aprobaba a la primera oportunidad los exámenes mensuales de preparación para el PUEM también se le daría de baja. Estas amenazas elevaron los niveles de estrés y de ansiedad en Karla quien hasta la fecha sufre los estragos de esa violencia psicológica que el Jefe del Departamento de Pre y Posgrado ejerció mediante estrategias para infundir miedo y terror entre el personal médico a su cargo.

Karla señala que pese a todas las violencias que recibía ella hacía bien su trabajo y cumplía con todas las responsabilidades que le correspondían tal como lo señalaba el Reglamento de Médicos y cita: “requiere de sus médicos en formación **DISPONIBILIDAD ASOLUTA** para propiciar la actitud positiva hacia las actividades médicas, **DISCIPLINA Y CARÁCTER**”. Como se ha observado a lo largo del documento y de las experiencias tanto mía como de otras personas que nos formamos en medicina, el campo médico exige que su personal admita las múltiples violencias y violaciones de Derechos Humanos que se comenten en nombre de la disciplina. Si bien, la formación y el trabajo requiere de una amplia disposición de tiempo, esta exigencia cae en la explotación de las y los médicos y en las afectaciones físicas y psicológicas. A igual que otras violencias que se han analizado en este documento, el mercado neoliberal prioriza la producción y el sostén económico del mismo mercado antes que la integridad de las y los sujetos.



La violencia psicológica como parte del sistema educativo es un método que pretende enseñar mediante el miedo y la crueldad hacia las y los profesionales en formación. Por ello, es necesario que desde el sistema educativo se señalen, visibilicen y sancionen las pedagogías de la crueldad que deshumanizan a las y los estudiantes. Específicamente en el campo médico la violencia psicológica ha llegado a ser normalizada y justificada como parte de la formación. Sin embargo, nunca ninguna violencia o pedagogía de la crueldad o el miedo debiera de ser el método de formación.

➤ **Violencia física**

En abril de 2019 Karla se presentó de nuevo en una junta con el Jefe del Departamento de Pre y Posgrado. En dicha junta el sujeto ejerció violencia física y verbal en contra de ella. Karla señala que mediante gritos la amenazó con darle de baja si reprobaba algún examen de clases de preparación para el PUEM y que en ese momento se acercó a ella, la tomó por los hombros y comenzó a agitarla y sacudirla violentamente para que “su cara dejara de ser tan inexpresiva”, el sujeto hizo esto a pesar de saber que Karla estaba diagnosticada con depresión y medicada para ello.

En el caso de Karla, la violencia física de la que fue víctima también puede catalogarse como violencia de género, como se ha visto en los testimonios anteriores, es común que hombres de mayor jerarquía y rango ejerzan violencia contra las mujeres tanto psicológica, como verbal y física. Es necesario resaltar que la violencia física no es solamente los golpes sino en este caso la forma en la que el médico sacudió violentamente a Karla. Este tipo de violencia que experimentó deja secuelas psicológicas que también puede tener manifestaciones físicas y cognitivas.

### **3. Respuesta de la CNDH**

El 31 de agosto de 2020 la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió una respuesta de la queja que presentó Karla. En dicho oficio se presenta la respuesta de la autoridad señalada como responsable en donde señalaron que:

- No fue dada de baja de la institución, sino que no sería promovida al tercer año de residencia por no cubrir los créditos académicos correspondientes.

- Había reprobado cuatro pasantías
- El fundamento legal por el que no fue promovida al tercer año de la residencia es acorde con el Reglamento de Médicos Residentes del Instituto.
- El Instituto negó que Karla hubiera sido objeto de persecución, discriminación, segregación, violencia psicológica y física, así como acoso laboral durante el tiempo que realizó su residencia médica. Y que además existe un Comité de Ética encargado de recibir e investigar actos en contra de los servidores públicos de instituto como los que refiere Karla, pero que no hay registro de que ella hubiera presentado alguna queja ante la instancia que correspondía.
- Se tenía conocimiento de las demás instancias a las que Karla interpuso: un juicio de amparo en materia administrativa y una queja ante el Órgano de Control Interno del Instituto.

Al final, la CNDH determinó la conclusión del asunto **“por no existir materia para seguir conociendo del expediente de queja”** debido a que los hechos que dieron origen a la queja son del conocimiento de la instancia en Materia Administrativa de la Ciudad de México y del Órgano de Control Interno del Instituto en el que Karla realizaba su residencia médica. Asimismo, le sugieren que siga con los expedientes iniciados en las instancias señaladas y que aporte elementos de prueba que se le soliciten.

#### **4. Observaciones el caso**

En la respuesta de la CNDH se deja claro que no se procedería a investigar ni a sancionar las posibles violaciones de Derechos Humanos debido a que Karla ya había denunciado en otras instancias. Si bien las instancias en las que denunció se investigan los hechos que se cometieron, Karla denunció y detalló las violencias y violaciones de Derechos Humanos de las que fue víctima durante su residencia médica ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos instancia cuya función principal es velar por que las instituciones del Estado garanticen un recurso efectivo a las víctimas cuando se cometen abusos, investigar y hacer las recomendaciones necesarias para que en futuro no se repita y salvaguardar así los derechos humanos y la dignidad de cualquier persona. Este tipo de omisiones para investigar las posibles violaciones de Derechos Humanos son una característica del sistema de justicia

en México en donde los delitos y crímenes denunciados no son investigados y no hay sanciones para las y los culpables.

Además, la percibida como negativa de la CNDH para iniciar un proceso de investigación por posibles violaciones de Derechos Humanos implica una revictimización para Karla quien además de expresar en el documento que el hecho de recordar los ejercicios de violencia que experimentó aún le causan secuelas físicas y psicológicas el golpe emocional de recibir una negativa para investigar las presuntas violaciones de Derechos Humanos evidencia la apatía y desinterés del personal de la CNDH para integrar una queja y hacer las investigaciones pertinentes, acciones que implican por sí mismas múltiples violaciones de los Derechos Humanos de Karla. Así, además de ser víctima en el hospital, también lo es por parte del sistema de justicia del país.

Es importante recalcar que la CNDH entre sus pilares constitucionales de la reforma Constitucional de 2011 lo que implicó la modificación de 11 artículos constitucionales: 1, 3, 11, 15, 18, 29, 33, 89, 97, 102 y 105. Entre los principales cambios de la reforma está el hecho de que se estableció la obligación de que, cuando existe una violación, **las autoridades deben investigar, sancionar y reparar dichas violaciones** por lo anterior la CNDH tiene la obligatoriedad entre otras:

- La incorporación de todos los derechos humanos de los tratados internacionales como derechos constitucionales.
- La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México y las comisiones respectivas de los estados están en posibilidad de proteger los derechos laborales.
- La obligación de las autoridades de guiarse por el principio pro persona cuando apliquen normas de derechos humanos, lo que significa que deben preferir la norma o la interpretación más favorable a la persona.

Es por ello del argumento en su oficio de respuesta de la CNDH de que Karla no haya acudido a denunciar las violencias de las que era víctima previamente con el Comité de Ética

del hospital, no implica que no hayan sucedido. Karla señaló que acudió con sus superiores para pedir asesoría y ayuda sin que obtuviera algo. Es decir, desde ese momento se le debió a indicar a Karla la ruta de denuncia, lo cual no sucedió. Así, el hecho de que el hospital omitiera la información necesaria para que Karla iniciara una denuncia formal la evitó el mismo hospital. Este, como otros múltiples hechos en donde los hospitales normalizan, minimizan y evitan denuncias internas también son el reflejo de la moral institucional en donde las violencias, las denuncias, los delitos y las violaciones de Derechos Humanos no existen porque no son denunciados formalmente y esto crea un círculo vicioso en donde los crímenes no se atienden porque no existen o no hay pruebas válidas desde el punto legal.

Aquí es oportuno aclarar que la CNDH es un organismo autónomo del Estado Mexicano. Es decir, que su autonomía radica en términos del artículo 102, Apartado B, de la Constitución Mexicana vigente, no depende de ninguna autoridad, posee atribuciones de defensa, protección, promoción y estudio y divulgación que se encuentran fundamentadas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales y las leyes, por lo que su actuación y determinación que deriven en una recomendación es totalmente ajena a las de un órgano jurisdiccional o administrativo ya que sus determinaciones no están supeditadas a ningún órgano de gobierno de los otros poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, las recomendaciones de la CNDH permiten proporcionar a las víctimas de Violaciones de Derechos Humanos la reparación del daño sufrido e impedir la repetición de estas violaciones en otras ocasiones, por lo que en este caso concreto el de Karla, la CNDH prefirió omitir y olvidar su garantía de independencia y autonomía.

## **XI. Reflexiones finales**

Entre los principales hallazgos de la investigación que realicé se encuentran, en primer lugar: la constante y repetitiva violencia sexual, que incluye abuso y acoso, hacia las mujeres, así como otros tipos de violencia de género. Este tipo de violencia de la que somos sujetas muchas de las mujeres que estudiamos medicina es el reflejo de la sociedad y del contexto de México en donde la violencia contra las mujeres es alarmante. Además, representa cómo el machismo, la misoginia y la normalización de estas prácticas y ejercicios de poder y de violencia abonan para perpetuar la impunidad y el riesgo que corremos las mujeres tanto en los espacios privados como en los públicos.

En segundo lugar, otro de los hallazgos importantes es la poca o casi nula importancia que se le otorga al cuidado de la salud mental de las y los médicos en formación. Esta falta de atención y cuidado de la salud mental durante el proceso educativo tiene impactos a nivel individual y también a nivel estructural en el sistema de salud. Debido a que la educación de la crueldad deshumaniza, y es a través de la indolencia, que rompe el vínculo médico-paciente, convirtiéndose entonces en una pedagogía que violenta y transgrede los derechos de las personas y aleja al ejercicio de la medicina de su parte humanista.

La identificación de la frecuencia de las violencias y los factores vinculados que experimentan las y los médicos en formación pueden ser datos que contribuyan para desarrollar estrategias de intervención, y manejo de estas problemáticas. Incluso, que se considere una aportación para generar políticas que atiendan las múltiples violencias que se ejercen en el campo médico. Asimismo, es necesario que se pongan en práctica y se respeten los protocolos, reglamentos, acuerdos y demás documentos que se tienen en los hospitales escuela y universidades que reciben y envían a las y los médicos a sus sitios de prácticas con el fin de garantizar las mejores condiciones para su formación y siempre respetando sus Derechos Humanos.

Aunado a lo anterior propongo que desde los primeros semestres de la formación médica se dediquen espacios y tiempos que informen a las y los estudiantes de sus Derechos Humanos como médicos en formación; además de que se les informe y faciliten los medios

para atender su salud mental y que se les otorguen la información para denunciar cualquier violencia de la que sean víctimas y se les proporcione el acompañamiento necesario durante la denuncia y el proceso de investigación. En este punto es importante que se evite la revictimización de las y los médicos que denuncien cualquier violencia de la que sean sujetos y sujetas. La CNDH deberá de garantizar que la interposición de las quejas y los procesos de investigación estén libres de actos, discursos, acciones, opiniones o palabras que revictimicen a las y los denunciantes.

Se requiere un cambio estructural en la formación y que la CNDH se involucre con las áreas de enseñanza de las escuelas de Medicina para incluir formación en Derechos Humanos para los cuerpos académicos y las y los estudiante a lo largo todos los programas de estudio, no siendo únicamente para informar, sino para sensibilizar, capacitar en prevención, mecanismos de reparación y no repetición de vulneración de Derechos Humanos. Más importante aún es que la CNDH debe de investigar con eficacia y compromiso las múltiples violaciones de Derechos Humanos que se comenten en nombre de la disciplina.

Es necesario también que tanto Universidades como hospitales escuela, cuenten con el personal necesario y capacitado para otorgar atención psicoemocional y legal para el estudiantado, así como personal capacitado en metodologías pedagógicas que se adhieran en estructura a los programas académicos sin que el miedo, la crueldad o el terror sean métodos de enseñanza. El miedo no es ni será nunca un método por el cual el aprendizaje y el conocimiento sea más o menos eficiente. Es por ello que se debe de priorizar la formación médica empática, humana y respetuosa de los derechos de las y los estudiantes.

Otro aspecto por considerar es que las instituciones y el personal que violente a otras personas debe de ser sancionada y separada de su cargo hasta que demuestre la capacidad humana y profesional para ejercer su cargo sin dañar al personal a su cargo.

## XII. Bibliografía

- Bazzicalupo, Laura. (2016). Biopolítica. Un mapa conceptual. España: Melusina. Pp. 47-121.
- Benitez, A. R. (2011). *Factores de riesgo para acoso laboral en médicos residentes clínicos y quirúrgicos*. Veracruz: Universidad Veracruzana.
- Butler, J. (1997). *Lenguaje, poder e identidad*. Síntesis: Madrid.
- Castañeda Salgado, Patricia, et. al. (coords.) (2022), *Expresiones de violencia en el entorno universitario. Casos, protocolos y estrategias para su erradicación*. CdMx: UAM.
- CEDH – Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León. (s.a.). Cartilla sobre la violencia por razón de género contra las mujeres. Recuperado en 7 de marzo de 2023. Disponible en <https://www.cedhnl.org.mx/bs/secciones/publicaciones/cartillas/Cartilla-sobre-la-violencia-por-razon-de-genero-contra-las-mujeres.pdf>
- Centro Prodh. (2018). Manual sobre documentación de violaciones a los derechos humanos. México. Recuperado en 21 de diciembre de 2022. Disponible en <https://centroprodh.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/ManualDocumViolDH.pdf>
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2005). ¿Qué se entiende por tortura y malos tratos? Recuperado en 10 de marzo de 2023. Disponible en <https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/misc/69tjvk.htm#:~:text=Tortura%3A%20existencia%20de%20un%20prop%C3%B3sito,de%20sufrimiento%20o%20de%20dolor.>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2017). Acoso laboral “Mobbing”. Recuperado en 21 de marzo de 2023. Disponible en <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Acoso-Laboral-Mobbing.pdf>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (s.a.). ¿Qué son los Derechos Humanos? Recuperado en 15 de diciembre de 2022. Disponible en <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos>
- Consejo Nacional de Población. (s.a.). ¿Qué onda con...? Los tipos de violencia. Recuperado en 10 de marzo de 2023. Disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/303594/Prevencion\\_de\\_la\\_violencia\\_Tipos\\_de\\_Violencia.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/303594/Prevencion_de_la_violencia_Tipos_de_Violencia.pdf)
- Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual. Recuperado en 22 de febrero de 2023. Disponible en [https://oig.cepal.org/sites/default/files/violencia\\_sexual\\_en\\_latinoamerica\\_y\\_el\\_caribe.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/violencia_sexual_en_latinoamerica_y_el_caribe.pdf)
- Cruz, M.A., Reyes, M. J. & Cornejo, M. (2012). Conocimiento situado y el problema de la subjetividad del investigador/a. Cinta Moebio. Núm. 4, pp. 253-274. Universidad de

Chile. Recuperado en 16 de febrero de 2023. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/260773592\\_Conocimiento\\_Situado\\_y\\_el\\_Problema\\_de\\_la\\_Subjetividad\\_del\\_Investigadora](https://www.researchgate.net/publication/260773592_Conocimiento_Situado_y_el_Problema_de_la_Subjetividad_del_Investigadora)

El, E. a. (2010). *Tesis El acoso psicológico En El trabajo dEsdE El*. Ciudad de México: IPN.

Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2010). *Autoethnography: An Overview*.

Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research

Fernández, M. A. (2013). *El acoso psicológico en el trabajo desde el punto de vista de los presuntos perpetradores: Un acercamiento fenomenológico*. Cali, Colombia: Universidad Libre Seccional Cali.

Fernández, M. A. (2016). Vivencias y experiencias de médicos residentes. *INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA, UNAM*, 11.

Fernández, M. A. (2017). *Determinaciones sociales en el sistema de salud mexicano. Repercusiones y afectaciones en la salud de médicos residentes*. Zapopan, Jalisco: staudeg.

Fiscalía General de la República (FGR). (2017). ¿Has escuchado a cerca de la violencia psicológica o emocional? Recuperado en 21 de marzo de 2023. Disponible en <https://www.gob.mx/fgr/es/articulos/has-escuchado-acerca-de-la-violencia-psicologica-o-emocional?idiom=es>

Foucault, Michael. (1998). *Historia de la sexualidad I, La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

Foucault, Michael. (2002). *Vigilar y Castigar*. Argentina; Siglo XXI.

Foucault, Michael. (2007). *El nacimiento de la biopolítica*. Argentina: FCE. Clase del 14 de febrero de 1979.

Gazano, Gabriela. (2018). ¿Qué es la violencia? Recuperado en 20 de marzo de 2021. Disponible en <https://es.scribd.com/document/387866042/Violencia-Verbal#>

Herrera, C., Arteaga, K. (2019) Mobbing, estrés laboral y deterioro en la salud mental en médicos residentes.

Herrera Urizar, Gustavo. (2019). El cuerpo disciplinado y el ocaso de la libertad: Análisis del hospital psiquiátrico y la escuela en el pensamiento de Michael Foucault. *Sincronía*, núm. 75, pp. 104-128. Universidad de Guadalajara. Recuperado en 27 de diciembre de 2022. Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/5138/513857794005/html/>

INEGI. (2021). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Comunicado de prensa 580/21. 22 de octubre de 2021. Recuperado en 6 de enero de 2021. Disponible en [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_Medico2021.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Medico2021.pdf)



- Lagarde, M. (1996). “El género”, fragmento literal: ‘La perspectiva de género’, en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Ed. horas y HORAS, España. pp. 13-38. Recuperado 15 de febrero de 2023. Disponible en [https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08\\_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde\\_Genero.pdf](https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf)
- León, S. O. (2014). Experiencias de hostigamiento y maltrato en médicos residentes. *Cir Cir*, pp. 290 - 301.
- Martin, A. A. (2016). Aproximación a un concepto crítico de víctima en Derechos Humanos. En *Ensayos críticos de Derechos Humanos* (págs. 137 - 172). Ciudad de México: IJ UNAM.
- Martínez, F. D. (2022). *Los estudiantes de medicina en México: Víctimas del abuso del poder público*. Ciudad de México: CEEY Editorial.
- Martínez Pacheco, Agustín. (2016). La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y Cultura*, núm. 46, pp. 7-31. Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado en 28 de diciembre de 2022. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/267/26748302002.pdf>
- Montes, Virginia, et al. (2018). Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *CienciaUAT*, vol. 12, núm. 2, pp. 54-66, 2018. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Recuperado en 2 de enero de 2023. Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/4419/441955208005/html/#B27>
- Médicos en Formación. (2021). Resultados de la encuesta realizada a médicos en formación y estudiantes de enfermería al corte del primer cuatrimestre 2021. Recuperado en 12 de marzo de 2023. Disponible en [https://drive.google.com/file/d/1ieuKTPU9L5Tvu0M\\_5Q\\_y\\_fn8hoOPNyTo/view](https://drive.google.com/file/d/1ieuKTPU9L5Tvu0M_5Q_y_fn8hoOPNyTo/view)
- Ochoa Tamayo, Diana M. (2016). Violencia hacia los profesionales de la salud en el sistema de salud colombiano: un estudio exploratorio en la ciudad de Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana. Instituto de Bioética. Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Bioética. Recuperado en 30 de diciembre de 2022. Disponible en <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19448/OchoaTamayoDianaMarcela2016.pdf?sequence=1>
- Patiño, D. C. (2013). Médicos residentes en México: tradición o humillación. *Medwave*.
- Prieto-Miranda, S. E., Rodríguez-Gallardo, G. B., Jiménez-Bernardino, C. A., & Guerrero-Quintero, L. G. (2013). Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(5), 574-579. Recuperado en 2 de enero de 2023. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745491013.pdf>
- Rodríguez Silva, Laura (2022). *Pensar, sentir y construir alteridades en la academia*.

- Etnografías afectivas y autoetnografía "Tejiendo Nuestras Historias desde el Sur". Textos del Primer Encuentro Virtual 2022. Recuperado en 12 de abril de 2023 Disponible en <https://generoymetodologias.org/media/publicaciones/archivos/EtnografiasAfectivas.pdf>
- Segato, Rita. (2019). Pedagogías de la crueldad. El mandato de la masculinidad (Fragmentos). *Feminismos/Dossier*. Revista de la Universidad de México. Recuperado en 29 de enero de 2023. Disponible en <https://www.revistadelauniversidad.mx/download/050fdfa1-d125-4b4b-afb8-b15279b6f615?filename=pedagogias-de-la-crueldad>
- Sepúlveda-Vildósola, A. C. (2017). Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco percibido. *Redalyc*, 92 - 101.
- Stolovas, Nurit, Tomasina, Fernando, Pucci, Francisco, Frantchez, Victoria, & Pintos, Marcos. (2011). Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia. *Revista Médica del Uruguay*, 27(1), 21-29. Recuperado en 02 de enero de 2023, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902011000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902011000100004&lng=es&tlng=es).
- Vázquez Martínez, Francisco (2020). Educación médica y derechos humanos. Evaluación del respeto a los Derechos Humanos de los estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana en las unidades de atención médica (2018-2019). Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. Xalapa.
- Vázquez Martínez, Francisco. (2022). Los estudiantes de medicina en México: víctimas del abuso del poder público. Centro de Estudios Espinoza Yglesias. Editorial CEEY.
- Wible, P. (2019). *Human rights violations in medicine*. Oregon: Pamela Wible MD.
- Zacarias, S. C. (2016). *Acoso laboral en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias del Hospital General Regional No. 46*. Guadalajara: UNAM.