

Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica

Roberto Castro

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM
rcastro@correo.crim.unam.mx

Marcia Villanueva Lozano

UNAM
marcia.villanueva.lozano@gmail.com

Resumen

Clasificamos las diversas formas de violencia a las que están expuestos los médicos en su formación y práctica profesional. Violencia externa es la que ejercen actores ajenos al campo médico y violencia interna la que se practica entre médicos, personal de salud y pacientes. Esta última puede ser hegemónica (si procede de las estructuras de poder vigentes) o contrahegemónica (si las desafía). La hipótesis es que los médicos mantienen una relación de *ambivalencia sociológica* frente a las formas de violencia a las que están expuestos en su desempeño cotidiano. Ello les permite ser muy críticos ante la violencia externa y, al mismo tiempo, naturalizar o aceptar como parte de la profesión la violencia interna hegemónica. Se documenta con diversos ejemplos empíricos el funcionamiento de esta ambivalencia.

Palabras clave: violencia; campo médico; ambivalencia sociológica; práctica médica.

Abstract**Violence in medical practice in Mexico:
a case of sociological ambivalence**

This paper presents a classification of the different types of violence to which doctors are exposed during training and professional practice. Actors alien to the medical field exert external violence, whereas practitioners, paramedical personnel and patients exert internal violence. The later can be hegemonic (when produced by authorities and doctors in power positions) or contra-hegemonic (if it defies such power structures). The hypothesis is that doctors maintain a relation of sociological ambivalence regarding the different types of violence to which they are exposed during their professional practice. This allows them to be very critical against external violence, and, at the same time, to normalize internal violence and take it as part of the profession. This ambivalence is illustrated with a series of empirical examples.

Key words: violence; medical field; sociological ambivalence; medical practice.

Introducción

El contexto de inseguridad que vive México desde 2007, año en que se inició la guerra contra el narcotráfico, ha fortalecido la sensibilidad de diversas poblaciones ante la violencia que les aqueja. El movimiento de mujeres ha protestado contra la violencia de género (particularmente feminicidios y acoso sexual) a nivel nacional. El movimiento magisterial ha expresado su rechazo a la violencia a la que está expuesto, principalmente en zonas con presencia de narcotráfico. Y los médicos, nuestro objeto de interés en este artículo, se han organizado para denunciar las violencias de las que son objeto en este nuevo contexto.

En 2011 los medios de comunicación empezaron a dar cobertura a la violencia que afecta al gremio médico en México. Inicialmente se reportó que los médicos abandonaban las comunidades rurales por miedo a ser víctimas del crimen organizado (Blanco, 2011; Imagen Noticias, 2012). Asimismo, se organizaron las primeras marchas gremiales en Morelos y Ciudad Juárez para exigir condiciones de trabajo más seguras (Azteca Noticias, 2012; Morelos & Santos, 2012). Desde 2012 cobró notoriedad la inseguridad de muchos estudiantes de medicina durante su servicio social, en particular a partir del asesinato de varios médicos en comunidades rurales (Santana, 2013; Estrada, 2016). En 2014 surgió el movimiento #yosoy17, en respuesta a una demanda por negligencia médica que derivó en la detención de 16 médicos (Aristegui Noticias, 2014; Excélsior, 2014). Paralelamente, hubo más mar-

chas gremiales y aumentaron las noticias de secuestros, asesinatos y extorsión de médicos (Azteca Noticias, 2014; Televisa, 2017). Finalmente, esta inconformidad del gremio culminó en un paro nacional organizado por #yosoy17 en junio de 2016, que buscaba denunciar las agresiones que sufre el personal de salud, y exigir un alto a la “criminalización del acto médico” (Quadratín Veracruz, 2016).

Empero, ésta no constituye la primera exposición a la violencia del gremio médico. Por el contrario, la violencia es una experiencia muy frecuente entre el personal de salud. Nos referimos no sólo a agresiones que a veces reciben de los pacientes, sino también a otras formas de violencia que son parte de la formación y de la práctica profesional de los médicos, ante las cuales casi no se registran protestas como las mencionadas. Si bien se trata de violencias que responden a lógicas muy diferentes (*i.e.*, violencia criminal contra médicos, violencia simbólica entre médicos), en este artículo consideramos pertinente agruparlas bajo una misma taxonomía para esbozar líneas de investigación prometedoras.¹

La hipótesis de este trabajo es que los profesionales de la salud, particularmente los médicos, mantienen una relación de *ambivalencia sociológica* frente a las diversas formas de violencia a las que están expuestos en su desempeño cotidiano. Merton definió la ambivalencia sociológica como la coexistencia de dos normas incompatibles que regulan un determinado estatus social. En el caso de los médicos, señaló: “Para cada norma tiende a haber por lo menos otra norma coordinada que es, si no incongruente con la primera, sí lo suficientemente diferente como para hacer difícil al estudiante y al médico llevar ambas a la práctica” (Merton, 1980, p. 87). Así, identificó más de 20 pares de normas contradictorias, entre ellas: los médicos deben destinar tiempo a seguir formándose, *pero* deben dedicar el mayor tiempo posible a sus pacientes; los médicos deben distanciarse emocionalmente de los pacientes, *pero* no deben ser insensibles con ellos. Siguiendo este formato, proponemos que la ambivalencia de los médicos ante la violencia puede expresarse en estas dos normas contradictorias:

- Los médicos, como integrantes de la sociedad general, aspiran a la protección que el Estado brinda a todos los ciudadanos, y deben protestar cuando ven amenazada su seguridad.
- *Pero*, como integrantes del campo médico, deben aceptar, incorporar y naturalizar la violencia inherente a su formación y ejercicio profesional.

¹ “En sociología, como en otros campos, una investigación seria conduce a reunir lo que vulgarmente se separa o a distinguir lo que vulgarmente se confunde” (Fauconnet & Mauss, citados en Bourdieu, Chambordon & Passeron, 2008, p. 33).

En este trabajo describimos y explicamos cómo opera esta ambivalencia sociológica para dar cuenta del contraste entre el histórico silencio respecto a la violencia que se vive cotidianamente en el campo médico, y el surgimiento de protestas ante la violencia y otras hostilidades que proceden de fuera de dicho campo.

Campo médico y formas de violencia relacionadas

El *campo médico* es el

conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello (Castro & Erviti, 2015, p. 45).

El campo médico incluye, entre otros, a estudiantes de medicina, médicos generales y especialistas, cuyos testimonios nos servirán para documentar empíricamente su relación de *ambivalencia sociológica* ante la violencia.

La violencia que enfrentan los médicos puede ser física, psicológica o simbólica. Esta última se ejerce sobre un agente social con su anuencia o complicidad, de tal forma que los dominados, por contar con esquemas cognitivos que son fruto del mismo sistema de dominación al que están sujetos, perciben su opresión como una realidad que forma parte del orden de las cosas, o simplemente no la perciben como opresión (Bourdieu & Wacquant, 1995).

Sostenemos que los médicos reaccionan activamente no sólo ante las violencias que ponen en riesgo sus vidas, sino sobre todo ante aquellas que tienen un origen social diferente al de la génesis de sus esquemas de percepción y apreciación en tanto médicos. Es lo que denominamos *violencia externa*. Mostraremos que frente a diversas formas de hostilidad externa, los médicos despliegan una sobresensibilidad que los lleva a percibir como “violencia” fenómenos que, desde otros puntos de vista, difícilmente podrían ser catalogados como violencia propiamente dicha. En cambio, en la medida en que la violencia a la que son sometidos (y que ellos mismos ejercen) se origina en el mismo campo que estructura sus esquemas cognitivos, los médicos tienden a desplegar reacciones adaptativas, justificatorias y normalizantes. Es la que denominamos *violencia interna*. Mostraremos que, contrario a la

sobresensibilidad señalada, los médicos desarrollan un adormecimiento de la conciencia ante la violencia interna.

Metodología

En esta investigación retomamos dos recomendaciones de Collins (2008). Por un lado, adoptamos un enfoque interaccional para observar las violencias del campo médico, no como un atributo de ciertos individuos, ni solamente como efecto de la “cultura” o las instituciones, sino como efecto de “las situaciones que moldean las emociones y los actos de los individuos que la ejercen” (Collins, 2008, p. 1). Por ello, en el caso de la violencia externa, nos referimos a todas las formas de violencia así experimentadas por los médicos, independientemente de que, desde otros puntos de vista, tales interacciones puedan ser descritas o no como violencia. En cambio, en el caso de la violencia interna, nos referimos a un conjunto de agresiones claramente tipificables como violencia física, psicológica o simbólica, independientemente de lo que los médicos piensen de ellas. Por otro lado, hemos recurrido a diversas fuentes de información que nos sirven para documentar la ambivalencia médica frente a la violencia. Ambos autores hemos realizado entrevistas y grupos focales con personal de salud, siempre con autorización de las instituciones o del personal participante. En un caso (Castro & Erviti, 2015), el objetivo era documentar el origen del *habitus* médico autoritario entrevistando y observando a personal de instituciones públicas de salud (11 grupos focales en cuatro estados de la república; 230 horas de observación en salas de parto; entrevistas individuales a más de 20 médicos de instituciones públicas); en el otro,² el objetivo era documentar la deshumanización que viven los médicos durante su formación utilizando métodos de investigación de etnografía virtual (seguimiento de dos grupos y nueve perfiles públicos de medicina en Facebook desde enero de 2015 hasta la fecha) y con entrevistas a estudiantes de medicina, médicos generales y médicos especialistas de diversa procedencia (26 entrevistas individuales con estudiantes y médicos de 11 estados de la república). Por otra parte, realizamos una búsqueda en Facebook y Youtube para identificar testimonios de violencia reportados por profesionales y estudiantes médicos, así como reportajes y noticias en televisión y prensa escrita sobre la misma temática.

² M. Villanueva, *Identidad narrativa en los médicos. Una explicación para la deshumanización de la medicina contemporánea*. Investigación doctoral en curso.

Tipología de las violencias en el campo médico

Clasificamos las violencias relacionadas con la práctica médica con base en dos principios: la pertenencia de los actores al campo médico y la consistencia con las relaciones de poder características del campo médico.

Respecto al primer principio, la violencia puede ser *externa* o *internal*. La *externa* se refiere a aquellas formas de violencia u hostilidad que se ejeran contra actores del campo médico por agentes externos a dicho campo, bien porque su “externalidad” esté dada por su determinación de no jugar con las reglas imperantes (e.g., secuestradores, asesinos), o bien porque pertenezcan a otros campos y operen con las reglas de su gremio, por ejemplo, profesionales del campo jurídico (jueces, ministerios públicos) o del campo de las fuerzas de seguridad del Estado (soldados, policías). En contraste, la *violencia interna* se ejerce entre actores del propio campo médico, incluyendo personal de salud (estudiantes, médicos, personal de enfermería y de trabajo social, entre otros) y pacientes.

Por la consistencia con las relaciones de poder del campo médico, la violencia interna puede ser *hegemónica* o *contrahegemónica*.³ La *violencia interna hegemónica* (VIH) incluye todas las formas de violencia relacionadas con el ejercicio de la medicina que siguen la dirección de las jerarquías del campo médico. Por su contenido, mayoritaria pero no exclusivamente, se trata de violencia psicológica a cargo de los mandos superiores dentro de la jerarquía médica, y persigue, mediante la intimidación, humillación o acoso, ratificar dicha estructura y “poner en su lugar” a los actores subalternos. Por sus efectos, muchas de estas formas de violencia se convierten en violencia simbólica a partir del momento en que quienes la sufren la encuentran justificable o parte deseable de su formación. En cambio, la violencia que se opone a dichas jerarquías, fluye en dirección contraria y la cuestiona, conforma la *violencia interna contrahegemónica* (VICH). En este caso encontramos agresiones verbales y físicas de actores subalternos hacia mandos superiores.

Finalmente, por su concordancia con el marco jurídico vigente, la violencia externa (VE) puede ser *legitimada* (i.e., ejercida por el Estado a

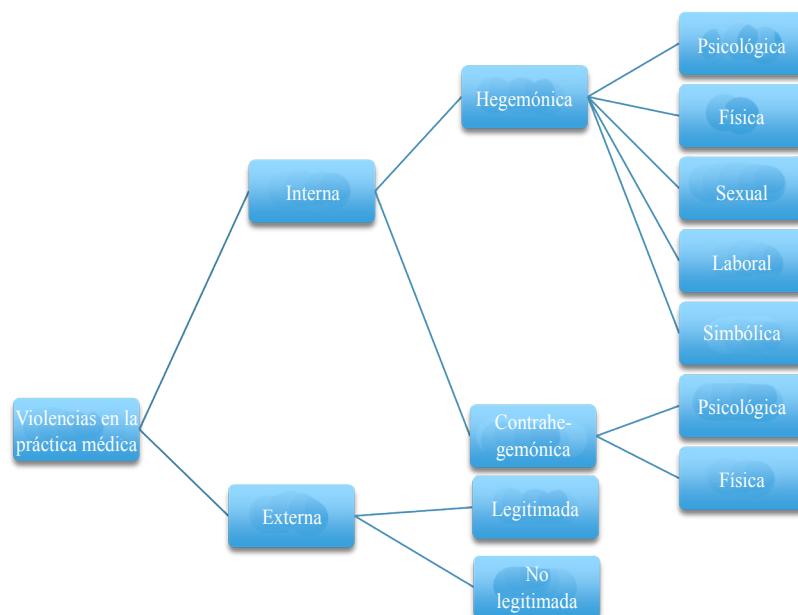
³ Entendemos hegemonía en el sentido gramsciano, para dar cuenta de la dirección cultural, pedagógica e ideológica, basada en un consenso producido desde las estructuras de poder que un grupo dominante ejerce sobre los grupos subalternos. En el análisis de las instituciones, la hegemonía consiste en la producción del consentimiento de los grupos dominados (Marshall, 1998); su uso en ciencias sociales abarca también la teoría de la cultura y los procesos de socialización. En Bourdieu, la “dominación simbólica” posee resonancias gramscianas (Giménez, 2005).

través de ministerios públicos, jueces, policías o militares) o *no legitimada* (*i.e.*, ejercida por criminales). La sobresensibilidad de los médicos ante los actos que desafian su estatus profesional se traduce en que éstos suelen no diferenciar entre violencia legitimada y otras formas de hostilidad, como la que desde otros campos (jurídico, político, científico) cuestiona el quehacer médico convencional. Como veremos, así se explica que los médicos protesten por igual contra la inseguridad, que contra la “criminalización” de su práctica profesional, o contra la tipificación de la violencia obstétrica.

A lo largo del artículo analizaremos estos tipos de violencias (véase figura 1). Empezaremos revisando la VE, luego la violencia interna, iniciando por la VICH (*e.g.*, de los pacientes hacia el personal de salud), para dar paso a la parte sustantiva de este trabajo, la VIH (tanto aquella que ejerce el personal de salud hacia los pacientes como la que ejercen los mandos superiores contra los subordinados).

Figura 1

Violencias en la práctica médica



Violencia externa

La VE es ejercida contra actores del campo médico por parte de agentes externos a él, y puede ser “no legitimada” o “legitimada”. La primera tiene que ver con actos criminales (asaltos, secuestros, asesinatos), mientras que la segunda se ejerce al amparo del marco normativo de un campo diferente al campo médico, por lo que a veces será realmente violencia (*i.e.*, violencia legitimada que ejerce el Estado a través de sus aparatos policiaco-militares) y a veces serán acciones hostiles más que “violencia”, como cuando la actuación de los médicos es cuestionada desde el campo jurídico (con demandas, órdenes de detención, juicios, sentencias).

La VE es ejercida por actores que no están en la lucha por las posiciones dominantes del campo médico, ni por subvertir sus reglas en favor de sus intereses; son actores que, con su proceder, desafían reglas sociales de orden más general (*i.e.* el respeto a la integridad de las demás personas), o bien que buscan hacer valer las reglas de su propio campo dentro del campo médico. En este último caso, se trata de actuaciones (acciones policiacas o demandas legales, órdenes de aprehensión, juicios, sentencias, etc.) que son vividas por igual como actos violentos por los actores del campo médico y que por eso incluimos en este trabajo. El recuadro 1 reproduce el texto de dos pancartas del paro nacional de junio de 2016 (Quadratín Veracruz, 2016); en ellas se aprecia que los médicos perciben como violencia la “criminalización”, las acusaciones, la detención judicial y la difamación.

Recuadro 1

Ya basta. No a la criminalización del acto médico. No a la violencia al personal de salud. No a la acusación de violencia obstétrica.	Ni un médico más detenido ni difamado cuando hay presunción de culpabilidad. No más violencia contra los trabajadores de la salud. Por un ejercicio libre de nuestra profesión.
--	---

Las VE legitimada y no legitimada tienen en común un carácter abiertamente desafiante del estatus médico profesional: atentan contra la autoridad moral y la “respetabilidad” que la medicina moderna exige para sus actores principales, los médicos. Se despliega una sobresensibilidad ante ambas, no sólo porque amenazan la seguridad de los médicos y su actuación profe-

sional, sino también porque constituyen una forma de “irreverencia” contra actores que reclaman un lugar central en la jerarquía de la respetabilidad en la sociedad.⁴

La literatura académica ha puesto poca atención a la VE. Una de las excepciones (Foghammar *et al.*, 2016) presenta una revisión de la violencia que afecta los servicios de salud en entornos complejos de seguridad (*e.g.* conflictos armados). En otro trabajo se muestra cómo el contexto más amplio de violencia en el que se sitúa la práctica médica modifica las formas en las que ésta se lleva a cabo (Zaman, 2004).

La escasa atención académica en estos temas contrasta con la cobertura mediática que recientemente ha puesto especial atención en casos de VE relacionados con la inseguridad en México (cuadro 1).

El cambio de contexto de la práctica médica (inseguridad) se ha traducido en un cambio en las formas en que los médicos prestan sus servicios, como tener una predisposición a estar “alertas” y tomar precauciones que antes no eran necesarias:

Yo salía en las madrugadas, en la noche... solita, ahí en el carrito por todo el rancho, atendiendo a la hora que me marcaban. Hasta que *entendí que ésa no era vida. Y que antes de mí, no había nadie, y de todas maneras la gente sobrevivía. Entonces decidí que ya no.* Aparte, mataron a uno de mis compañeros, lo secuestraron, y en el sepelio nos hablaron y nos dijeron que ya no nos expusieramos... Nos dijeron: “Procuren no exponerse, y sobre todo las mujeres”. *Yo antes salía en las noches, en la madrugada*, pero ya no. (Médica general, 39 años, Durango)

Por el contrario, los médicos suelen describir el otro tipo de VE, la legitimada, no a través de los cambios que han tenido que realizar en su práctica, sino como una forma de violencia que les ofende. Mostrando sobre sensibilidad ante este tipo de desafíos a su estatus, reclaman que, al ser perseguidos por la ley, se les equipara con criminales:

Estarán enterados de dos médicos más, aprehendidos en Chiapas. Nuestra profesión, la más noble y humana, rebajada a vulgares delincuentes. ¿Es eso lo que merecemos? Esos dos compañeros tienen familia, tienen hijos que ahora pagan las consecuencias de esas leyes injustas, fianzas estratosféricas, como si realmente el médico fuera millonario para pagar lo que la autoridad estime. (Publicación en Facebook, junio 2015)

⁴ La ola de asaltos que se registra contra conductores de pipas llenas de combustible no genera un clamor social como los ataques contra médicos. Tampoco lo harían demandas contra ellos. El estatus diferencial con que ambas ocupaciones se ubican en la estructura social y el diferente grado de poder con que cuenta cada una, permiten mejores posibilidades a los médicos de expresar la indignación frente a los ataques que sufren.

Cuadro 1

Cobertura mediática de violencia externa

<i>Fecha</i>	<i>Denuncia</i>
2011-2012	Primeras notas periodísticas que denuncian que, por temor a la VE, médicos abandonan comunidades en Durango y Tamaulipas. Algunos médicos han cambiado sus horarios de atención, sólo atienden a conocidos y rechazan visitas domiciliarias.
2012	Primeras marchas gremiales en Ciudad Juárez y Morelos; médicos exigen condiciones de trabajo más seguras.
2012-2013	Primeras notas sobre la muerte de médicos en servicio social. Surge #niunpasantemás.
2014	Surge el movimiento #yosoy17 cuando 16 médicos de Guadalajara fueron acusados y detenidos por negligencia médica.
2014	Marchas gremiales en Morelos para exigir condiciones de trabajo más seguras.
2014-2017	Aumenta la cobertura sobre secuestros, asesinatos y extorsión de médicos en Guerrero, León, Jalisco, Veracruz y D. F. Los médicos tienen miedo de ser “levantados” por miembros del crimen organizado para atender a capos y narcotraficantes.
2016	Médicos empiezan a organizarse contra las condiciones de inseguridad a nivel nacional y, el 22 de junio, realizan un paro organizado por #yosoy17, con marchas en Durango, Veracruz, Jalisco y el D. F. Demandan condiciones laborales más seguras y la “no criminalización del acto médico”.
2016-2017	Aumenta el número de comunidades abandonadas por médicos en Guerrero y Durango.

Desde la perspectiva de los médicos, la VE legitimada no viene dada por los pacientes, sino por actores de otros campos:

Lamentablemente, la defensa de los derechos de los pacientes ha derivado en un nicho de mercado para abogados y aseguradoras, quienes no sólo alientan la contratación de seguros y la interposición de demandas, sino también la judicialización y mercantilización de una relación cuya base debiera ser la confianza... Para quienes todo esto de la presumible práctica médica ha reportado beneficios, sobre todo económicos, no son ni los pacientes ni los médicos,

sino las aseguradoras y los abogados. (Comunicado #yosoy17, publicado en Facebook, junio 2014)

En consecuencia, el gremio médico ha tratado de resistir esta “violencia” buscando la “despenalización del acto médico”, esto es, exigiendo un tipo de fuero que los proteja de ser “criminalizados” y “satanizados”.

Violencia interna

La violencia interna se ejerce entre actores del campo médico, incluyendo al personal de salud (estudiantes, médicos, personal de enfermería, entre otros) y los pacientes. Dichos actores ocupan distintas posiciones de poder en el campo médico, el cual está estructurado tanto simbólica como materialmente. La estructuración simbólica se refleja en las jerarquías establecidas en función de criterios como el *prestigio de la especialidad* médica de los actores, el *prestigio de la institución* donde trabajan (tiene mucho más peso simbólico ser subespecialista en el Instituto Nacional de Nutrición que en un hospital de zona del IMSS), y el *turno* en el que se labora (el médico del turno matutino es más “importante” que el del turno vespertino y el nocturno). La estructuración material del campo se da a través de la organización de las instituciones médicas mediante claras líneas de autoridad y sigue dos ejes simultáneamente: el académico y el administrativo.

Dentro del subcampo de los médicos, las jerarquías se estructuran así: los médicos con mayor jerarquía son los especialistas con algún cargo de mando (secretario de Salud, director del hospital o jefe de servicio) o con distinciones especiales (miembro de la Academia Nacional de Medicina). A ellos les siguen los médicos especialistas adscritos a algún hospital, siendo los más reconocidos quienes tienen alguna subespecialidad (un neurocirujano tiene mayor jerarquía que un cirujano general). A los médicos especialistas les siguen los estudiantes de especialidad, llamados residentes, cuya jerarquía a su vez depende del año de especialidad que estén cursando (4, 3, 2 o 1). Por debajo de ellos están los médicos generales, seguidos por los médicos internos (estudiantes del último año de la carrera) y al final están los estudiantes de medicina de años anteriores al internado. En el campo médico también hay jerarquías entre las distintas profesiones (los médicos son superiores al personal de enfermería, y éste a los camilleros). Los pacientes son el último eslabón de la cadena de esta línea de mando.⁵ Estas jerarquías impactan las prácticas cotidianas del campo médico:

⁵ Además de las jerarquías de clase y género, que funcionan con su propia lógica.

Está el cirujano, el cirujano plástico, el especialista, *la verdad es que llego yo y nomás con asomarme a la cortina se hacen todos para un lado* para que revise al paciente y todo mundo está esperando a ver qué digo yo. Primero dicen: “Ahorita a ver qué dice el maestro, a ver qué le hacemos”. Si yo digo que lo voy a meter a operar, pues obviamente se esperan a que termine, *creo yo que sí hay un poquito de jerarquía no escrita.* (Neurocirujano, 43 años, Nuevo León)

Las jerarquías del campo médico suelen expresarse también con violencia. En esos casos hablamos de VIH, caracterizada por ser ejercida por figuras de autoridad sobre actores subalternos en el campo médico, y de refrendar, en ese mismo acto, el orden jerárquico y los valores entendidos dentro del campo. En oposición, la VICH fluye en dirección contraria y desafía las relaciones de poder características del campo médico (figura 2).

Figura 2

Violencias internas



Violencia interna contrahegemónica

La VICH la ejercen actores subalternos contra los de mayor jerarquía, siempre dentro del campo médico. Incluye, por ejemplo, actos violentos de personal de enfermería hacia médicos o de internos a residentes. Sin embargo, estos actores no suelen ejercer VICH porque, en primer lugar, fueron socializados para normalizar la VIH y, en segundo lugar, tienen, desde su posición en el campo, cierto poder para resistir la VIH mediante estrategias como abandonar la profesión y evitar las especialidades donde la VIH es más severa, como la cirugía.

La literatura académica y la cobertura mediática muestran que los pacientes y sus familiares son los ejecutores más comunes de VICH contra el personal de salud. Esto se debe a que, en primer lugar, los pacientes son los actores más vulnerables ante la lógica de poder del campo. Y, en segundo lugar, *necesitan* la atención médica y, por lo tanto, tienen poco margen de acción para resistir a la VIH. Cuando está dentro de sus posibilidades, los pacientes abandonan el tratamiento médico, cambian de médico tratante o presentan una demanda legal. En este último caso, en lugar de sortear o enfrentar la VIH con VICH, los pacientes echan mano del poder del campo jurídico para responder a la VIH con VE (Heckert, 2016).

Con frecuencia, los médicos responden a la VICH retomando el control y reforzando el disciplinamiento de los pacientes. Suele ocurrir que los pacientes “agitados” que llegan a urgencias terminen amarrados a las camas y sedados con medicamentos (Wong *et al.*, 2017).⁶ Además, los médicos usan la VICH para excusar sus propias prácticas autoritarias o distraer la atención de éstas (Swahnberg, Zbikowski & Wijma, 2010), como también lo muestran nuestros datos empíricos:

Yo sí trato de tener una práctica muy enfocada a la persona, no a la enfermedad, esa parte yo trato de no generarla, no crear una práctica deshumanizada. El hecho es que el paciente a veces se pone a leer en Google y “oiga, yo quiero que me haga esto”. Le digo: “Pues es más importante que yo te revise y que yo decida en qué estadio está tu enfermedad y todo lo que lo rodea para darte una recomendación argumentándote por qué no te digo lo que estás queriendo escuchar”. Se ha perdido un poco la confianza en el médico, o se cuestiona la recomendación por lo que se lee en otros lados... El paciente ya viene predisposto. De repente llegan a consulta y se ponen a grabar con una grabadora, celular o lo que sea.

⁶ Son prácticas con una *doble verdad*: en ocasiones pueden ser *necesarias* para intervenir al paciente, pero son también mensajes de que los médicos *pueden* (fáctica y normativamente) hacer eso, y ratifican el lugar de todos los actores (médicos y pacientes).

“Oye, ¿por qué estás haciendo eso?”. “No, doctor, es para entenderle bien a lo que explica”. “A ver, apágalo y pregúntame todo lo que quieras, porque la manera en que entiendas es hablando conmigo, no escuchando lo que grabes de mí”. Entonces, ahí ya no sabe uno cuáles son las verdaderas intenciones del paciente, y generan esa cierta desconfianza. (Oftalmólogo, hombre, 46 años, Jalisco)

En el testimonio anterior hay que advertir cómo, al preguntar sobre prácticas médicas “deshumanizadas”, el médico responde denunciando lo que para él constituyen comportamientos que ponen en duda su estatus profesional. Abundan los ejemplos que muestran que frente a pacientes que cuestionan su autoridad como médicos (acto contrahegemónico), implementan estrategias para redoblar el disciplinamiento de los actores subalternos, a veces incluso con actos violentos.

Denuncia versus normalización de la VICH

Como veremos más adelante, la práctica médica ocurre en un contexto caracterizado por diversas manifestaciones de VIH. Sin embargo, es la VICH la que llama la atención de los médicos y la que suele denunciarse con mayor facilidad porque, sostendemos, la VICH desafía el orden social del campo médico y no se ajusta al tipo de actores que presupone el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988): médicos con autoridad (y autorizados) y pacientes colaboradores. El siguiente caso proporciona información reveladora para defender esta tesis:

En 2015 surge #yotambiénmedormí, en México, después de que un paciente publicara en un *blog* la foto de una residente dormida, reclamando públicamente que la doctora estaba descansando en lugar de estar atendiendo pacientes. Este *hashtag* fue utilizado por estudiantes de medicina, residentes y médicos de toda Latinoamérica para mostrar fotos de sí mismos dormidos en el hospital para apoyar a la residente criticada. Llama la atención que los actores del campo médico usaran este *hashtag* para solidarizarse con la doctora criticada y no para denunciar las condiciones de trabajo a las que están sometidos los residentes. Estas condiciones son parte de un orden establecido que puede sufrirse, pero no admite mayor cuestionamiento, pues es también un orden invisibilizado como efecto de la VIH. “Así son las cosas”, dicen los propios médicos. En cambio, la denuncia de un paciente de lo que en realidad es un efecto directo de tales condiciones de trabajo (quedarse dormida por el cansancio), generó una reacción gremial frente a lo que se percibía, con mayor o menor conciencia, como una amenaza al orden establecido en el

campo médico (en el cual los pacientes no están para objetar ni cuestionar), es decir, como una forma de VICH.

Dependiendo de cómo el personal de salud conciba al agresor, en algunos casos la VICH es tolerada y normalizada. Si se trata de enfermos mentales o adictos, el personal de salud tiende a medicalizar la violencia: la define y explica utilizando términos médicos y la soluciona con intervenciones médicas (Elston *et al.*, 2002). Esto significa que ante la VICH, aplican primero una estrategia de poder a su alcance: la medicalización del evento (*e.g.* El-Khoury & Gulati, 2008). En cambio, cuando los agresores son vistos como agentes capaces de reconocer el estatus profesional de los médicos y actuar en consecuencia, el personal de salud toma la agresión como una ofensa, siendo más probable que reaccione frente al evento de VICH con una denuncia, una movilización o alguna acción de defensa colectiva.

La normalización de la VICH también está relacionada con condiciones estructurales, como la falta de apoyo de supervisores y colegas, y la impunidad. En el campo médico, actores subalternos como el personal de enfermería son socializados para percibir y evaluar como relativamente normales la violencia tanto de sus superiores como de los pacientes y sus familiares (Wolf, Delao & Perhats, 2013).

Violencia interna hegemónica

La VIH ocurre entre actores del campo médico y, al descansar en las jerarquías que estructuran el campo, cuenta con una amplia legitimidad que se expresa como aceptación pasiva o reconocimiento de que “así son las cosas”. Este tipo de violencia es parte del *habitus* de los profesionales de la salud, que se adquiere durante la formación profesional e incluye esquemas de percepción y apreciación que son producto de la incorporación de relaciones de poder y violencia (Castro & Erviti, 2015). Al ser parte de su *habitus*, la VIH es normalizada por casi todos los actores que conforman el campo médico. Tanto es así que, hasta ahora, no existía un término de uso común para denominarla. En la bibliografía consultada se hace referencia a ella con múltiples vocablos que fraccionan el problema y muchas veces encubren su dimensión sociológica (cuadro 2). Este adormecimiento de la conciencia respecto de la VIH contrasta notoriamente con la sobresensibilidad ante la VICH y otras hostilidades que desafian el estatus profesional de los actores de salud.

La VIH puede darse entre profesionales de distintos rangos; por ejemplo, de los médicos especialistas hacia los médicos generales (Miedema *et al.*, 2012) o entre enfermeras de distintas jerarquías (Chachula, Myrick

Cuadro 2**Términos que aluden a la VIH**

-
- Abuso de poder
 - Abuso en la atención médica
 - Acoso sexual
 - Amenaza a la identidad personal
 - Bullying*
 - Burnout*
 - Calidad de la atención
 - Calidad del ambiente laboral
 - Deshumanización
 - Discriminación
 - Error médico
 - Lapsus éticos
 - Maltrato de estudiantes
 - Negligencia médica
 - Satisfacción de los pacientes
 - Violación de los derechos de los pacientes
 - Violencia (o acoso) en el trabajo
 - Violencia horizontal o lateral
 - Violencia obstétrica
 - Violencia vertical
-

& Yonge, 2015). También puede darse entre profesionales de la salud con formación diferente; lo más común es que sea del médico hacia el personal de enfermería, nutrición y rehabilitación (Zwarenstein *et al.*, 2013). Por su posición subalterna, los estudiantes de medicina son objeto frecuente de la VIH (Fnais *et al.*, 2014).

La VIH también incluye la violencia que ejerce el personal de salud contra los pacientes (Brüggemann & Swahnberg, 2012; Swahnberg *et al.*, 2009). En respuesta, la Organización Mundial de la Salud emitió la Declaración de los Derechos de los Pacientes, enfocada a mejorar la calidad de la atención médica (OMS, 1994). La ginecología es un área donde la violencia del personal de salud contra las pacientes se ha estudiado con mayor profundidad. En ese caso, la VIH confluye con la violencia de género, al igual que en el maltrato a las enfermeras y estudiantes de medicina (Castro & Erviti, 2015).

De todas estas formas de VIH, las más visibles en los medios de comunicación son la violencia contra los pacientes y los estudiantes de medici-

na (Camacho, 2013; Mata, 2014). Casi no hay cobertura de la violencia de la que son objeto otros actores subalternos del campo, como el personal de enfermería.

La VIH puede ser física, psicológica o simbólica. La primera no suele producir lesiones importantes o amenaza a la vida; se trata más bien de patrones de interacción con cierto nivel de agresiones físicas como parte de la rutina. Por observación sabemos que está presente en ciertas técnicas de enseñanza. Por ejemplo, entre los estudiantes de medicina es chiste común llamar la técnica pedagógica “aprendizaje basado en problemas” por el sobrenombre de “aprendizaje basado en pinzazos”, haciendo alusión al uso de golpes con instrumentos quirúrgicos de los cirujanos a los estudiantes o residentes que los asisten en las operaciones.

Otro ejemplo de VIH, pero de carácter psicológico, es este relato de un médico recordando sus años de formación:

En la universidad nos enseñaban a lavarnos [las manos para entrar al quirófano]. “¡Así, vuélvelo a intentar!”, nos trataban con mucha dureza, pero aprendíamos muy bien. Entonces llegué al internado... estaba en quirófano con el cirujano de tórax y me lavé muy bien, y cuando ya íbamos a vestir a la paciente, que me agarra el doctor y le da un jalón a la sábana y dice: “Señorita, cambie de bulto, el doctor ya nos hizo favor de contaminar”. Entonces yo, llegando—era mi primer día—y haciendo, pues según yo, todo bien y él delante de todos: “¡El doctor ya nos hizo favor de contaminar!”. Me humilló allí totalmente y me quedo callado con la colita entre las piernas. Ayudé como pude, creo que hasta temblaba y sí fue una situación muy difícil... A lo mejor de momento sí se siente uno mal, pero después es parte de la formación, es parte de esa etapa... (Grupo focal con médicos, Monterrey)

Un ejemplo de violencia simbólica, donde se describe a los actores cooperando naturalmente con el orden establecido, es el siguiente:

Entonces tú vas a ver que llega este hombre que llegó hace rato a saludarnos [se refiere a un residente subalterno que entró al consultorio unos minutos antes], muy educado ¿no? Sorprende. ¿Por qué? Porque para empezar él no me puede hablar de tú, yo sí se lo permitiría, pero en su formación él sabe que no. Él sabe que cuando me vea debe hacer una especie de inclinación [con la cabeza]: no hay ningún papel que diga eso, pero nosotros le debemos gratitud a todos nuestros maestros. (Médico especialista, 43 años, Morelos)

Silenciamiento y normalización de la VIH

En muchos casos la VIH es invisible para los agresores y a veces también para las víctimas. Uno de los procesos de normalización descansa en que no todos los actores involucrados consideran los mismos actos como violentos (Ogden *et al.*, 2005). Por ejemplo, para un profesor de medicina una técnica de enseñanza puede ser efectiva, mientras que para los estudiantes es más bien violenta. Sin embargo, también se ha reportado que los mismos estudiantes pueden considerar el menosprecio, la intimidación y el acoso como herramientas motivacionales para su profesión (Rees & Monrouxe, 2011). Nuestros hallazgos empíricos muestran que el proceso de educación profesional de los actores del campo médico exige “formar un carácter”, lo que incluye la incorporación⁷ de herramientas para ver, vivir y evaluar las formas de VIH como naturales, inevitables, necesarias y, cuando uno es la víctima, como “el precio que hay que pagar” para formar parte del campo. Al recordar sus años de formación, un médico nos decía:

“!¿Qué pasó en la guardia?”. “El R1 no pasó visita, el R1 no hizo esto”, “pues sí lo hice, faltó una nota”,... “No te preocupes, no pasó. Doctor, te quedas el fin de semana y no digas nada”. Entonces aprendes que la disciplina te va formando y que es parte de ti y que la debes de entender y aceptar como formativa, como propia tuya, para mejorar un poco. A veces se caía en abuso, pero esto te da la jerarquía y entonces vas entendiendo, y la residente R3 que te dice: “Oye, espérate, conmigo ni siquiera vas a hablar, ¿eh? Ni siquiera te dirijas a mí, tienes tu R2, cualquier problema que tengas, lo ves con el R2 y él me dirá, y yo diré si bajo a ver y si es necesario que el adscrito vaya y revise al paciente”... Eso te forma y te da una valoración de lo que es el respeto y la lealtad. (Grupo focal con médicos, D. F.)

Este “carácter” tiene, como una de sus características centrales, el adormecimiento de la conciencia respecto a la violencia de la que han sido objeto y la que se ejerce sobre los subalternos. Por eso encontramos muy poca reprobación de la VIH entre los profesionales ya formados, sobre todo en aquellos que ocupan posiciones de poder en el campo médico. En contraste, los estudiantes, que aún no han completado su proceso de socialización en el campo, sí mantienen una postura más crítica respecto a la VIH. Por ejemplo, un estudiante de medicina relató críticamente cómo se realizaba la valoración preoperatoria y la asignación de fechas para cirugía en el hospital donde realizó el internado:

⁷ En sentido literal: hacer parte del cuerpo.

Toda la parte de “cuida el pudor del paciente”... “cuida sus sentimientos”, “procura la alianza terapéutica”, absolutamente inexistente. Por ejemplo, cómo se programaban las cirugías, era un horror. Llegan cuatro o cinco adscritos, se sientan en una mesa y pasan a los pacientes, los llaman a un cuarto, espantoso. Y ahí están todos, toda la gente ahí, y cada adscrito pasa a un paciente. Entonces pasan al paciente y la mayoría de las cosas eran vesículas o hernias inguinales: “¡Enséñame la hernia, a ver!”, ni de “usted”, “¡enséñamela, a ver!”, y la secretaria entrando para dar papeles o cualquier cosa. Entonces [el paciente] se baja tantito [los pantalones]. “¡No, todo! ¡Así!” ¡Pas! [hace gesto de bajarle bruscamente los pantalones] “¡Porque ya, tengo prisa, hay muchos pacientes! ¿No te das cuenta?”... Pero ni transacción, sin voltearlo a ver, sin nada. Ya vio la hernia, lo que quería y la programación es tal, “a ver, anótame, ¡a-nó-ta-me!” [diciéndole al estudiante] todo así... Como este ejemplo, un millón. (Médico en servicio social, 25 años, D. F.)

Otro actor subalterno del campo médico que mantiene una postura crítica respecto a la VIH es el personal de enfermería, área de la que proviene la mayoría de las publicaciones que abordan la VIH entre profesionales de la salud. Que los estudiantes y el personal de enfermería sean los grupos que más levantan la voz contra la VIH tiene una explicación sociológica: ambos grupos conservan cierto grado de autonomía respecto a la profesión médica. En el caso de los estudiantes, esta autonomía es temporal y está destinada a desaparecer en la medida en que su socialización se complete dentro del gremio.⁸ En el caso del personal de enfermería, se trata de una autonomía espacial, pues es una profesión subalterna en el campo médico que, con todo, sigue conservando sus propias normas y valores profesionales, y sus propios signos de identidad profesional.

Otro grupo muy crítico respecto de la VIH es el de los desertores de las carreras o profesiones de salud. En trabajo de campo hemos encontrado médicos recién egresados que ya no desean ejercer la medicina. Al preguntarle en entrevista a una médica general si alguna vez había considerado estudiar una especialidad, su respuesta fue: “No, nunca. Cuando tuve mi primer contacto de la vida real en un hospital, descubrí que los médicos son muy malas personas, y dije ‘no, jamás toleraría vivir entre ellos por cuatro años más’” (médica general, 29 años, Jalisco).

No obstante, estas posturas críticas son más bien la excepción, pues el orden hegemónico del campo médico incluye, entre sus características

⁸ Merton señaló que una forma específica de ambivalencia a la que se ve sometido un individuo ocurre cuando se encuentra situado en medio de las exigencias conflictivas del grupo al que pertenece y las del grupo al que aspira a pertenecer (Merton, 1980, p. 25).

principales, la producción del consenso en torno a estas prácticas y su normalización.

La impunidad también desempeña un papel importante en el proceso de silenciamiento y normalización de la VIH. Los estudiantes y profesionales de la salud perciben que no hay apoyo de sus superiores y las instituciones cuando reportan episodios de violencia. Esta impunidad a veces descansa en mecanismos de denuncia circulares, donde las quejas deben ser resueltas por los mismos actores que ejercen la violencia. Nuestros resultados empíricos muestran que los estudiantes de medicina en México también tienen la impresión de que no hay nada que hacer ni instancias a las cuáles recurrir para denunciar la VIH, y que cuando denuncian, no se ofrecen soluciones. Por ejemplo, una estudiante de medicina señaló:

Yo aprendí a no tomármelo todo muy a pecho. Yo estoy en contra de eso, pero finalmente así se manejan los hospitales, con esto de las jerarquías y castigos porque soy tu R mayor. Se me hace una tontería, pero al principio a mí me causaba mucho enojo, frustración, coraje, es que ¿por qué? Se me hacían injustas ciertas cosas y ciertos castigos, pero aprendí a darles el avión, como “¿sabes qué?, pues sí, me vas a castigar las veces que quieras y no voy a poder hacer nada, entonces ya no vale la pena que me enoje y me frustre”, pues ya, aceptar tu castigo sin que te cause nada, sólo recibirllo, porque no puedes hacer nada, así funciona, es supertriste. (Médica en servicio social, 23 años, D. F.)

El testimonio de una cirujana general muestra cómo los antecedentes de denuncias no facilitan el camino para las siguientes generaciones, sino todo lo contrario. Un año antes de que ella entrara a la residencia en cirugía, una residente había presentado una queja a la CNDH por la violencia de la que había sido objeto en el mismo hospital. Cuando la entrevistada entró ahí para estudiar la especialidad en cirugía, los residentes superiores le contaron de este antecedente y la amenazaron. Frente a diversas formas de maltrato que sufrió, ella calló por temor a las represalias y encubrió a sus superiores para evitar castigos posteriores.

Una de las estrategias de legitimación de la violencia en el trabajo consiste en la construcción de narrativas que distorsionan los hechos y ponen en duda la integridad de las víctimas, a quienes se etiqueta como “problemáticas” y se les aplican castigos, lo que genera miedo y sabotea las denuncias.⁹ Esto también incluye la estrategia de “culpar a la víctima” en casos de violencia contra enfermeras y de violencia de género contra estudiantes (Witte, Strat-

⁹ Galtung (1990) describe los procesos lingüísticos que ocultan ciertos aspectos de la realidad, o los distorsionan, como violencia cultural.

ton & Nora, 2006); aplicar castigos si el personal de enfermería se queja de la violencia ejercida contra ellas por cirujanos (Higgins & MacIntosh, 2010); y que los estudiantes no denuncian los abusos que se cometen en su contra para evitar tener una mala reputación. El silenciamiento a través de la distorsión y la etiquetación de los denunciantes ha permeado incluso algunas publicaciones académicas que evalúan la relación entre percepciones de maltrato en estudiantes de medicina y su “sensibilidad” ante éste (*e.g.*, Brusch *et al.*, 2013).

Nuestro trabajo de campo muestra que, al presentar denuncias de VIH, los estudiantes adquieren reputación de “débiles” o “flojos” que “no aguantan” el proceso de formación. Esta narrativa esgrime que esos estudiantes no tenían “la vocación” necesaria para ser médicos. La ilustración 1 muestra un *meme* obtenido de Facebook que exemplifica la construcción de narrativas distorsionadoras. Con una clara connotación de género, se muestra como “bailarinas” a los internos “de ahora” que demandan un trato digno durante su formación profesional, y se les compara con internos “de antes” que combatían “como guerreros” sin protestar.

Otras narrativas distorsionadoras apuntan a una construcción ideológica que justifica la VIH como necesaria para el “bienestar” de la víctima. Cuando la víctima legitima estas narrativas, nos enfrentamos a casos de violencia simbólica. Por ejemplo, tanto pacientes como el personal de salud suelen justificar la violencia contra mujeres en trabajo de parto arguyendo que si las pacientes “cooperan”, se garantiza la salud de la madre y el bebé (Bohren *et al.*, 2016; Wolff & Waldow, 2008). Y las mujeres en ocasiones justifican el maltrato al que fueron sometidas recurriendo al lenguaje de quienes las acaban de violentar: “Es que me pongo muy necia”, o “pobres médicos, se desesperan con los gritos de uno” (Castro & Erviti, 2015). El abuso de pacientes en otros servicios médicos tampoco se denuncia por impotencia, miedo y gratitud hacia los médicos. Los médicos que son testigos de VIH contra pacientes tampoco denuncian ni enfrentan a sus colegas, pues operan en el marco de relaciones profesionales de complicidad que han sido bien estudiadas (Bosk, 1979).

En última instancia, la VIH funciona como práctica disciplinaria para mantener el orden jerárquico del campo médico, asegurando que las víctimas se acostumbren a ser violentadas y asuman la VIH como parte normal de su quehacer en el campo:

Estaba en una cirugía, un cáncer de tiroides, y la cirugía duró doce horas. Yo no había dormido, tenía el estrés de mi niño que estaba enfermo, y acababa de regalar. Y recuerdo que me estaba desvaneciendo, y el cirujano volteó y me dice:

Ilustración 1

EL MIP DE ANTES:

Atrás! yo hago todos los ingresos,
curaciones, evoluciono y me
chingo las cirugías de la guardia.

LOS MIP DE AHORA:

Eso
no
nos
toca!

“Si te desmayas, te cacheteo y no vuelvo a dejar que entres a operar conmigo”, y que me paro, ay, y como si me despertaran, aguanté todavía las otras cuatro horas que me faltaban para que terminara la cirugía. Y ya, eso fue, yo creo, lo más fuerte que me pasó. Ahora ya me llevo bien con él, y se lo agradecí, sí, porque seguí entrando a sus cirugías, que eran muy interesantes. (Médica general, 39 años, Durango)

Dicho disciplinamiento no termina con el proceso de formación profesional, sino que, para los actores subalternos, continúa a lo largo de su trayectoria profesional (Arnetz, Aranyos, Ager & Upfal, 2011). Hemos observado esto en nuestras investigaciones, sobre todo en el trato que reciben los médicos generales por parte de médicos especialistas. Por ejemplo, una médica general de 33 años que trabaja en una comunidad rural relató una anécdota en la que un médico especialista del hospital más cercano la regañó por llevar al paciente sin familiar (éste no cabía en la ambulancia y llegaría después, en transporte público) y agregó:

Es bien difícil a veces, encontramos muchas trabas de médico a médico, no nada más de estudiantes a adscrito, o sea, incluso de médico a médico, porque muchas veces nos hacen menos por ser ellos los especialistas y nosotros los rurales. Se molestan, por ejemplo, si yo le digo a una paciente que por descalcificación, por el antecedente de que está en desnutrición, la mando porque, por norma, es un factor de riesgo. Me tocó que me las han regresado sin verlas y, no conformes de no verlas, todavía agarran y le dicen: “Es que tu médico no sabe, es que tu médico no sé qué”, o sea, todavía diciendo y haciendo las cosas, cuando realmente la norma así lo dice. (Médica general, 33 años, San Luis Potosí)

En un campo tan jerarquizado como el médico, los propios pacientes sirven de vehículo para que los médicos mejor posicionados puedan enviar mensajes a otros médicos con menos poder, ratificando no sólo una clasificación (“este no es tu lugar”, “aquel médico no sabe”), sino refrendando también el poder de quien puede clasificar así.

Conclusiones

Tradicionalmente, los actores del campo médico y otros agentes sociales clave en la producción y reproducción de los esquemas de percepción dominantes, como los medios masivos de comunicación, han pensado separadamente: *a) la violencia que sufren los médicos a manos de delincuentes, b) la supuesta violencia que experimentan los médicos por injerencia de actores de otros campos, y c) la violencia que ellos mismos ejercen y sufren en sus*

relaciones cotidianas de formación (como estudiantes) y de actuación (como profesionales). En este artículo analizamos, bajo un mismo objeto de estudio sociológico, las diversas formas de violencia a las que está expuesta la profesión médica.

Los principales actores del campo médico están sujetos a una forma particular de *ambivalencia sociológica*, mediante la cual deben orientar su práctica profesional cotidiana incorporando dos normas contradictorias: una, que les lleva a rechazar ciertas formas de violencia (particularmente la VE y la VICH) y otra, que les lleva a aceptar algunas formas de violencia que ejercen o que sufren (dependiendo de su posición en el campo) como algo natural en su profesión, algo a lo que hay que adaptarse o, en última instancia, como una fuerza que ni siquiera reconocen: la VIH.

Esta *ambivalencia* se ha manifestado especialmente durante los últimos años en México donde, en el contexto de la “guerra contra el narcotráfico”, han surgido protestas y movilizaciones del gremio médico contra la creciente inseguridad, violencia y otras hostilidades que los amenazan. Para entender su naturaleza sociológica, hemos propuesto una tipología de las violencias basada en dos principios: la pertenencia o no de los agresores al campo médico, y la dirección (hegemónica o contrahegemónica) de dicha violencia, misma que se explica por la posición (jerárquica o subalterna) que los agresores ocupan en el campo.

La sobresensibilidad del gremio médico ante ciertas formas de hostilidad y violencia —y, concomitantemente, el grado de tolerancia y hasta de normalización frente a otras— se vincula de manera estrecha con su origen y cometido. La violencia menos tolerada es, desde luego, la que pone en peligro su integridad física, pero también la que es ejercida por actores externos al campo médico, sean éstos legitimados (*e.g.*, policías, jueces y fiscales), o no legitimados (*e.g.*, secuestradores y extorsionadores). En contraste, la violencia más tolerada, normalizada e incluso *incorporada* es la que se ejerce interaccionalmente en el marco de relaciones sociales estructuradas por jerarquías que descansan en la diferencial posesión de distintos capitales simbólicos: maestro-estudiante, residentes avanzados-residentes que inician, especialistas-médicos generales, personal médico-personal de enfermería, personal de salud-pacientes, etc., o sea, la violencia que forma parte de la lógica práctica del campo médico.

Con este enfoque sociológico entendemos por qué, por una parte, en el campo médico hay violencias que indignan a sus integrantes y son denunciadas de diversas maneras: a través de marchas y manifestaciones públicas, y en el espacio virtual en forma de expresiones colectivas en Facebook. Y, al mismo tiempo, por qué hay otras violencias que algunos médicos *re-conocen*

cuando se les pregunta al respecto, pero que, como efecto de su socialización dentro del campo, han aprendido a *des-conocer*.

Queda pendiente observar si las transformaciones a las que está siendo sometido el *habitus* médico, en virtud de la creciente inseguridad y de las movilizaciones gremiales, se limitarán a un mero ajuste de estrategias prácticas para reducir el riesgo de atentados criminales, o si esta emergente sensibilidad del gremio médico ante la violencia podrá servir de vehículo para ayudar a terminar con la anestesia respecto a la VIH que los constituye. Será importante también investigar la frecuencia y distribución del problema, así como las variaciones que puede presentar esta ambivalencia en las diversas especialidades médicas y los diferentes rangos dentro de las jerarquías, amén de otras variables, como género y clase, con el fin de determinar el alcance de este desarrollo y las posibilidades para su transformación.

Bibliografía

- Aristegui Noticias. (2014). Pliego petitorio de los médicos Yosoy17. En URL <http://aristeguinoticias.com/2306/mexico/pliego-petitorio-de-los-medicos-yosoy17/>, fecha de consulta 9 de julio de 2017.
- Arnett, J., Aranyos, D., Ager, J. & Upfal, M. (2011). Worker-on-worker violence among hospital employees. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 17(4), 328-335.
- Azteca Noticias. (2012). Realizan médicos de Juárez paro por violencia. En URL <https://www.youtube.com/watch?v=Ha23V2B3SpI>, fecha de consulta 16 de enero de 2017.
- Azteca Noticias. (2014). Médicos marchan para pedir seguridad en Morelos. En URL <https://www.youtube.com/watch?v=Oy7uswdwdxU>, fecha de consulta 16 de enero de 2017.
- Blanco, U. (2011). Violencia espanta a médicos del hospital general en Santiago, en URL https://www.youtube.com/watch?v=NRWoN_Uy2MM, fecha de consulta 16 de enero de 2017.
- Bohren, M., Vogel, J., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M. & Olutayo, A. (2016). "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": a qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM-Population Health*, (2), 640-655.
- Bosk, C. (1979). *Forgive and remember: managing medical failure*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Bourdieu, P., Chambordon, J. C. & Passeron, J. C. (2008). *El oficio de sociólogo*. México, D. F., México: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1995). *Respuestas. Por una sociología reflexiva*. México, D. F., México: Grijalbo.

- Brüggemann, A. & Swahnberg, K. (2012). Patients' silence towards the healthcare system after ethical transgressions by staff: associations with patient characteristics in a cross-sectional study among Swedish female patients. *BMJ Open*, 2(6), e001562.
- Bursch, B., Fried, J., Wimmers, P., Cook, I., Baillie, S., Zackson, H. & Stuber, M. (2013). Relationship between medical student perceptions of mistreatment and mistreatment sensitivity. *Medical Teacher*, 35(3), e998-e1002.
- Camacho, F. (2013). Amenazas y humillaciones, parte invisible del currículum médico. *La Jornada*, 9 de junio, Sociedad, p. 36.
- Castro, R. & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca, México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chachula, K., Myrick, F. & Yonge, O. (2015). Letting go: how newly graduated registered nurses in Western Canada decide to exit the nursing profession. *Nurse Education Today*, 35(7), 912-918.
- Collins, R. (2008). *Violence. A micro sociological theory*. Princeton, Oxford: Princeton University Press.
- El-Khoury, J. & Gulati, G. (2008). How to assess and manage the aggressive patient. *The Foundation Years*, 4(2), 69-72.
- Elston, M., Gabe, J., Denney, D., Lee, R. & O'Beirne, M. (2002). Violence against doctors: a medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. *Sociology Of Health & Illness*, 24(5), 575-598.
- Estrada, A. (2016). Médicos pasantes, blancos del crimen. *El Universal*, en URL <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-investigacion/2016/02/7/medicos-pasantes-blancos-del-crimen>, fecha de consulta 9 de julio de 2017.
- Excélsior. (2014). #YoSoy17: La muerte del joven que desató un movimiento nacional. *Excélsior*, en URL <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/06/23/966856#view-1>, fecha de consulta 9 de julio de 2017.
- Fnais, N., Soobiah, C., Chen, M., Lillie, E., Perrier, L. & Tashkhandi, M. (2014). Harassment and discrimination in medical training. *Academic Medicine*, 89(5), 817-827.
- Foghammar, L., Jang, S., Kyzy, G., Weiss, N., Sullivan, K., Gibson-Fall, F. & Irwin, R. (2016). Challenges in researching violence affecting health service delivery in complex security environments. *Social Science & Medicine*, 162, 219-226.
- Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305.
- Giménez, G. (2005). *Teoría y análisis de la cultura. Vol. I*. México, D. F., México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Heckert, C. (2016). When care is a "systematic route of torture": conceptualizing the violence of medical negligence in resource-poor settings. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 40(4), 687-706.
- Higgins, B. & MacIntosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 57(3), 321-327.
- Imagen Noticias. (2012). Médicos en Tamaulipas cambian horario por violencia. En

- URL <https://www.youtube.com/watch?v=6UH6D0wVzVQ>, fecha de consulta 16 de enero de 2017.
- Marshall, G. (1998). *A dictionary of sociology*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Mata, A. (2014). Pacientes denuncian maltrato en hospital de Sonora. *Excélsior*, en URL <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/08/20/977168>, fecha de consulta 14 de julio de 2017.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegémónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, (30), 451-464.
- Merton, R. (1980). *Ambivalencia sociológica y otros ensayos*. Madrid, España: Espasa-Calpe, Colección Boreal.
- Miedema, B., MacIntyre, L., Tatemichi, S., Lambert-Lanning, A., Lemire, F., Manca, D. & Ramsden, V. (2012). How the medical culture contributes to coworker-perpetrated harassment and abuse of family physicians. *The Annals of Family Medicine*, 10(2), 111-117.
- Morelos, R. & Santos, J. (2012). Marchan decenas de médicos y enfermeras en Morelos; piden seguridad para sus labores. *La Jornada*, 29 de diciembre, Estados, p. 28.
- Ogden, P., Wu, E., Elnicki, M., Battistone, M., Cleary, L. & Fagan, M. (2005). Do attending physicians, nurses, residents, and medical students agree on what constitutes medical student abuse? *Academic Medicine*, 80(Supplement), S80-S83.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1994). *A declaration on the promotion of patient's rights in Europe*. Ámsterdam, Holanda: OMS.
- Quadratín Veracruz. (2016). Se une Veracruz a paro nacional de médicos contra la violencia. En URL <https://www.youtube.com/watch?v=a8dT19bdRmM>, fecha de consulta 16 de enero de 2017.
- Rees, C. & Monrouxe, L. (2011). "A morning since eight of just pure grill": a multischool qualitative study of student abuse. *Academic Medicine*, 86(11), 1374-1382.
- Santana, R. (2013). Claman justicia por asesinato de médico pasante en Campeche. *Proceso*, en URL <http://www.proceso.com.mx/359140/claman-justicia-por-asesinato-de-medico-pasante-en-campeche>, fecha de consulta 9 de julio de 2017.
- Swahnberg, K., Wijma, B., Hearn, J., Thapar-Björkert, S. & Berterö, C. (2009). Men-tally pinioned: men's perceptions of being abused in health care. *International Journal of Men's Health*, 8(1), 60-71.
- Swahnberg, K., Zbikowski, A. & Wijma, B. (2010). Ethical lapses: staff's perception of abuse in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(3), 123-129.
- Televisa. (2017). *Médicos en riesgo*. En URL https://www.youtube.com/watch?v=PN8ovbVyD_E, fecha de consulta 16 de enero de 2017.
- Witte, F., Stratton, T. & Nora, L. (2006). Stories from the field: students descriptions of gender discrimination and sexual harassment during medical school. *Academic Medicine*, 81(7), 648-654.

- Wolf, L., Delao, A. & Perhats, C. (2014). Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *Journal of Emergency Nursing*, 40(4), 305-310.
- Wolff, L. & Waldow, V. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 138-151.
- Wong, A., Combellick, J., Wispelwey, B., Squires, A. & Gang, M. (2017). The patient care paradox: an interprofessional qualitative study of agitated patient care in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 24(2), 226-235.
- Zaman, S. (2004). Poverty and violence, frustration and inventiveness: hospital ward life in Bangladesh. *Social Science & Medicine*, 59(10), 2025-2036.
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C. & Reeves, S. (2013). Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13(1).

Recibido: 3 de agosto de 2017

Aprobado: 12 de diciembre de 2017

Acerca de los autores

Roberto Castro es doctor en Sociología Médica (Universidad de Toronto). Investigador titular “C” del CRIM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel III), y miembro de la Academia Mexicana de Ciencias. Ha realizado investigación sobre los determinantes sociales de la experiencia subjetiva de la salud, violencia contra las mujeres, violencia en el noviazgo, violencia contra la infancia en México, y sobre la génesis social de la violación de derechos reproductivos de las mujeres en los servicios de salud. Ha publicado 65 artículos científicos en revistas arbitradas, así como 50 capítulos de libro. Es autor de cuatro libros, coautor de otros dos, y editor o compilador de once más. Dos de sus publicaciones recientes son, con Hugo José Suárez (coordinadores), *Pierre Bourdieu en la sociología latinoamericana. El uso de campo y habitus en la investigación*, Cuernavaca, CRIM-UNAM, 2018; y “De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad”, *Salud Colectiva*, vol. 12, núm. 1, pp. 71-83, 2016.

Marcia Villanueva Lozano es médica cirujana del grupo de excelencia académica de la Facultad de Medicina de la UNAM (2008), maestra en Filosofía de la Ciencia con mención honorífica por la misma universidad (2013), y maestra en Filosofía, Ciencia y Valores por la Universidad del País Vasco (2013).

Ha realizado investigaciones sobre salud pública y sistemas de salud, y en años más recientes sobre estudios filosóficos y sociales de ciencia y tecnología (STS), comunicación de las ciencias médicas, participación ciudadana y deshumanización de la medicina. Cuenta con varias publicaciones académicas: tres artículos en revistas arbitradas, cinco capítulos de libro. Es autora de un libro y coautora de otros cuatro libros. Actualmente está concluyendo la tesis de doctorado en Filosofía de la Ciencia en la UNAM, su investigación es sobre la formación profesional de los médicos y la deshumanización de la medicina.

