



## Pautas de género en el desarrollo del *habitus* médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica

Gender norms and the development of the medical *habitus* in the years of medical schooling and residency

Castro, Roberto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Sociología Médica. Investigador Titular, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México. rcastro@correo.crim.unam.mx

**RESUMEN** Se documenta el maltrato de género que enfrentan los estudiantes de medicina en México. Se analiza el concepto de socialización médica, con énfasis en el problema del maltrato a las y los estudiantes de medicina. En el marco teórico se articulan conceptos de Foucault y Goffman, con los conceptos nodales de Bourdieu bajo un enfoque de género. Se ilustra mediante diversos ejemplos la manera en que el espacio de aprendizaje del currículum formal lo es también de reproducción de las jerarquías de género, a través del currículum oculto. Las mujeres enfrentan diversas formas de desmotivación socialmente inducida para optar y mantenerse en la carrera de medicina, particularmente en algunas de sus especialidades. La discriminación se presenta igual bajo interacciones afectivizadas que bajo formas muy autoritarias. Enfrentan acoso sexual en clase y en los años de especialización, y no dejan de ser construidas como sujetos subordinados. Al final se discute la importancia de estos hallazgos en la constitución del *habitus* médico.

**PALABRAS CLAVES** Jerarquía Social; Socialización; Coerción; Sociología Médica; Médicos Mujeres.

**ABSTRACT** This article documents the gender abuse that Mexican medical students face. The concept of medical socialization is analyzed, with emphasis on the problem of the mistreatment of medical students. The theoretical framework articulates ideas from Foucault and Goffman with the nodal points of Bourdieu using a gender focus. Numerous examples are employed to show that the formal program of study also contains a hidden curriculum which serves to reproduce gender hierarchies. Women face numerous types of socially induced discouragement in choosing and completing their course of study, particularly in certain specialties. Discrimination is present in affectivized as well as in authoritarian interactions. They face sexual harassment in the classroom and in their years of specialization, and are constantly constructed as subordinated subjects. The importance of these findings in the constitution of a medical *habitus* is discussed.

**KEY WORDS** Hierarchy, Social; Socialization; Coercion; Medical Sociology; Physicians, Women.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es documentar, para el caso de México, una de las vertientes del maltrato al que son sometidos los estudiantes de medicina durante los años de formación: aquella referida a la discriminación y las agresiones de género. Sostenemos que es fundamental estudiar este tipo de pautas de interacción pues ellas juegan un papel decisivo en la constitución del *habitus* médico que después será funcional en la reproducción de las mismas estructuras de género que le dieron origen. Esta hipótesis deriva de un proyecto más general de investigación, del cual este trabajo forma parte, titulado “*Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*”, financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (proyecto 83466-S). El objetivo de dicho proyecto es demostrar el origen social del carácter autoritario del *habitus* médico, y los efectos de este último en la relación que establece el personal de salud con las usuarias de los servicios de salud reproductiva.

En la primera parte, se analiza el concepto de socialización médica, con énfasis en el problema del maltrato a los estudiantes de medicina, y se revisa brevemente la literatura anglosajona y latinoamericana más relevante sobre la materia. En la segunda, argumentamos que es necesario articular algunos conceptos de Foucault y Goffman, con los conceptos nodales de Bourdieu bajo un enfoque de género, con miras a construir sociológicamente nuestro objeto de estudio. En la tercera parte, se presentan brevemente los métodos y la estrategia de campo seguida en esta investigación; y, en la cuarta parte, se presentan los hallazgos. Para ello, en primer lugar se ubica a la escuela de medicina en el más amplio contexto social al que pertenece; luego, se ilustra mediante diversos ejemplos la manera en que el espacio de aprendizaje del currículum formal lo es también de reproducción de las jerarquías de género, a través del currículum oculto. Finalmente el artículo concluye enfatizando la importancia del análisis presentado y la necesidad de continuar con este tipo de investigaciones.

## El problema de la socialización de los estudiantes de medicina

La socialización (a) de los estudiantes de medicina ha sido objeto de interés científico desde hace tiempo. A fines de la década de los cincuenta y principios de los sesenta del siglo pasado, el tema surgió como objeto de estudio dentro de la sociología médica norteamericana. Dos escuelas con enfoques diferentes lideraron la investigación en esta materia: la escuela de Columbia (1), y la escuela de Chicago (2). La primera adoptó un enfoque funcionalista, y puso el énfasis en la manera en que los estudiantes de medicina adquieren, actitudinal, técnica y científicamente, el rol de médicos. La segunda adoptó un enfoque simbólico interaccionista, y puso el énfasis en el conjunto de estrategias, resistencias y tácticas que desarrollan los estudiantes para aprender a sobrevivir en la facultad de medicina, así como en las etapas por las que pasa el *self* en su transformación hacia su identidad como médicos. Ambos enfoques, sin embargo, permanecieron silentes con respecto a las cuestiones de género que dichas transformaciones implican, debido tanto a que la perspectiva de género no había surgido aún en las ciencias sociales como un enfoque autorizado, como al hecho de que en esos años la matrícula femenina en dichas facultades era menor a 10% (3).

Como resultado de estas investigaciones pioneras y otras que les siguieron, varios tipos de aprendizajes fueron identificados como cruciales para los estudiantes en su proceso de formación. Destacan entre ellos el entrenamiento para la “incertidumbre” (donde el estudiante debe acostumbrarse a la dificultad de diferenciar entre las limitaciones de conocimiento de la ciencia médica y sus propias limitaciones personales), el entrenamiento para la “atención distante” (donde el estudiante debe aprender a regular su involucramiento personal con los pacientes), y el entrenamiento para el “manejo de los errores y fracasos” en su práctica. Común a estos aprendizajes es el desarrollo de cierto cinismo que los estudiantes y los médicos desarrollan con respecto a su trabajo, así como respecto a otros colegas y los pacientes (3,4).

De entre las varias vetas de indagación que se han abierto en este tema, en los años recientes comenzaron a sobresalir las referidas al maltrato que sufren los estudiantes de medicina, y a las

agotadoras jornadas que deben cubrir los residentes, así como a los efectos que tales aspectos tienen sobre su formación y su práctica. Ello ha ocurrido tanto en EE.UU. (5-8), como en Canadá (9), y en países europeos (10,11). Se habla incluso de una "cultura" del abuso de los estudiantes en las escuelas de medicina, y se postula que dicha cultura está vinculada a una sistemática "violación de la dignidad" en los servicios de salud (12-15).

En América Latina también han aparecido diversos estudios en esta línea, que dejan en claro que el maltrato que sufren los estudiantes, tanto en la facultad de medicina como durante los años de especialidad, es una experiencia muy frecuente como para ser pasada por alto (16-18). Al igual que en México, dicho abuso ha sido descrito, por una parte, como "una tradición" dentro de la enseñanza médica y, por otra, como un elemento centralmente constitutivo del "currículum no formal" con posibles vinculaciones con el tipo de práctica que se ejerce, así como con el tipo de relaciones que se pueden llegar a desarrollar con los propios colegas (19-23).

Una rama de estas investigaciones ha enfatizado el "burnout" o desgaste que este tipo de situaciones representa para la salud de los estudiantes y residentes, con el consecuente riesgo que tales efectos pueden tener sobre su desempeño profesional (24-26). Otra vertiente, de mayor interés para los fines de este trabajo, ha postulado que la violencia que sufren los médicos en su formación es el origen de un estilo profesional autoritario, en forma análoga a lo que postula la investigación sobre *child abuse* (12,27). Pero los críticos de este enfoque han advertido que se trata de un modelo limitado en tanto que es demasiado psicológico (y mecánico) y no da cuenta de las múltiples variaciones que presenta el fenómeno en la práctica (28).

Pero sorprendentemente, un aspecto que ha sido poco explorado es el que se refiere al maltrato basado en las desigualdades de género. Hace falta investigación sociológica y que ofrezca una teorización al respecto en el marco más general de las relaciones de poder dentro de la profesión médica (29-32). Es decir, hace falta un modelo mucho más sociológico que dé cuenta del autoritarismo médico en tanto producto de las condiciones sociales asociadas a la agenda oculta o no-formal de los años de formación universitaria, así como de los años de

residencia y especialización médica. Como se ha señalado en otros trabajos (33), es en el conjunto de patrones de interacción vigentes en la escuela y en el hospital universitario, así como en los esquemas de visión y de división del mundo promovidos por los mentores en su quehacer cotidiano y en su interacción con los estudiantes, donde se encuentran las claves para rastrear la génesis de un *self* (o "sí mismo") profesional con propensiones autoritarias. Conviene adoptar la definición de "agenda o currículum oculto" como el conjunto de

...procesos, presiones y restricciones que caen fuera de o están incorporadas al currículum formal, y que con frecuencia están desarticulados y [quedan] inexplorados. (34 p.197)

Un atributo primordial de dicho currículum oculto es la centralidad de las jerarquías y las concomitantes relaciones de poder que se le asocian (35,36), y cuyo análisis debe adoptar un enfoque de género. Por lo demás, la importancia de estos factores, y la necesidad de estudiarlos dentro de un marco teórico que dé cuenta de la vinculación entre los procesos estructurales del "campo" médico y la internalización que se hace de ellos en forma de predisposiciones o *habitus* ha sido advertida también por otros autores en México (37,38) y en otros países (39).

## UNA PROPUESTA CONCEPTUAL (b)

Foucault mostró que las instituciones carcelarias (41), psiquiátricas (42) y médicas (43) producen "tecnologías del yo", que son la expresión de relaciones de poder concretas que intervienen sobre el cuerpo y la mente de los individuos. Tales dispositivos constituyen a los sujetos bajo el molde de patrones particulares de aprendizaje y mediante el desarrollo de ciertas habilidades prácticas y determinadas actitudes (44). Son pues la expresión material de ese poder que crea y produce (saberes, discursos, cosas) mediante la interacción social, y que se diferencia del poder que emana de los aparatos del Estado y cuya función central es reprimir (45).

También Goffman (46) advirtió el carácter creativo de la interacción social, que constituye

sujetos. La identidad social o “sí mismo” (*self*) de los sujetos, no es una sustancia esencial que emane desde las profundidades de la psicología individual, sino una construcción socialmente sostenida, un logro sistemático de los actores, cuyos patrones de interacción son discernibles sociológicamente. En consecuencia, puede argumentarse que, pese a su aparente diametral oposición, ambos autores (Foucault y Goffman) y los enfoques analíticos que cada uno impulsa, poseen puntos de contacto entre sí, complementarios, capitalizables en beneficio del análisis sociológico (47).

A los efectos de nuestra investigación, interesa rastrear aquellas tecnologías del yo y esta constitución de sujetos en la dialéctica entre el campo y el *habitus* médico (48), en México. El *campo médico* está formado por el conjunto de organizaciones, 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. Así entendido, junto con las instituciones de salud propiamente tales, forman parte del campo médico la industria farmacéutica y la de aparatos médicos, las aseguradoras, y las formas de medicina subalternas, tales como la homeopatía, la medicina quiropráctica, etc. Y de manera muy relevante para esta investigación, son parte del campo médico las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo, los agentes que operan estas instituciones, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades.

Por su parte, el *habitus* médico es esa subjetividad socialmente producida, característica de los diversos actores del campo, expresada en forma de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales –en primer lugar los médicos– a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran la mayor parte de las

conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales. Como en cualquier otro campo, el principio de la acción estriba en la coincidencia entre el campo médico y el *habitus* médico que le es concomitante, lo que produce un sentido práctico propio del campo, es decir, una práctica cotidiana casi intuitiva, espontánea, inconsciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo.

En este trabajo buscamos caracterizar uno de los aspectos nodales que emergen durante los años de formación, a saber, el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, repriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones de género, que los estudiantes de medicina y los médicos viven en carne propia o atestiguan de cerca y que, eventualmente, pasan a formar parte del *habitus* médico. Se trata de “tecnologías del yo” cuya relevancia no ha sido dimensionada adecuadamente, por cuanto constituyen prácticas paudadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce. Por tanto, la importancia del enfoque de género no puede ser sobrestimada en este trabajo. El pensamiento feminista ha documentado que un saber que era propio de las mujeres, el saber de la salud reproductiva, fue gradualmente expropiado en beneficio de una institucionalidad moderna dominada por una medicina con una identidad profesional masculinizada (32). La alianza histórica entre la ciencia masculina y la medicina moderna implicó también una lucha de género, que terminó desplazando a las mujeres y confirmándolas en su papel de amas de casa y madresposas (48,49). Solo gradualmente pudieron las mujeres regresar al espacio de la salud, esta vez como profesionales. Pero la impronta de la exclusión de las mujeres permanece y, como se verá en seguida, las mujeres deben tratar de sobreponerse a ella permanentemente.

## MÉTODOS

El análisis que sigue se basa en 14 grupos focales con estudiantes y profesionales de medicina de ambos sexos y en diferentes etapas de su formación y carrera: estudiantes aún en la

facultad, haciendo su internado y su especialidad (residentes) así como médicas y médicos especialistas. Los grupos fueron conducidos por el autor durante 2010 y 2011. En total, participaron 120 personas entre médicos (c) y estudiantes, de los cuales 56 eran hombres y 64 mujeres. De esos 120, 25 eran ginecobstetras, 20 eran especialistas en medicina familiar, 43 eran residentes en el área de ginecobstetricia, 16 eran internos con planes de especializarse en ginecobstetricia, y 16 eran estudiantes de pregrado. De igual manera, del total de 120 participantes, 26 eran del estado de Morelos, 36 del Distrito Federal, 28 del estado de México y 30 del estado de Nuevo León. Todos los participantes expresaron por escrito su libre consentimiento para participar.

El contenido de las discusiones fue transcrito en su totalidad. Para analizarlo, nos concentramos en la identificación de las formas más evidentes de dominación de género que relataron los participantes; a partir de las cuales se propone una interpretación acorde con el marco analítico aquí propuesto.

## LA DIMENSIÓN DE GÉNERO EN LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

### Formas de desmotivación socialmente inducida

Conviene comenzar este análisis ubicando el problema de la desigualdad de género y su reproducción en las escuelas de medicina y los hospitales de enseñanza, en el contexto social más amplio –también estructurado sobre la base de la dominación masculina– del que las instituciones educativas forman parte. A lo largo de los catorce grupos focales descritos más arriba, se advierten una y otra vez expresiones que dan cuenta de las dificultades que muchas estudiantes de medicina, residentes del sexo femenino y médicas especialistas enfrentan regularmente para abrirse paso de manera legítima como personas que libremente eligieron formarse en la profesión médica y mantenerse en ella.

Hay varios testimonios (d) que describen los reiterados mensajes de desaliento –a veces de forma muy sutil, a veces de manera franca– que se reciben de parte de parientes, amigos de la familia,

o directamente de los propios padres. Por ejemplo, una estudiante narra que un amigo respetado por su familia le aconsejó elegir una carrera en la que no tuviera que recibir un salario: “*métete a lo que tú quieras hacer sin que te paguen*”:

Roberto: *¿Pero por qué te dijo eso?*

Fernanda: *Pues supongo que como la mujer es la que lleva y cuida los hijos en el hogar, o sea a veces todavía en México está muy, está mucho la idea del machismo de que el hombre es el que lleva el dinero a la casa; entonces, pues no importa que la mujer tenga un trabajo donde gane mucho dinero mientras ella todavía pueda seguir ocupándose del hogar.* (GF Monterrey, No. 13)

La noción de que estudiar una carrera es finalmente irrelevante en tanto que el cometido fundamental de las mujeres es desempeñarse como amas de casa, esposas y madres de familia, aparece de diversas formas en el material recolectado. Dos testimonios más al respecto son muy ilustrativos. En el primero, una estudiante relata lo que le respondió una amiga de la familia, médica, ya mayor, cuando ella le consultó su opinión acerca de su interés por estudiar medicina:

*Me decía: “piénsalo muy bien, te vas a topar con insultos, te vas a topar con muchas groserías, con mucha gente mala, tus mismos compañeros, el ambiente no es lo que tú estás acostumbrada”... (Karime, GF Monterrey No.13)*

En el segundo testimonio, otra estudiante relata que recibe apoyo de sus papás cuando le va mal en algún examen. Pero dicho apoyo suele venir montado en un sutil mensaje de desaliento, en una constante invitación a que deje esa carrera y estudie algo que le permita, eventualmente, conciliar la vida familiar con el trabajo (con este último siempre subordinado a aquella):

*Pero yo creo que el que nos digan “ya salte de ahí” nos pasa a la mayoría. A mí en mi caso mi papá es un hombre muy machista, muy cuadrado en sus ideas y yo no sé si a alguna de ustedes les pasó que llegabas de un examen de “fisis”, de “farma” y de lo que*

*ustedes quieran, y llegabas llorando a tu casa porque te la pasaste estudiando dos semanas o no dormiste tres días, y sabes que te fue mal, y mi papá llega y dice: "es que para qué te saliste de mecánica"... o llegar con tu mamá y decirle "mamá, abrázame", para que te digan "para qué te metiste a eso". Mi papá todavía cree que si yo me caso, dejo la carrera, dejo de estudiar. Y tengo primos que tienen hasta apuestas de que yo no termino la carrera. (Gina, GF Monterrey, No.13)*

En realidad, estas expresiones afectivizadas de desincentivación son indicadores de diversos mandatos de género puestos en circulación nuevamente por los propios familiares. Desde luego, no se trata de una oposición social que se manifieste de la misma manera en todo el país, ni que todas las mujeres enfrenten con la misma intensidad. Se trata más bien de cierta predisposición socialmente inculcada que, por lo mismo, se mantiene a veces imperceptible, y que se activa solo en algunos casos, sobre todo cuando ciertos agentes sociales, en posición de autoridad, se ven conminados a ejercer una función regulatoria:

*Viene un familiar un día y me dice: "la carrera de medicina no se hizo para las mujeres... Yo dije: "híjole, entonces, ¿qué carreras habrá para las mujeres?", le pregunto yo; y me dice: "la que tú quieras: está secretaria, ama de casa, esposa... maestra". (Margarita, GF DF, No. 4)*

Es decir, no se trata de una contracorriente (que se opone o mina el interés de las estudiantes por convertirse en médicas), que derive de la mala fe o de un plan deliberado para desviarlas de sus objetivos. Al contrario: se trata de expresiones afectivizadas de orientación vocacional, de consejería familiar, de solidaridad. Y precisamente por eso es importante no minimizarlas, pues ahí, en el vehículo por medio del cual se expresan –el afecto– radica la fuerza contra la cual deben batirse quienes, pese a todo, persisten en su empeño por estudiar medicina.

## Formas de exclusión en la escuela de medicina

Ya en la facultad también pueden ocurrir diversas expresiones *autorizadas*, destinadas a "poner en su lugar" a las mujeres, a marcarles límites que no deben traspasar y en fin, a reproducir las jerarquías y los ordenamientos de género vigentes en todo el tejido social. Como en el caso anterior, se trata de manifestaciones que se vehiculizan a través de medios dotados de una capacidad comunicativa particular, que van desde la posición de autoridad del docente, hasta la sutileza de un sentido del humor suficientemente ambiguo como para volver muy difícil cualquier intento de reproche. Por ejemplo, puede ocurrir que en las aulas de clase las mujeres deban enfrentar y lidiar con diversas expresiones de discriminación de género que las lleva a ser construidas fundamentalmente como elementos para el ornato, para la diversión o el "ligue", para el servicio, o bien como agentes francamente inferiores que no deben, por definición (por ser mujeres) aspirar a las mejores calificaciones. Así, una estudiante que realizaba el internado, comentó:

*Hay una materia que se llama competencia comunicativa y hay un profesor que sí era así, de hecho nos pasaba y decía, todos íbamos a dar clase pero si traíamos falda teníamos diez. (Mónica, GF Monterrey, No. 13)*

En otro de los grupos focales, un interno describía a uno de sus docentes:

*O sea, es un adscrito que daba la clase de español, él les decía que por cada centímetro arriba de la rodilla que trajeran su falda era un punto al final. Lo decía como en broma pero cierto. (José, GF Monterrey, No. 12)*

Se trata de expresiones de acoso escolar en su vertiente sexualizada, que se monta en la posición de poder que detenta el docente y que contribuye, a su vez, a reproducir la desigualdad de género de la cual emana en primera instancia. Una estudiante relató:

*Y me dice el doctor: "a ver Elena pasa a dar la clase", y le digo: "doctor, yo ya di la clase el*

día de ayer, hoy le toca a otra persona” y dice: “no, pero párate”, le digo, “pero no quiero doctor, no traigo la clase”. Sí la traía, pero yo no me quería parar, me sentía incómoda, no quería pararme y dice: “¿por qué no te quieres parar, si queremos verte todos?”, le dije: “no quiero”. Pero eso me costó, yo tenía mi promedio de exento y cuando va a haber examen me dice: “te vas a ordinario”, “¿por qué doctor?”, “porque lo digo yo”. Lloré, me dio diarrea, vomité, hice rabieta, hice de todo y me fui a ordinario. Y le dije: “¿pero doctor, cuál fue el problema?”. “Yo tomo en cuenta otras consideraciones, yo veo otros aspectos”. Yo me enojé mucho me molesté y le dije “¿uta madre doctor, ¿cuáles son esas consideraciones? aquí están mis calificaciones, yo estoy exenta igual que ella”. Dijo: “No, te vas a ordinario”. (Elena, GF estado de México, No. 11)

Además de servir de vehículo para inculcar la sumisión a la autoridad, las jerarquías vigentes en el salón de clase, dentro de una facultad perteneciente a una carrera muy diferenciada en rangos como la medicina, pueden servir para reproducir la noción de que las mujeres están, esencialmente, para dar placer. Pero además de ello, dichas jerarquías también pueden servir para perpetuar la noción de que el lugar de las mujeres en la Escuela de Medicina es siempre secundario y subalterno. Esto puede comunicarse a través de varias formas. Una de ellas, tal como lo relata una especialista del estado de Morelos, es fijando arbitrariamente el tope máximo de calificación que una mujer puede alcanzar en clases:

...cuando íbamos a hacer el examen, nos presentamos, de los treinta que íbamos, a lo mejor diez lo presentamos y entonces nos dan los papelitos y dice el doctor: “a ver, tome su papelito” y llegamos y dice: “Yo les digo a las compañeras –éramos dos mujeres– si gustan hacer el examen es 6 o adiós”(o sea la mínima aprobatoria). Y yo le decía: “Pero ¿por qué si todavía no lo hacemos?”. Dice: “las mujeres no sirven para ser doctoras”. Entonces nos quedamos mi compañera y yo: “¿lo presentamos, nos exponemos?”. Y decía el doctor: “el 6 o el extraordinario, así de fácil, porque las mujeres para la medicina no, el hombre

–nos decía– para médicos, los mejores médicos, que lo van a ver en la profesión, son hombres”. Y entonces se fue quedando toda esa situación, en algún momento nos enfrentamos al examen, aunque le hayamos dicho lo que nosotros sabíamos, nos dejó 6 y yo veía que nos preguntaba y él escribiendo, nada más como diciendo: “Apúrate porque ya”... no sé qué sería del doctor, pero fue algo así que se queda marcado como para siempre; entonces tengo que seguir adelante para demostrarle que lo que me dijo en aquel entonces, que en algún momento me marcó, demostrarle que sí podemos. (Dra. Salmerón, GF Morelos, No. 3)

Los exámenes son la ocasión por excelencia en que los docentes pueden exhibir y utilizar todo el poder de que disponen para reproducir las jerarquías de género y de clase en las que se basa su desempeño en primera instancia. Son también la ocasión para insistir en “poner a las mujeres en su lugar”, esto es, para recordarles a todos que el papel que deben desempeñar las mujeres es en primer lugar y ante todo, el de esposa, pareja sexual o ama de casa. Son ocasión, pues, para descalificar de nuevo a aquellas que están tratando de remontar todos los prejuicios de género que operan en su contra para convertirse, por pleno derecho, en profesionales de la medicina. Dos testimonios más ilustran esta situación. El primero de ellos corresponde a una especialista de Morelos que relató:

En esta facultad había un pediatra muy reconocido. Entonces todos le teníamos miedo porque además es muy estricto, es inteligente, bueno, buen médico, pero es mala persona. Entonces llegábamos y decía: “A ver, dime tal cosa”... y luego decía: “No, es que no entiendo –si fallaba uno– no entiendo ¿qué hacen ustedes aquí?; los hombres tienen la responsabilidad de mantener una casa, pero las mujeres con que abran las piernas”, y eso lo repetía constantemente. (Dra. González, GF Morelos, No. 3)

El segundo testimonio corresponde a otra especialista que se formó en el estado de Guerrero:

*Y en cuanto a experiencias como la que, similares a las que platican las doctoras, sí, igual, había un médico que simplemente la máxima calificación era 7; por ser mujer, 7. Entonces si le contestabas más o menos bien, te hacía máximo 4 preguntas, si a la segunda fallabas, pues igual te decía: "A ver, tú tienes pinta de cocinera, vete a hacer esto". O sea luego, luego la agresión. O sea, como que eso ya lo captas hasta ahorita, yo lo capto hasta ahorita; entonces realmente pues no hace uno nada y te aguantas porque quieres seguir ahí, porque tienes un objetivo. (Dra. Serrano, GF Morelos, No. 3)*

Varios de los testimonios anteriores coinciden en el dato fundamental de que se trata de intervenciones docentes que marcan para toda la vida y de cuya gravedad las antiguas estudiantes –hoy médicas especialistas– se han venido dando cuenta al paso del tiempo. Se trata entonces de una agenda oculta que se disimula, a veces hasta llegar a confundirse ante la mirada poco preparada, como la de las estudiantes, con la propia agenda formal de la carrera. Otros relatos refieren variantes del mismo mensaje, que van desde formas más sutiles, como la del docente que cada tanto les decía que la medicina es una carrera demasiado larga para las mujeres, hasta formas abiertamente agresivas como el caso de un docente que se refería a las estudiantes como gente que *"deberían estar vendiendo verduras en el mercado"*. En otros casos el mensaje pasa por desincentivar a las mujeres a que hagan una especialidad. Una estudiante de pregrado relató lo que un docente les dijo en clase:

*Una mujer no puede pensar nada más en su especialidad porque tiene que estar al pendiente de su familia, tiene que estar al pendiente de sus hijos, tiene que estar al pendiente de su esposo. (Fernanda, GF Monterrey, No. 13)*

Resulta por lo demás indicativa la manera en que reaccionaron los varones participantes en los grupos focales ante este tipo de revelaciones. La mayoría de ellos acusaron plena familiaridad con estos relatos y muchos atestiguaron por su cuenta situaciones parecidas. Sin embargo, al

preguntárseles en qué medida este tipo de abusos y formas de discriminación se siguen presentando en la actualidad, la mayoría de los varones respondió que eso ya no existe, versión que fue consistentemente rebatida por las mujeres, que los acusaron de no darse cuenta porque no tienen que vivir estas situaciones cotidianamente. Y, sin embargo, los varones solían admitir que el acoso a las mujeres sigue siendo una práctica regular dentro de los años de formación en medicina. Uno de ellos relató:

*Hay acoso de los dos lados, pero es más marcado con las mujeres y siempre se ha visto... en el internado, una doctora que sea bonita y que tenga buen cuerpo, que esté bien pues, siempre va a tener mucha ventaja sobre las demás, no sé por qué los médicos somos así. Bueno, somos... [risas], en serio sí es así, le cargas menos la mano, pero cuando se la merece... si le das su buena regañadas o lo que sea, o le da uno sus nalgadas... [se ríe]. O no falta la clásica doctora que llega del internado, queriéndose ligar a un doctor y ella siempre va a tener más privilegios que la demás... (Bruno, GF estado de México, No. 8)*

El funcionamiento de la fábrica social puede ser enigmático para sus propios actores, y con toda certeza en ello estriba parte de la eficiencia con la que opera. Como se muestra en el testimonio anterior, a veces las cosas ocurren ante la propia "sorpresa" de los protagonistas: *"no sé por qué los médicos somos así"*.

### **Reproducción profesional de la exclusión y la desigualdad de género**

Como es previsible, este estilo docente está asociado a la reproducción profesional de las desigualdades de género, donde abiertamente se proclama que ciertas especialidades médicas no son para las mujeres. Destacan entre ellas, a partir de los testimonios recolectados, las de cirugía y urología:

*Cuando estaba en primer año, el maestro de Histología preguntó a las mujeres "¿en qué se van a especializar?" Y empezaron a*

*decir de que trauma, que esto, que lo otro, era como que la idea, estás en primer año realmente no tienes una gran idea de qué es lo que vas a hacer entonces dice "¡Ah qué bueno!", y "¿quién va a ser cirujano?" Varios levantaron la mano y entre esos yo levanté la mano y entonces dice: "¿Por qué las mujeres quieren entrar a cirugía? –dice– se ven bien machorras [masculinas]". Así lo dijo en el salón, "se ven muy machorras queriendo ser cirujanas", y claro que yo me ofendí. (Tamara, GF Monterrey, No. 13)*

En torno a la urología existe también un sistemático alejamiento de las mujeres con respecto a esta especialidad, una especie de aversión que se retroalimenta con el mito que la sustenta:

Roberto: *¿Por qué sí hay ginecólogos y no urólogos?*

Antonio: *Es el mito de la sociedad o sea, yo en lo personal no iría con una uróloga.*

Roberto: *Imaginate que las mujeres dijeran "yo no iría con un ginecólogo".*

Erika: *La mayoría son ginecólogos.*

Antonio: *Como que es más común que la mujer vaya a ver al hombre, que el hombre a la mujer.*

No sorprende entonces que en la propia operación de los servicios de salud se vean reproducidas todas las diferencias de género que se han cultivado y promovido desde el salón de clases:

Erika: *Pero como quiera siguen imponiendo los hombres en medicina.*

Roberto: *¿Qué imponen?*

Erika: *Todo: en orden, en pedir cosas, o sea, no es pedir, es exigir, se tienen que hacer las cosas como ellos digan, es su actitud, todos están por encima de las doctoras mujeres cirujanos que están ahí.*

Antonio: *Yo creo que una de las especialidades donde se ve muy marcado el rango, bueno no el rango, sino la división entre hombres y mujeres, es cirugía; por ejemplo, yo estaba rotando ahorita por plástica y rotan por cirugía general y los dos R1, es un hombre y una mujer, se ve cómo le cargan la mano a la mujer y por una parte está bien porque*

*así, en medicina así aprendes, en cuanto a la práctica, pero la verdad sí le cargan demasiado la mano o sea, no la ven como compañera sino la ven como trabajadora, lo sientes, le cargan mucho, mucho la mano a la doctora. (GF Monterrey, No. 14)*

Si las mujeres son sistemáticamente construidas como inferiores, como agentes cuya carrera debe ser secundaria a su papel de "madresposas"; si en clase son construidas ante todo como objetos sexuados (antes que como alumnas), como personas con minusvalía intelectual por ser mujeres; en una palabra, si desde antes de entrar a la carrera y sobre todo durante esta, a lo largo de sus años de formación, las mujeres deben sobreponerse permanentemente a un conjunto de dispositivos sociales que las cercan y se despliegan en su entorno para invisibilizarlas, para hacerlas menos, para remitirlas al lugar de la subalternidad, ¿sorprende que durante su ejercicio profesional tengan constantes dificultades para ser vistas como lo que son, médicas o especialistas?

Como se señaló al comenzar este trabajo, Goffman descubrió que el *sí mismo*, la identidad social de los actores, es un fenómeno que emerge de la interacción entre ellos, lejos de ser un atributo esencialista que brille por sí mismo. En el espacio de la medicina se confirma este principio con sorprendente contundencia. Ya lo había anticipado West (50) quien, trabajando con el concepto de "master status" (51), descubrió que en los encuentros médico-paciente con actores de diferente sexo, los varones perciben ante sí a una mujer (independientemente de que sea médica o paciente), mientras que las mujeres perciben ante sí a un médico o a un paciente (independientemente de que sea varón o mujer). Es claro que esta distorsión en la percepción –y esta imposición de la identidad– está presente en todos los usuarios de los servicios de salud, sin importar su sexo: la identidad, el prestigio que le es concomitante, y la credibilidad de los actores, están mediados por las desigualdades de género. Los años de formación médica, y el estilo docente que ahí se practica no son ajenos a esta construcción.

## CONCLUSIÓN

Reviste la mayor importancia estudiar el origen social y los efectos *prácticos* de las determinaciones y las desigualdades de género que se hacen evidentes en la interacción cotidiana entre profesores y alumnos de medicina, durante la formación en el pregrado, en el internado y durante los años de especialización médica. Al basarse en la desigualdad de género, y al reproducirla, dichas formas de interacción son un vehículo privilegiado a través del cual se forma el *habitus* médico que, a su vez, será funcional en la reproducción de las estructuras de género propias del campo médico que le dieron origen en primera instancia. Aunque se presentan a sí mismas como meras formas de trato, a veces jocosas, a veces altaneras, a veces, cuando más, un tanto abusivas –pero siempre como conductas que solo remiten a lo *irrelevante*– estas pautas de interacción son auténticas “tecnologías del yo”. Constituyen una forma de violencia simbólica que en la escuela de medicina resulta particularmente funcional; son, por tanto, formas de micro-poder directamente relacionadas con el orden institucional de género en pleno funcionamiento. Ello significa que sobre el “sí mismo” o *self* de los médicos que se forman en esta fábrica social, es posible ejercer un análisis arqueológico (e) que remite, en última instancia, al proyecto institucional de dominación de la modernidad que identificó Foucault.

No está de más insistir en la importancia de realizar esta investigación en el espacio de formación de los futuros médicos: la escuela de medicina y el hospital de enseñanza. Estos constituyen los escenarios por excelencia donde se gesta la reproducción de las estructuras de desigualdad de género y de poder del campo médico en su conjunto. Un campo que, a la vez, recrea en estas instituciones las condiciones para la producción de su propia legitimidad. Se trata de prácticas con las cuales los alumnos están bien familiarizados pero cuya trascendencia, sin embargo, es sistemáticamente desconocida por ellos (f).

La actuación de los profesores que hostilizan, discriminan, utilizan y humillan a las alumnas en

tanto mujeres, es producto de un *habitus* médico que a su vez comienza a gestarse en los años de formación y que se reproduce puntualmente a través del ejercicio cotidiano de la profesión. Es decir, un *habitus* que es plenamente concordante con la estructura del campo al que pertenece –el campo médico– y que explica la naturalidad con que se despliegan dichas conductas de género; un campo médico que, a su vez, es parte de un orden social en el que la desigualdad de género es constitutiva. Al enfocar así el objeto de estudio es posible, en primer lugar, comprender por qué se puede ser un profesional de la medicina, en toda la extensión de la palabra y, al mismo tiempo, incurrir en este tipo de conductas discriminatorias cuando se enseña: se requiere examinar de qué está hecho socialmente el profesionalismo de los médicos. Es posible, en segundo lugar, interpretar las expresiones de resistencia de las alumnas frente a las agresiones de este tipo, y también sus estrategias de adaptación frente a esas agregaciones, elementos ambos que reflejan un *habitus* en formación. Permite comprender, en tercer lugar, la naturalidad con que muchos estudiantes –sobre todo varones– viven este tipo de conductas, así como el aparente “*desconcierto*” que exhiben algunos frente a ellas, para las que no tienen más explicaciones que atribuirles a “*la costumbre*” o a un simple “*no sé por qué a veces somos así los hombres*”. Permite advertir, en cuarto lugar, el papel central que desempeña este currículum no-formal, oculto, en la reproducción de las jerarquías dentro de la profesión médica, entre las cuales las de género no son las menos importantes. Y, finalmente, permite comprender por qué resulta tan difícil impulsar cambios concretos en la manera en que se forma a los médicos y transformar el estilo autoritario que caracteriza la relación entre los diferentes rangos de la profesión: si el *habitus* es la estructura social hecha cuerpo en forma de predisposiciones generativas, atacar dicha estructura es poner en cuestionamiento la propia subjetividad de sus actores (g). Con todo, la única vía para el cambio pasa justamente por la objetivación de estos fenómenos, por más incómodos que este tipo de estudios resulten para el *establishment* médico.

## NOTAS FINALES

a. "Procesos a través de los cuales los individuos adquieren los valores y actitudes, los intereses, las habilidades y el conocimiento –en una palabra, la cultura–vigentes en el grupo del cual son, o buscan llegar a ser, miembros" (1 p.287).

b. Una versión previa y más amplia de esta propuesta conceptual ha sido publicada en "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México" (40). Sin ser literalmente idéntica, esta propuesta es semejante dado que tanto aquel artículo como este derivan de un mismo proyecto de investigación.

c. En lo que sigue, por economía del lenguaje utilizaremos el masculino plural genérico, para referirnos a estudiantes y especialistas de ambos sexos.

d. Los testimonios que se presentan en este artículo corresponden a los diversos grupos focales (GF) realizados, que se identifican según la localidad donde fueron realizados y el número que les corresponde, del 1 al 14. Los nombres de los informantes han sido cambiados con el fin de preservar su anonimato.

e. "Si la arqueología confronta el discurso médico con cierto número de prácticas es para descubrir unas relaciones mucho menos 'inmediatas' que la expresión, pero mucho más directas que las de una causalidad relevada por la conciencia de los sujetos parlantes. Quiere mostrar no cómo la práctica política ha determinado el sentido y la forma del discurso médico, sino cómo y con qué título forma ella parte de sus condiciones de emergencia, de inserción y de funcionamiento" (52 p.274).

f. "La sociología de la educación [...] se sitúa en el fundamento de una antropología general del poder y de la legitimidad: lleva, en efecto, hacia el principio de los 'mecanismos' responsables de la reproducción de las estructuras sociales y de la reproducción de las estructuras mentales que, como están genética y estructuralmente ligadas a ella, favorecen el desconocimiento de su verdad de esas estructuras objetivas y, con ello, el reconocimiento de su legitimidad" (53 p.18-19).

g. "Si ciertamente resulta más fácil reformar la previsión social que la ortografía o los programas de Historia literaria, es porque, defendiendo incluso el aspecto más arbitrario de un arbitrario cultural, los poseedores de un capital cultural [...] defienden no solamente sus activos, sino también algo como su integridad mental" (53 p.20).

## AGRADECIMIENTOS

El proyecto general del cual deriva este artículo recibió financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (clave 83466-S), bajo el título: "Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México". Lucía Ortiz participó como asistente en la organización y apoyo logístico para la realización de los grupos focales. Benelli Velázquez Fernández asistió en la transcripción y sistematización de los grupos focales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Merton RK, Reader LG, Kendall PL. The student physician: introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1957.
- Becker H, Geer B, Hughes EC, Strauss AL. Boys in white: student culture in medical school. Chicago: University of Chicago Press; 1961.
- Fox RC. The sociology of medicine: A participant observer's view. New Jersey: Prentice Hall; 1989.
- Wear D, Aultman J, Zarconi J, Varley J. Derogatory and cynical humor directed towards patients: views of residents and attending doctors. Medical Education. 2009;43(1):34-41.
- Baldwin D, Daugherty S. Do residents also feel "abused"? perceived mistreatment during internship. Academic Medicine. 1997;72(10):551-553.
- Conrad P. Learning to Doctor: Reflections on recent accounts of the medical school years. Journal of Health and Social Behavior. 1988;29:323-332.
- Silver HK, Glicken AD. Medical student abuse: Incidence, severity and significance. Journal of the American Medical Association. 1990;263(4):527-532.
- De-Witt C, Baldwin JM, Daugherty S, Eckenfels E. Students perceptions of mistreatment and harassment during medical school: A survey of ten United States schools. The Western Journal of Medicine. 1991;155(2):140-145.

9. Musselman L, MacRae H, Reznick R, Lingard L. "You learn better under the gun": intimidation and harassment in surgical education. *Medical Education*. 2005;39(9):926-934.
10. Terés Castillo C. Qué está pasando con los valores profesionales en la formación de los médicos: Visión del alumno. *Educación Médica*. 2006;9(Supl 1):S9-S11.
11. Rautio A, Vappu S, Nuutinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Medical Education*. 2005;5(36):1-12.
12. Kassebaum D, Cutler E. On the culture of student abuse in medical school. *Academic Medicine*. 1998;73(1):1149-1158.
13. Jacobson N. Dignity violation in healthcare. *Qualitative Health Research*. 2009;19(11):1536-1547.
14. Rosenberg DA, Silver HK. Medical student abuse: an unnecessary and preventable cause of stress. *Journal of the American Medical Association*. 1984;251:739-742.
15. Sheehan K, Sheehan D, White K, Leibowitz A. A pilot study of medical student 'abuse': student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *Journal of the American Medical Association*. 1990;263(4):533-537.
16. Stolovas N, Tomasina F, Pucci F, Frantchez V, Pintos M. Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia. *Revista Médica del Uruguay*. 2011;27(1):21-29.
17. Maida AM, Herskovic V, Pereira A, Salinas-Fernández L, Esquivel C. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Revista Médica de Chile*. 2006;134(12):1516-1523.
18. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi MR, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina (Buenos Aires)*. 2005;65(4):295-301.
19. Casas Patiño D, Rodríguez Torres A, Casas Patiño I, Galeana Castillo C. Médicos residentes en México: tradición o humillación. *Medwave*. 2013;13(7):1-7.
20. Herrera-Silva J, Treviño-Moore A, Acosta-Corona C. Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2006;63(1):18-30.
21. Loría Castellanos J, Soria Huerta A, Márquez Ávila G, Chavarría Islas R, Rocha Luna J, Cazales Espinoza V. Actitudes docentes de médicos de urgencias de un hospital de 2º nivel. *Archivos de Medicina de Urgencia de México*. 2010;2(2):47-54.
22. Cortés Barré M. "La letra con sangre entra": el maltrato en la formación médica. *Universitas Médica*. 2010;51(1):43-48.
23. Fernández Moreno S. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2007;6(12):52-76.
24. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis. En: Sanders G, Suls J, editores. *Social psychology of health and illness*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.; 1982. p. 227-240.
25. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, Edwards S, Wiederemann BL, Landrigan CP. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *British Medical Journal*. 2008;336(7642):488-491.
26. Thomas NK. Resident burnout. *Journal of the American Medical Association*. 2004;292(23):2880-2889.
27. Iglesias Benavides J, Saldívar Rodríguez D, Bermúdez Barba V, Guzmán López A. Maltrato del estudiante en medicina: Percepción de 404 alumnos de cuarto, quinto y sexto años de la carrera. *Medicina Universitaria*. 2005;7(29):191-202.
28. Hafferty F. Reconfiguring the sociology of medical education: Emerging topics and pressing issues. En: Bird CE, Conrad P, Fremont AM. *Handbook of medical sociology* (5th edition). New Jersey: Prentice Hall College, Upper Saddle River; 2000. p. 238-257.
29. Cortés-Flores AO, Fuentes-Orozco C, López-Ramírez MKL, Velázquez-Ramírez GA, Fariás-Llamas OA, Olivares-Becerra JJ, González-Ojeda A. Medicina académica y género: La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gaceta Médica de México* 2005;141(4):341-344.
30. Delgado Sánchez A, Távora Rivero A, Ortiz Gómez T. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. *Estudios de Sociolingüística*. 2003;4(2):589-611.
31. Saletti Cuesta L, Delgado A, Ortiz Gómez T, López Fernández LA. Diferencias de género en la percepción del logro profesional en especialistas de medicina familiar y comunitaria. *Revista Española de Salud Pública*. 2013;87(3):221-238.

32. Reyes Riveros M. Experiencias durante la formación médica de las mujeres médicas residentes en la Universidad Nacional de Colombia: Perspectiva de género. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
33. Castro R. Teoría social y salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, CRIM; 2011.
34. Cribb A, Bignold S. Towards the reflexive medical school: the hidden curriculum and medical education research. *Studies in Higher Education*. 1999;24(2):195-209.
35. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *British Medical Journal*. 2004;329(7469):770-773.
36. Eckenfels EJ, Daugherty S, Baldwin D. A socio-cultural framework for explaining perceptions of mistreatment and abuse in the professional socialization of future physicians. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*. 1997;4:11-18.
37. Consejo y Chapela C, Viesca Treviño C. Ética y poder: formación de residentes e internos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2005;43(1):1-3.
38. Consejo y Chapela C, Viesca Treviño C. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*. 2008;11(1):16-20.
39. Luke H. Medical education and sociology of medical habitus: "It's not about the Stethoscope!". Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2003.
40. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*. 2014;76(2):167-197.
41. Foucault M. Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI Editores; 1981.
42. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica (Breviarios 191); 1986.
43. Foucault M. El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI Editores; 1983.
44. Foucault M. Tecnologías del yo. Barcelona: Paidós; 1995.
45. Foucault M. Microfísica del poder. Madrid: La Piqueta; 1979.
46. Goffman E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu; 1989.
47. Hacking I. Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society*. 2004;33(3):277-302.
48. Ehrenreich B, Deirdre E. Por su propio bien: 150 años de consejo de expertos a las mujeres. Madrid: Taurus; 1990.
49. Oakley A. The captured womb: history of the medical care of pregnant women. London: Blackwell publishers; 1985.
50. West C. When the doctor is a 'lady': power, status and gender in physician-patient encounters. *Symbolic Interaction*. 1984;7(1):87-106.
51. Hughes EC. The sociological eye: Selected papers. London: Transaction Publishers; 1993.
52. Foucault M. La arqueología del saber. México: Siglo XXI Editores; 1991.
53. Bourdieu P. La nobleza de estado: Educación de élite y espíritu de cuerpo. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2013.

#### FORMA DE CITAR

Castro R. Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*. 2014;10(3):339-351.

Recibido: 27 de junio de 2014

Aprobado: 29 de agosto de 2014



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.