

Violencia de género y maltrato en la formación médica en México antes, durante y después de la pandemia por covid-19: ¿indicios de histéresis en el campo médico?

Gender-based violence and abuse in medical training in Mexico before, during, and after the COVID-19 pandemic: Signs of hysteresis in the medical field?

Roberto Castro^a

 <https://orcid.org/0000-0002-1440-2460>
E-mail: rcastro@crim.unam.mx

Marcia Villanueva^b

 <https://orcid.org/0000-0001-9408-6308>
E-mail: marcia.villanueva@filosoficas.unam.mx

^a Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - UNAM.

^b Instituto de Investigaciones Filosóficas - UNAM.

Resumen

En este artículo describimos las protestas que sacudían el campo médico en los años previos a la epidemia de covid-19 en México. Por una parte, las protestas del gremio médico contra diferentes formas de violencia relacionadas con el crimen organizado en el contexto de la llamada guerra contra el narcotráfico. Por otra parte, las protestas del movimiento feminista que contra la violencia de género dentro del campo médico. Señalamos la necesidad de investigar más sistemáticamente el curso diferencial que siguieron estas luchas en donde solo la del movimiento feminista, parece avanzar hacia la producción de un posible estado de histéresis del habitus patriarcal dentro de este campo. El artículo inicia con una breve nota conceptual y metodológica. En seguida, mostramos el impulso que estaban adquiriendo los dos tipos de protestas contra la violencia en el campo médico. Posteriormente, buscamos ilustrar cómo las estructuras básicas del campo, relacionadas con la formación médica (precariado y autoritarismo) operaron en detrimento de esas protestas pero, al parecer, con efectos diferentes. Concluimos el artículo con una reflexión sobre el curso que, desde entonces, han seguido estas luchas, preguntándonos si es posible hablar de un estado actual de histéresis parcial dentro del campo médico.

Palabras-clave: Campo Médico; México; Luchas Feministas; Violencia; Histéresis.

Correspondencia

Roberto Castro
E-mail: rcastro@crim.unam.mx
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - UNAM.

Abstract

In this article, we describe the protests that shook the medical field in the years leading up to the COVID-19 epidemic in Mexico. On the one hand, there were protests by the medical profession against different forms of violence related to organized crime in the context of the so-called war on drugs. On the other hand, there were protests by the feminist movement against gender-based violence within the medical field. We point out the need to more systematically investigate the differential course of these struggles, with only the feminist movement appearing to advance toward producing a possible state of hysteresis of the patriarchal habitus within the field. The article begins with a brief conceptual and methodological note. Next, we show the momentum that the two types of protests against violence in the medical field were gaining. We then seek to illustrate how the basic structures of the field, related to medical training (precariat and authoritarianism), operated to the detriment of these protests, but apparently with different effects. We conclude the article with a reflection on the course these struggles have taken since then, asking whether it is possible to speak of a current state of partial hysteresis within the medical field.

Keywords: Medical Field; Mexico; Feminist Struggles; Violence; Hysteresis.

Introducción

Este artículo parte de la idea de que no es posible estudiar el maltrato en la formación médica durante la pandemia por covid-19 sin atender la historicidad del campo médico, esto es, las luchas, reacomodos y cambios que se venían dando en su interior, así como en el contexto histórico más inmediato de la emergencia sanitaria. En México, la pandemia por covid-19 no llegó a irrumpir en el funcionamiento de un campo médico estable, sino que se encontró con un campo convulso. En los años previos a la pandemia, dos movimientos de protesta se venían desarrollando dentro de este espacio social. Por una parte, a partir de la segunda década del siglo XXI, el gremio médico comenzó a protestar contra diferentes formas de violencia que afectaban a los profesionales de la salud que estaban, en su mayoría, relacionadas con el aumento de la violencia generada por el crimen organizado en el contexto de la llamada guerra contra el narcotráfico (Castro y Villanueva, 2018). Por otra parte, el movimiento feminista, que cobró mucha fuerza en nuestro país a partir del aumento de feminicidios, sumó también a las estudiantes de medicina quienes, en el contexto del #MeToo, comenzaron a protestar contra la violencia de género dentro del campo médico (Villanueva, 2025). La evolución de ambos movimientos parecía estar sacudiendo algunas de las estructuras del campo médico mexicano hasta que surgió la pandemia por covid-19, cuando las protestas parecieron quedar neutralizadas por efectos de la dinámica impuesta por la emergencia sanitaria.

A cinco años del inicio de la pandemia, en este artículo queremos, en primer lugar, describir las protestas que sacudían el campo médico en los años previos a la emergencia sanitaria. Y en segundo lugar, sugerir la necesidad de investigar más sistemáticamente el curso diferencial que siguieron estas luchas en donde solo una de ellas, la del movimiento feminista, parece avanzar hacia la producción de un posible estado de histéresis del habitus patriarcal dentro de este campo. El artículo inicia con una breve nota conceptual y metodológica en la que recuperamos el concepto de “histéresis” de

Bourdieu y describimos el origen de los testimonios que sirven de evidencia empírica. En seguida, mostramos el impulso que estaban adquiriendo los dos tipos de protestas contra la violencia en el campo médico que hemos señalado: la violencia en general y la violencia de género. Posteriormente, buscamos ilustrar cómo las estructuras básicas del campo, relacionadas con la formación médica (precariado y autoritarismo) operaron en detrimento de esas protestas pero, al parecer, con efectos diferentes. Concluimos el artículo con una reflexión sobre el curso que, desde entonces, han seguido estas luchas, preguntándonos si es posible hablar de un estado actual de histéresis parcial dentro del campo médico.

I. Una nota conceptual y metodológica

Bourdieu define el concepto de “histéresis” como el desajuste entre el habitus de un individuo o grupo y las condiciones objetivas del campo en el que se desenvuelve: “sucede, en particular, cuando un campo experimenta una crisis profunda y sus regularidades (incluso sus reglas) resultan profundamente trastocadas” (Bourdieu, 1999, p. 210). Quizás ese ha sido el caso del campo médico en el contexto de las luchas feministas contra la violencia de género en su interior y, de manera muy particular, en la coyuntura de la pandemia de covid-19. En este último caso, además, la precariedad, junto con la desigualdad en la distribución de los riesgos, se volvió un rasgo central de la emergencia sanitaria (Graham, 2020).

El análisis que aquí presentamos descansa en el trabajo que ambos autores hemos venido realizando en los últimos años dentro del campo médico. Por una parte, una de las autoras de este trabajo condujo cuatro grupos focales entre 2021 y 2022 con mujeres estudiantes de medicina y médicas profesionistas mexicanas (Tabla 1). Los temas que se discutieron al interior de estos grupos focales incluyeron, entre otros, la violencia de género durante la formación médica y el ejercicio profesional de la medicina, así como las protestas feministas dentro del campo médico en los meses previos a la pandemia por covid-19. Por otra parte,

entre 2021 y 2022 el otro autor de este trabajo realizó 19 entrevistas en profundidad a médicos residentes que estaban buscando asesoría legal por el maltrato extremo que estaban sufriendo como residentes. A los efectos de este trabajo, centramos el análisis de esas entrevistas básicamente en lo que se refiere a los meses de la pandemia de covid-19.

2. Maltrato en la formación médica: un fenómeno con historia dentro del campo médico

El maltrato durante la formación médica es un fenómeno documentado desde mediados del siglo pasado (Cook et al., 1996; Li et al., 2010). Destaca el número que dedicó a este problema *Virtual Mentor*, la revista académica de la Asociación Médica Americana, en 2014. Ese mismo año, un metaanálisis que incluyó 51 estudios internacionales publicados entre 1987 y 2011 reveló que se trataba de un fenómeno generalizado que no se limitaba sólo a ciertos países o programas académicos (Fnaais et al., 2014). Esa publicación estimaba que 59.4% de los estudiantes de medicina y 63.4% de los residentes sufrían alguna forma de maltrato durante su formación profesional. La violencia de género era la forma de maltrato más frecuente, con 49.8% de estudiantes y 66.6% de residentes con experiencias de discriminación de género, y 33.3% y 36.2% con acoso sexual, respectivamente. Otras publicaciones apuntaban que los estudiantes de medicina más vulnerables eran las mujeres y otras personas pertenecientes a grupos minoritarios (Ogden et al., 2005), especialmente en especialidades tradicionalmente masculinas como cirugía (Cassell, 1997; Witte; Stratton; Nora, 2006).

En México, uno de los autores del presente artículo exploró las distintas formas de maltrato y disciplinamiento que sufren los estudiantes de medicina y que son la base de las prácticas médicas autoritarias y la violencia obstétrica (Castro, 2014). En esa investigación se identificó que en el currículum oculto de la educación médica en México opera un disciplinamiento de género que sirve para construir sistemáticamente a las mujeres como objetos sexuados antes que como alumnas, asignando así a las mujeres un lugar subalterno en

Tabla 1 - Grupos focales.

Grupo	Población	Participantes
1	Estudiantes mujeres de 20 a 24 años.	6
2	Médicas de 25 a 31 años.	4
3	Médicas de 33 a 41 años.	9
4	Médicas de 47 a 51 años.	4

la medicina. Por su parte, la otra autora del presente trabajo documentó el trato diferencial por género que reciben sistemáticamente las estudiantes de medicina, fundado en una normalizada y abierta competencia masculina por “conquistarlas” que acaba traduciéndose en experiencias de acoso sexual a las estudiantes por parte de los profesores y médicos de mayor jerarquía (Villanueva, 2019).

En una publicación posterior, ambos autores dimos cuenta de que los médicos mexicanos desarrollan un adormecimiento de conciencia frente a estas formas de violencia *internas* a su campo profesional (Castro y Villanueva, 2018). Argumentamos que este tipo de violencia es originada por los propios actores del campo médico y descansa en las jerarquías que estructuran dicho campo, por lo que cuentan con una amplia legitimidad tanto de quienes las ejercen (e.g. médicos de mayor jerarquía) como de los mismos actores que son sometidos (e.g. el estudiantado de menor jerarquía). En consecuencia, casi no se registraban protestas contra el maltrato en la formación médica: el alumnado asumía este problema pasivamente, reconociendo que “así son las cosas”.

Los autores hicimos notar que, a partir del incremento de la inseguridad que se desató en 2007 con la denominada guerra contra el narcotráfico en México, el personal de salud comenzó a protestar por otras formas de violencia *externas* a su campo profesional (Castro y Villanueva, 2018), es decir, que es ejercida por actores externos al campo médico. Estas formas de violencia externa incluyen el secuestro, asesinato y extorsión de médicos por parte del crimen organizado, así como otras acciones que no pueden ser catalogadas propiamente como violencia pero que son percibidas de ese modo por el gremio médico, por ejemplo, el procesamiento legal de casos de mala praxis. En el marco de esas protestas surgieron hashtags como en 2013 #NiUnPasanteMás, relacionado con el asesinato de

médicos pasantes de servicio social en comunidades rurales, y en 2014 #YoSoy17, relacionado con la detención judicial de 16 médicos acusados por negligencia médica en Guadalajara. En 2015 apareció #YoTambiénMeDormí, donde estudiantes y residentes mexicanos mostraron su apoyo a una doctora criticada por un usuario por dormir durante su turno, aunque sin cuestionar las condiciones laborales subyacentes. Estas protestas culminaron en un paro nacional el 22 de junio de 2016, en el que se demandaron condiciones laborales más seguras y la no criminalización del acto médico, pero sin hacer mención alguna de la violencia *interna* que los actores del propio campo médico ejercen entre sí. En aquella publicación, los autores identificamos una “ambivalencia sociológica” en la manera en que los médicos enfrentan distintas formas de violencia: normalizan la interna mientras protestan contra la externa. Sin embargo, poco después de publicar estos resultados, comenzaron a surgir protestas feministas que romperían este histórico silencio.

3. Las protestas dentro del campo médico durante la cuarta ola feminista

La cuarta ola feminista se diferencia de las olas anteriores porque utiliza un nuevo lenguaje con demandas propias y se apoya en acciones digitales, especialmente en redes sociales, con tendencias marcadas por hashtags feministas o “femitags” que aparecen y enseguida pueden mutar, solaparse o retroceder. Para Rovira (2018), la cuarta ola está constituida por un feminismo pragmatista, vinculado al modo hacker del “do it yourself”, o como declaran las hackfeministas, “hagámoslo entre todas”. Esta ola de alcance internacional tiene particularidades locales. En México, las primeras movilizaciones feministas de la cuarta ola surgieron en el contexto más amplio de la guerra contra

el narcotráfico, de manera paralela pero en ese entonces no vinculadas con las protestas del gremio médico antes descritas.

El aumento de los feminicidios y la impunidad que los acompaña sirvieron como punta de lanza para el feminismo mexicano contemporáneo. En 2015 empezaron a multiplicarse las protestas de mujeres, importando desde Argentina el hashtag #NiUnaMenos. Un año después, se organizó la llamada “Movilización Nacional Contra las Violencias Machistas”, identificada con el hashtag #VivasNosQueremos. En este contexto, se encendió la “agencia de género” (García-Guevara, 2021) de las estudiantes de varias universidades mexicanas: los feminicidios ocurridos dentro de instalaciones educativas, como el asesinato de Lesvy en 2017 a manos de su novio en el campus de la UNAM, impulsaron a las alumnas a denunciar abiertamente distintas formas de violencia de género en el entorno educativo, creando movilizaciones que fueron escalando en los siguientes años (Álvarez Enríquez, 2020).

Mientras el movimiento feminista crecía en México, las manifestaciones públicas del gremio médico frente a la violencia *externa* se fueron acallando. Sin embargo, paralelamente, a nivel internacional, las médicas empezaron a utilizar las redes sociales para compartir sus experiencias sobre ser mujer dentro de un campo profesional muy masculinizado. Crearon hashtags como #WomenInMedicine y su análogo en español #MujeresEnMedicina. Las cirujanas crearon el hashtag #ILookLikeASurgeon (#MeVeoComoCirujana) y formaron grupos de apoyo como @WomenSurgeons. En México, se abrió en Facebook el grupo Doctoras Apoyando a Doctoras donde participan hoy en día 48,300 médicas mexicanas. Todas estas acciones virtuales permitieron que las médicas compartieran experiencias, lo que disminuyó su aislamiento social y los sentimientos de soledad que antes experimentaban (Espinoza-Portilla; Linares-Cabrera, 2020; Shillcutt; Silver, 2018). La protesta feminista dentro del campo médico claramente fue un fenómeno de origen *externo* al campo, que lo atravesó. Dentro del campo, quienes promovieron estas protestas eran estudiantes o residentes, que

estructuralmente ocupan un lugar marginal o periférico dentro del campo.

En octubre de 2017, se viralizó en Estados Unidos el #MeToo después de que la actriz Alyssa Milano usara este hashtag en respuesta a un reportaje del periódico *The New York Times* que documentó el acoso y abuso sexual que realizó Harvey Weinstein contra muchas mujeres de Hollywood. A partir de ese fenómeno, surgió una movilización social y cultural para enfrentar los problemas de acoso sexual y discriminación por género en la medicina (Lu et al., 2020). El #MeToo empoderó a muchas mujeres para identificar el acoso y hablar de él, produciendo más cambios en la conciencia colectiva y en normas específicas que lo que habían conseguido algunas políticas corporativas previas a lo largo de décadas (Mainiero, 2020; Williamson et al., 2020). Durante la viralización de este hashtag, en Estados Unidos surgió #MeTooMedicine y se creó el movimiento “Time’s Up Healthcare” para unir esfuerzos entre las profesionales de la salud (Choo et al., 2019).

Si bien el inicio del #MeToo mexicano no tuvo los alcances de su homólogo estadounidense, resurgió unos meses después dando inicio a lo que Rovira y Morales (2023) denominaron el “*idus de marzo*”, periodo comprendido entre marzo de 2019 y marzo de 2020, esto es, inmediatamente antes del estallido de pandemia por covid-19. El “*idus*” comenzó con la intensificación del #MeToo en México y la señalización directa de escritores, músicos, periodistas, académicos y también médicos con el hashtag #MeTooMedicina. Estas movilizaciones virtuales fueron creando una creciente conflictividad transgresora, culminando en marzo de 2020 con la marcha del 8M y el paro del 9M, “El 9 ninguna se mueve”.

Las estudiantes universitarias jugaron un rol central en el “*idus de marzo*”. Durante este periodo, organizaron marchas, tomaron instalaciones académicas y montaron tendedores denunciando las diversas formas de violencia de género que experimentan en el entorno educativo. Las médicas no fueron la excepción, como relata una médica general de Sinaloa: “Cuando fue el tendadero, levantaron la voz muchas de las alumnas aquí en mi escuela \ [...\] Salieron a la luz nombres de doctores, uno

¹ En esta sección identificaremos los testimonios por las siglas “GF” (Grupo Focal) y el número que le corresponde de acuerdo con la tabla 1 presentada más arriba.

era el subdirector académico, otro daba clases, otro estaba en campos clínicos” (GF2)¹.

El uso de hashtags feministas o “femitags” durante la cuarta ola ha favorecido que muchas mujeres jóvenes sin militancia previa en el feminismo se hayan sentido interpeladas y atraídas a decir y a hacer para sentirse también protagonistas de esta nueva ola global de movilizaciones feministas (Rovira Sancho, 2024). Esto también sucedió dentro del campo médico, como lo explica una médica pasante de servicio social del Estado de México:

“Diferentes movimientos que ha habido en mi generación, en particular el #MeToo, nos han ayudado a hablar de diferentes situaciones que estábamos viviendo y apoyarnos mucho más y alzar la voz las unas con las otras. Ya no era sólo platicarle a tu mejor amiga “me pasó esto”; era saber que tienes el apoyo de toda tu generación, así no te lleves tanto con una compañera, sabes que va a estar para ti \[...\] Hicimos paros y nos movimos” (GF1).

Para muchas, el feminismo contemporáneo ha sido un parteaguas que rompió con la normalización de la violencia de género que antes mantenían. Una médica epidemióloga de Morelos lo describe: “A mí, \[el movimiento feminista\] me ayudó a entender lo que me había pasado, aunque ya hayan pasado muchos años de lo ocurrido \[...\] es como si me hubieran quitado la venda de los ojos” (GF3).

Las estrategias “online” del feminismo contemporáneo han sido fundamentales para romper con la normalización de la violencia *interna* del campo médico. Una pediatra endocrinóloga de la Ciudad de México, lo explica: “Yo creo que un gran parteaguas son las redes sociales, no sólo en cuestión de género, sino también del abuso laboral que hay con los internos, los pasantes, los residentes \[...\] Las redes sociales han servido para darnos cuenta de que lo uno sufre, lo sufren muchos” (GF3).

El movimiento feminista denunció mecanismos que antes mantenían normalizada la violencia interna del campo médico. Por ejemplo, antes no había consenso entre los actores involucrados sobre qué actos podían ser considerados violentos (Ogden et al., 2005), y ahora, en cambio, se ha dicho que hay una sobresensibilidad en torno a lo que constituye acoso sexual (Lamas, 2021). Antes existía la tendencia

a considerar el menosprecio, la intimidación y el acoso como herramientas motivacionales en la educación médica (Rees; Monrouxe, 2011) que servían para “forjar el carácter” (Castro y Ertvi, 2015) mientras que ahora esas prácticas se están cuestionando. También se había identificado que la violencia interna era normalizada a través de narrativas que distorsionaban los hechos y ponían en duda la credibilidad e integridad de las víctimas (Witte et al., 2006); ahora, en contraste, hashtags como #YoSíTeCreo han conseguido redistribuir la credibilidad a favor de quienes denuncian (Guerrero MacManus, 2023). Asimismo, se había señalado que otro mecanismo de normalización era la falta de respuesta por parte de las autoridades ante las pocas denuncias que existían (Castro y Villanueva, 2018), y ahora tenemos nuevos mecanismos institucionales para proceder ante casos de violencia de género (Fernández Altuna et al., 2024).

Pero no es que la protesta dentro del campo arraigara como parte de un cuestionamiento interno a sus estructuras patriarcales, sino que forma parte de un cuestionamiento más amplio de las estructuras patriarcales de la sociedad mexicana (y de las sociedades actuales), por el cual las mujeres médicas (jóvenes-estudiantes en su mayoría) identifican dentro de su ámbito específico (la medicina) patrones que también están denunciando en otros ámbitos de su vida.

Por ello, no ocurrió lo mismo en el caso de otras formas de violencia *interna* del campo médico, específicamente la referida al maltrato en la formación de los médicos residentes. Como veremos en seguida, al parecer la conjunción de algunas características centrales de la formación de residentes, como la precariedad de sus condiciones profesionales y laborales y las medidas impuestas por la emergencia sanitaria, facilitaron la reproducción de este fenómeno.

4. Precariato y maltrato de residentes durante la pandemia por covid-19

En países como México, las graves fallas estructurales que presenta el sistema de salud (Frenk; Gómez-Dantés, 2022), deben ser tomadas en cuenta

en el estudio de la manera en que se correlacionaron la violencia interna dentro del campo médico y la dinámica impuesta por la pandemia de covid-19. Uno de esos rasgos estructurales se refiere a las formas de *precariedad* que caracterizan al sistema de salud mexicano. El tema, sin embargo, ha sido abordado solo indirectamente en la literatura existente. Algunos trabajos se refieren a la precariedad de la estructura general del sistema de salud (Benhumea-González, 2019) o bien a la precariedad laboral de los trabajadores de la salud (Serván-Mori; Nigenda-López, 2024). Pero, sorprendentemente, no hemos encontrado trabajos que analicen la precariedad de los médicos residentes a partir de la propuesta conceptual de Standing (2011). Sostenemos que el “precariado” es una condición que hace posible el abuso laboral y de género que se ejerce sobre estos profesionales en formación y que, por tanto, es preciso tomar en cuenta sus principales atributos para poder mirar en direcciones hasta ahora ignoradas. En una investigación reciente documentamos la alta proporción en que los médicos residentes ven incumplidos sus derechos laborales o incluso sufren violencia durante sus años de entrenamiento (Castro et al., 2024). Pero es necesario ir más allá. Los médicos residentes carecen de las siete formas de seguridad relacionadas con el trabajo que Standing (2011) define como propias del precariado: no tienen garantía de empleo pleno gubernamental, carecen de protección contra despidos arbitrarios, sufren descalificación de habilidades y humillaciones habituales, no tienen límites en jornadas laborales, incluyendo guardias de castigo y trabajo nocturno sin compensaciones, están inmersos en un sistema de aprendizaje basado en el castigo, reciben una beca-salario sin prestaciones laborales completas, y no cuentan con sindicatos independientes con derecho a huelga. Esta situación afecta especialmente a los residentes de primer año y, aunque mejora gradualmente, persiste durante toda la formación.

La pandemia por covid-19 exacerbó las condiciones de precariedad de los médicos residentes. A la incertidumbre de cómo manejar la epidemia, se sumaron múltiples condiciones de emergencia, tales como la reconversión hospitalaria,

la obligación de muchos médicos especialistas de centrarse en la atención de los enfermos de covid, el temor a la enfermedad y el autodescarter de muchos especialistas por tener condiciones de riesgo, entre otras.

Al establecerse la cuarentena, se desmovilizaron los incipientes movimientos sociales de protesta (feministas y médicos), y por ende, se desmontaron los mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas que estaban surgiendo. Se generó así un clima aún más propicio para facilitar la reproducción del autoritarismo y el maltrato al que históricamente han estado sometidos los residentes.

En la literatura se reportan múltiples investigaciones sobre el estrés y el desgaste que sufrió el personal médico durante la pandemia (Shanafelt; Ripp; Trockel, 2020; Spiers et al., 2021), pero sin hacer referencia al autoritarismo y a la violencia interna que caracteriza la formación en las residencias. Pocos estudios se han centrado en la manera en que la pandemia por covid-19 influyó en el incremento de las diversas formas de maltrato a los médicos residentes. Al tema se alude solo marginalmente mencionando, por ejemplo, que las “relaciones tensas” entre los médicos contribuyeron significativamente al desarrollo de ansiedad y otros padecimientos mentales (Dunning et al., 2022). Un estudio en particular muestra que entre residentes de neurocirugía se registraron conductas de discriminación hacia los que contraían la enfermedad, así como abuso y acoso sexual contra las residentes (De la Cerda-Vargas et al., 2022).

En las entrevistas que realizamos es posible advertir que, al ingresar a las residencias, los médicos están parcialmente conscientes de la fragilidad de la posición con la que entran en ese campo, misma que tienden a compensar con la ilusión y el entusiasmo que les genera esta nueva etapa formativa. Por ejemplo, en los dos testimonios que siguen se pueden apreciar claras alusiones a varios de los atributos que definen la precariedad, en los términos de Standing que mencionamos más arriba: la insuficiencia salarial, el exceso de horas trabajadas, el trato denigratorio, la falta de representación gremial o sindical y el ambiente

poco favorable a los derechos más generales de los trabajadores:

“Ingresé a un hospital de alta especialidad de la Secretaría de Salud. Entrás y te tratan como si te estuvieran haciendo un favor. Realmente tú, como residente, eres el que trabaja y mantiene en sus hombros al sistema de salud... en México, el 60% de la atención pública se otorga por algún tipo de becario: interno, pasante o residente. Cargamos al sistema de salud... Nos dan una beca muy baja para la cantidad de horas laboradas...” (E4H)².

El médico en formación... nunca se toma en cuenta y solamente obtiene representación a través del jefe de residentes que suele ser este individuo que tiene todo el poder y la gloria y no es una cuestión democrática, no es algo que elijan los médicos en formación, sino es algo que ponen ahí los directivos... Entonces no hay esta verdadera capacidad de representación, sino que funciona como un brazo represor dentro del... mundo del médico en formación (E2H).

Como decíamos más arriba, los residentes de primer año llegaron a sus sedes al mismo tiempo en que se declaraba la emergencia sanitaria. Resulta muy revelador que, desde el primer día, la pandemia funcionó como “lente de aumento”, es decir, como una coyuntura que facilitó la reproducción de los mecanismos autoritarios sobre los que funcionan las residencias. Un residente cuenta que en su primer día como R1 lo pusieron, junto con otra compañera, a hacer las notas de los pacientes con covid:

“Recuerdo la primera nota que hicimos mi compañera y yo: empezamos a recibir gritos por nuestras notas. Nunca nos dijeron cómo hacerlas... vimos que las notas que hacían los médicos adscritos eran de tres renglones (solamente cosas como) signos vitales, si hizo pipí, si hizo popó, come, está bien, está mal... Nos dijeron: ‘tú tienes cómo ejemplo eso’, no nos dicen cómo, nosotros

preguntamos cómo, (y nos dijeron): ‘pos agarren de ejemplo las notas’. Hicimos notas mucho mejores que las que veíamos, cabe aclarar. Y nos empiezan a gritar: ‘¡no saben hacer notas, por qué chingados entregan eso, esto está mal, a ver, calcúlale, dime qué es esto, cómo carajo no sabes si ya eres residente, deberías haber leído!’.” Yo pues era mi primer día, (nomás pensaba): disculpe por no saber en mi primer día algo de una enfermedad totalmente nueva de la que se está descubriendo absolutamente todo.” (E4H).

Esa coincidencia entre el inicio de la pandemia y el inicio del ciclo escolar para los residentes sirvió también de vehículo para el autoritarismo con que suelen desarrollarse las primeras etapas de los años de especialización médica. A la incertidumbre con la que los residentes de primer año comúnmente viven su proceso de “enseñanza-aprendizaje”, se sumó una dimensión adicional de incertidumbre por la pandemia del covid-19, lo que se tradujo en la potenciación de la precariedad con la que suelen vivir esa etapa:

“llegamos a las seis de la mañana, nos ponen a correr indicaciones y básicamente nos dicen que como estamos muy tontos no podemos correr las indicaciones de los pacientes de covid. No nos han dado una sola clase, no nos han enseñado nada, lo que sabemos del covid lo hemos leído por nuestra propia cuenta, y estábamos todavía en un punto en el que hay muy pocos estudios y poca evidencia científica... Pero si no nos informan, pues no tenemos manera de saber. Y somos castigados por ello... Un día te dicen: ‘no les van a pasar indicaciones porque están tontos’; el mismo residente al siguiente día (cambia de parecer): “Bueno, ya van a pasar indicaciones ... bueno las pasarás con tu castigo correspondiente”. Esta frase la repetí en varias ocasiones. De entrada, ya están asumiendo que te vas a equivocar y para qué enseñarte cuando es mejor castigarte, según ellos” (E4H).

² En esta sección identificaremos los testimonios por el número de entrevista al que corresponden y la letra H (hombre) o M (mujer).

Con la reconversión hospitalaria que se instrumentó como política oficial para hacer frente a la pandemia, vino también la indicación de dedicar el mayor número posible de profesionales médicos a atender a los enfermos de covid-19. Sin embargo, diversos testimonios de residentes de primer año señalan que la carga de la atención recayó básicamente sobre ellos, mientras que los médicos de mayor nivel encontraron la forma de evadir la responsabilidad de atender a estos pacientes:

“Cuando explota la pandemia, pues obviamente nos hicieron entrar a los de neuro al quite. Sin embargo, realmente éramos nada más los R1 los que nos metíamos al área covid, los residentes de más jerarquía no se metían al área covid. Yo tuve la desgracia de que me diera covid en dos ocasiones...” (E1H).

Esa estructura jerárquica, montada en la precariedad de los residentes, fue la base de decisiones que a su vez reprodujeron aquella desigualdad. Por ejemplo, la tendencia fue administrar el riesgo en detrimento de los residentes y a favor de los médicos de mayor jerarquía, los adscritos:

“... sí fue un caos y, obviamente, los únicos que entrábamos (a atender pacientes con covid) éramos los residentes de primer año, porque realmente a los adscritos de otras especialidades yo nunca los vi adentro del área covid... los médicos que, en teoría, eran los responsables de entrar, no, nunca se pararon por ahí.” (E1H).

En ese contexto, también se usó la obligación de atender a las personas con covid como ocasión para castigar a los residentes. Uno de nuestros entrevistados narra cómo tener que entrar a las áreas donde estaban estos pacientes era también una forma de castigo. Temida por todos, el área covid no dejaba de entrañar riesgos de contagio y posiblemente de muerte para quienes estuvieran ahí:

“Se volvió hospital covid, y el primero en entrar al covid no fue uno de medicina interna, fui yo, me castigaron y tuve que estar

ahí ocho horas. Era cuando no conocíamos nada de la enfermedad, yo fui el primer residente en entrar al covid, como castigo (porque no había hecho bien unas cosas)” (E17H).

El ánimo punitivo se expresó también con aquellos residentes que se contagiaron y tuvieron que estar de licencia en lo que se recuperaban:

“Yo en diciembre tuve covid, me incapacitaron 5 semanas, y estaban diciendo que era flojera mía... Regreso un día y me ponen guardia, cuando apenas voy saliendo de convalecencia, y al día siguiente me dejaron hasta la media noche y paré otra vez hospitalizado. Empecé a tener otra vez dificultad respiratoria, trialgias y pues nuevamente pues me dan otra semana (de incapacidad). Paré internado ahí en el hospital y también en el Instituto de Cardiología y me tuvieron que iniciar en hipertensivos, antiarrítmicos y cosas así.” (E14H).

En los testimonios recolectados también hay ejemplos donde la aplicación de castigos se instrumenta junto con las condiciones para hacer difícil o imposible cumplir con esos castigos:

“... entonces me regaña que porque no le hecho nada al paciente, y (de castigo me dice que) dos artículos sobre fenotipos de cáncer genéticos y en dos horas voy a presentarle a mis compañeros cómo hacerlo. Okey, me pongo a buscar bibliografía y se molesta y me manda a sacar las muestras a todos los (pacientes) de piso... te traen nomás dando vueltas, no importa qué, pero te traen nada más dando vueltas... y ya que no lo lograste te aumenta el castigo: “bueno ahora te voy agregar tal y tal artículo”, “doctor tengo guardia”, “pues para mañana a ver cómo le haces” y mientras estas ahí evita que trabajes en ello...” (E4H).

Finalmente, en esta especie de “estado de guerra” que representó la emergencia por la pandemia,

incluso los casos extremos de abuso a médicas y médicos residentes perdieron visibilidad y dejaron de ser de interés de la prensa porque lo relevante era sólo lo relacionado con el covid:

“inicialmente le pedí a mis compañeros que me apoyaran y que fuéramos todos juntos a presentar la queja o que me apoyaran mi queja de denuncia de derechos humanos. Porque esto fue a mí, (pero también a) mi compañera pues todo el acoso sexual que sufrió, le dije: “tú eres una carta muy poderosa porque con lo de acoso sexual, ahorita y lo de la violencia a las mujeres con tu testimonio, todos aquí vamos a salir ganando”. No quiso, le dio miedo, pero en esos momentos mi psiquiatra me ayudó a contactar un periódico a contar mi historia, pero el detalle es que (los periódicos) están más interesados en lo del covid, porque el covid es lo que importa en estos momentos, y (me dijeron) que si no era algo del Covid, que realmente no tenían tanto interés en publicarlo.” (E4H).

El hecho de que el residente entrevistado invite a una compañera a denunciar el acoso sexual que sufrió, como estrategia para sumar fuerzas a su causa evidencia que, en los meses previos al estallido de la pandemia, la lucha feminista había conseguido cimbrar el campo médico desnormalizando ese tipo particular de violencia interna. Asimismo, este último testimonio muestra que ese impulso se frenó con el advenimiento de la emergencia sanitaria: en este nuevo contexto sólo tenía relevancia aquello que estuviera relacionado con el covid; las protestas contra la violencia de género y otras formas de violencia interna pasaron a segundo plano. No obstante, a cinco años de la pandemia, observamos aún un desajuste entre el habitus de los profesionales de la salud y las estructuras del campo médico, como explicaremos a continuación.

5. Reflexión final: histéresis del habitus patriarcal en el campo médico y protesta contenida en la lucha de los residentes

Los datos que hemos presentado podrían ser indicativos del surgimiento de un fenómeno de

histéresis que, como señalamos arriba, expresa la no correspondencia entre el habitus de grupo y las condiciones materiales del campo al que originalmente pertenecía. La histéresis se expresa básicamente en el caso de las luchas feministas dentro del campo pero no así en el caso de la reorganización general de los servicios de salud durante la emergencia sanitaria.

Por una parte, muchos médicos y directivos siguen operando bajo esquemas que los llevan a considerar como “normales” ciertas prácticas (desde bromas sexistas hasta acoso), lo que los coloca en una posición de resistencia o incredulidad ante las demandas feministas. En cambio, las médicas y trabajadoras de la salud, al haber sido socializadas en este mismo campo, pueden haber tenido un habitus que las llevaba a normalizar o tolerar situaciones de violencia; sin embargo, con los cambios sociales y la irrupción del feminismo, muchas comienzan a resignificar estas experiencias como violencias estructurales e inadmisibles, lo que provoca una ruptura con sus disposiciones anteriores.

En otras palabras, el campo médico muestra signos de histéresis del habitus patriarcal. Algunos indicadores de este fenómeno son el surgimiento de conflictos intergeneracionales, en el que médicos y médicas formadas en décadas anteriores pueden ver estas denuncias como “exageradas”, mientras que las nuevas generaciones las perciben como innegociables. Otros datos están relacionados más bien con el desajuste entre las demandas feministas y los cambios en las estructuras del campo médico. Si bien las universidades han implementado políticas de denuncia y sanción, las instituciones hospitalarias no han sido reformadas con la misma rapidez. Además, la estructura jerárquica del propio campo médico impide que los cambios culturales se traduzcan de inmediato en nuevas prácticas dentro de hospitales y universidades. Esto ha derivado en el surgimiento de tensiones entre las nuevas normativas y las prácticas reales derivadas de la inercia del campo.

En cambio, tradicionalmente los residentes han ocupado un rol subordinado y de aprendizaje progresivo en el espacio de la residencia. Pero durante la pandemia, muchos fueron puestos en primera línea sin el acompañamiento habitual, lo que generó una crisis basada en la falta de socialización profesional en la que los residentes

tuvieron que adaptarse a una situación de dificultad sin precedentes, generando tensiones sobre quién debía tomar decisiones y cómo hacerlo.

La evidencia empírica muestra la existencia de indicadores de desajustes relacionados con la emergencia sanitaria, pero de cuya perdurabilidad no estamos seguros, por ejemplo: el conflicto entre autoridades hospitalarias y los médicos residentes (i.e. algunos médicos experimentados pudieron percibir a los residentes como poco preparados, mientras que los residentes pudieron sentirse abandonados y exigidos en un contexto para el cual no estaban entrenados); las formas de desgaste emocional y *burnout* sin precedente (la desincronización entre expectativas y realidad pudo contribuir a una mayor sensación de agotamiento y frustración en los residentes); y las graves fallas en la formación de los residentes (i.e., durante la pandemia del covid-19, un gran número de residentes tuvo que asumir la obligación de enfocarse en la atención de dicha enfermedad, independientemente de la especialidad que estuvieran cursando). Pero todo indica que el campo médico puede procesar todas esas manifestaciones en el marco de lo que Tarrow (1998) llamó “protestas contenidas”.

Nuevas investigaciones deberán determinar si estamos frente a un fenómeno temporal de histéresis (con un gradual retorno de las cosas a su “normalidad”), o si se trata de cambios definitivos. Por una parte, a cinco años de distancia, se observa que perdura la resistencia entre los y las médicas jóvenes a seguir normalizando las violencias internas de género de las que son objeto. Dado que el movimiento feminista viene de fuera del campo médico, es comprensible que las mujeres dentro del campo sigan denunciando esa violencia y cuestionando patrones patriarcales, lo que resulta en el fenómeno de histéresis que hemos mencionado. En cambio, las protestas de los residentes carecen de una contraparte externa, como en el caso de las protestas feministas, lo que explica que la pandemia haya servido como vehículo para potenciar el abuso y el maltrato que suele darse a los residentes, particularmente a los de primer año. Estaríamos entonces frente a dos derroteros diferentes en el que las luchas feministas podrían estar planteando cambios duraderos mientras que las luchas contra otras formas de violencia en la formación

médica podrían seguir el curso tradicional de la normalización.

Referencias

- Álvarez Enríquez, L. El movimiento feminista en México en el siglo XXI: juventud, radicalidad y violencia. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, v. 65, n. 240, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2020.240.76388>.
- BENHUMEA-GONZÁLEZ, L. E. El pacto por México: una reflexión sobre sistema precario de salud mexicano. *SAPIENTIAE: Revista de Ciências Sociais, Humanas e Engenharias*, v. 5, n. 1, p. 5-30, 2019. DOI: <https://doi.org/10.37293/sapientiae51.02>.
- BOURDIEU, P. *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama, 1999.
- CASSELL, J. Doing Gender, doing surgery: Women surgeons in a Man's Profession. *Human Organization*, v. 56, n. 1, p. 47-52, 1997.
- Castro, R. (2014) Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2):167-197
- Castro R. y Erviti J. (2015) *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: CRIM-UNAM.
- Castro, R. et al. (2024). Exploración sobre el grado de cumplimiento de los derechos de los médicos residentes en México. *Revista de Investigación en Educación Médica* 13(50): 56-67
- Castro R y Villanueva M. (2018) “Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica”. *Estudios Sociológicos De El Colegio de México*. XXXVI(108): 539-69. <https://doi.org/10.24201/es.2018v36n108.1648>
- CHOO, E. K. et al. From #MeToo to #TimesUp in health care: can a culture of accountability end inequity and harassment? *The Lancet*, London, v. 393, n. 10171,

p. 499-502. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30251-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30251-X).

COOK, D. J. et al. Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. McMaster University Residency Training Programs. *Canadian Medical Association Journal*, Ottawa, v. 154, n. 11, p. 1657-1665, 1996.

DE LA CERDA-VARGAS, M. F. et al. Burnout, discrimination, abuse, and mistreatment in Latin America Neurosurgical Training during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *World Neurosurgery*, v. 158, p. e393-e415, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.10.188>.

DUNNING, A. et al. Relationship between working conditions and psychological distress experienced by junior doctors in the UK during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey study. *BMJ Open*, v. 12, n. 8, p. e061331, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061331>.

ESPINOZA-PORTILLA, E.; LINARES-CABRERA, V. J. El rol de las redes sociales y el empoderamiento de las mujeres en medicina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, v. 37, p. 136-141, 2020. DOI: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000100136&nrm=iso.

FNAIS, N. et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, Philadelphia, v. 89, n. 5, p. 817-827, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.000000000000200>.

FRENK, J.; GÓMEZ-DANTÉS, O. Fracturas de la Salud Pública. *Nexos*, 1 marzo 2022. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=66329>. Acceso en: 15 febrero 2025.

GARCÍA-GUEVARA, P. De la desigualdad a la inclusión universitaria: La agencia de género. *Revista de la educación superior*, Ciudad de México, v. 50, n. 200, p. 1-23, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36857/resu.2021.200.1887>.

GRAHAM, H. Hysteresis and the sociological perspective in a time of crisis. *Acta Sociologica*, v. 63, n. 4, p. 450-452, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/0001699320961814>.

GUERRERO MACMANUS, S. Prejuicios que silencian: Injusticia Testimonial y Muerte Hermenéutica. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, v. 9, n. 1, p. 1-37, 2023. DOI: <https://doi.org/10.24201/reg.v9i1.1026>.

LAMAS, M. *Dolor y política: Sentir, pensar y hablar desde el feminismo*. México: Océano, 2021.

LI, S. F. et al. Resident experience of abuse and harassment in emergency medicine: ten years later. *J Emerg Med*, v. 38, n. 2, p. 248-252, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.05.005>.

LU, D. W. et al. #MeToo in EM: A Multicenter Survey of Academic Emergency Medicine Faculty on Their Experiences with Gender Discrimination and Sexual Harassment. *West J Emerg Med*, v. 21, n. 2, p. 252-260, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.11.44592>.

MAINIERO, L. Workplace romance versus sexual harassment: a call to action regarding sexual hubris and exploitation in the #MeToo era. *Gender in Management: An International Journal*, v. 35, n. 4, p. 329-347, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1108/GM-11-2019-0198>.

OGDEN, P. E. et al. Do Attending Physicians, Nurses, Residents, and Medical Students Agree on What Constitutes Medical Student Abuse? *Academic Medicine*, v. 80, n. 10, p. S80-3, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-200510001-00022>.

REES, C. E.; MONROUXE, L. V. "A morning since eight of just pure grill": a multischool qualitative study of student abuse. *Academic Medicine*, v. 86, n. 11, p. 1374-1382, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182303c4c>.

ROVIRA SANCHO, G. El devenir feminista de la acción colectiva. Las multitudes conectadas y la nueva

ola transnacional contra las violencias machistas en red. *Teknokultura. Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales*, v. 15, n. 2, p. 223-240, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5209/TEKN.59367>

ROVIRA SANCHO, G. *#MeToo. La ola de multitudes conectadas feministas*. Manresa: Balletera Edicions, 2024.

ROVIRA SANCHO, G.; MORALES I GRAS, J. Idus de marzo en México. La acción directa en las redes y en las calles de las multitudes conectadas feministas. *Teknokultura: Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales*, v. 20, n. 1, p. 11-24, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5209/tekn.81013>.

SERVÁN-MORI, E.; NIGENDA-LÓPEZ, G. La precariedad laboral: el elefante no visibilizado en el Sistema de Salud Mexicano. *Nexos, Blog de la redacción*, 16 ago. 2024. Disponible en: <https://redaccion.nexos.com.mx/author/gustavo-nigenda/>. Acceso en: 15 febrero 2025.

SHANAFELT, T.; RIPP, J.; TROCKEL, M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, Chicago, v. 323, n. 21, p. 2133-2134, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>.

SHILLCUTT, S. K.; SILVER, J. K. Social Media and Advancement of Women Physicians. *New England Journal of Medicine*, v. 378, n. 24, p. 2342-2345, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMms1801980>.

SPIERS, J. et al. What challenges did junior doctors face while working during the COVID-19 pandemic? A qualitative study. *BMJ Open*, London, v. 11, n. 12, p. e056122, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056122>.

TARROW, S. *Power in Movement: Social movements and contentious politics*. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

Villanueva M. (2019) “Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela”. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 5, 1 julio 2019, e366, <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v5io.366>

Villanueva M (2025) “De la feminización a la feministización de la medicina en México”, *Revista La Ventana*, no. 62, p. 12-49. <https://doi.org/10.32870/lv.v7i62.8079>

WILLIAMSON, L. E. et al. “It’s just one step in the right direction”: A qualitative exploration of undergraduate student perceptions of #MeToo. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, v. 29, n. 1, p. 11-24, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3138/cjhs.2019-0036>.

WITTE, F. M.; STRATTON, T. D.; NORA, L. M. Stories from the field: students’ descriptions of gender discrimination and sexual harassment during medical school. *Academic Medicine*, v. 81, n. 7, p. 648-654, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000232421.04170.d2>.

Contribuciones de los autores

Ambos autores ideamos el argumento del artículo, contribuimos a la redacción y edición del manuscrito. El trabajo empírico y teórico de Castro sirvió para desarrollar las secciones 4 y 5; mientras que el trabajo empírico y teórico de Villanueva sirvió para la secciones 2 y 3.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas que aceptaron participar en los grupos focales y entrevistas que realizamos en diversos momentos para nuestras investigaciones. Agradecemos los comentarios de Gerardo Damián que enriquecieron mucho este trabajo.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos de la investigación están disponibles en el cuerpo del documento.

Editores: Carinne Magnago, Aurea Ianni

Recibido: 14/04/2025

Aprobado: 28/05/2025