

Violencia en la formación médica

Héctor García Hernández^a, Guadalupe Alvear Galindo^a



pressfoto/Freepik

Resumen

El propósito del trabajo es aportar elementos de análisis que ayuden a comprender, de una manera más amplia, la violencia dentro de la formación médica, ya que la mayoría de los trabajos sobre el tema se enfocan en las consecuencias de esta, por ejemplo, las afecciones físicas y psicológicas de los hechos violentos sobre el médico en formación. El artículo parte de los conceptos de violencia propuestos por Galtung, quien identifica la violencia directa, la estructural y la cultural. Después se describe el modelo médico hegémónico como escultor de la cultura médica y su efecto sobre la práctica médica y la enseñanza de la medicina. Posteriormente, se puntualiza sobre el *habitus* médico y el currículum oculto, como elementos de la cultura médica; el primero considerado como una forma de pensamiento de ese personal que justifica el uso de la violencia; y el segundo, como aquel aprendizaje sobre la estructura, la organización y la función de las instituciones de salud. Después se nombran las características de las instituciones como espacios donde

se cristaliza una práctica médica organizada de manera rígida, jerárquica y vertical, y nos detenemos en el conflicto trabajador-estudiante. Todas ellas son, en conjunto, condiciones necesarias para la aparición de la violencia directa en la formación médica.

Palabras clave: Violencia cultural; violencia estructural; violencia directa; formación médica; modelo médico hegémónico.

Violence in Medical Training

Abstract

The purpose of this work is to provide elements to understand, in a broad way, the violence within medical training, since most of the work on the subject focuses on its consequences: for example, the physical and psychological conditions of violent acts in the medical training. The article begins with the concept of violence proposed by Galtung, that points out direct violence, structural violence and cultural violence. Then, it describes the hegemonic medical model as a sculptor of medical culture and its effect on medical practice and medical education. Afterwards, it describes the medical *habitus* and the hidden curriculum, two elements of

^aDepartamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

*Autor para correspondencia: Héctor García.

Correo electrónico: garector@gmail.com.

Recibido: 11-abril-2019. Aceptado: 26-julio-2019.



jcomp/Freepik

the medical culture. The first one refers to how the medical personnel justifies the use of violence, the second one refers to what is taught about the structure, organization and function of the health institutions. Then, the article reviews the characteristics of the health institutions as spaces where an organized medical practice is crystallized in a rigid, hierarchical and vertical manner. We then focus on the worker/student conflict. These conditions are necessary for the appearance of direct violence in the medical training.

Key words: *Cultural violence; structural violence; direct violence; medical training; hegemonic medical model.*

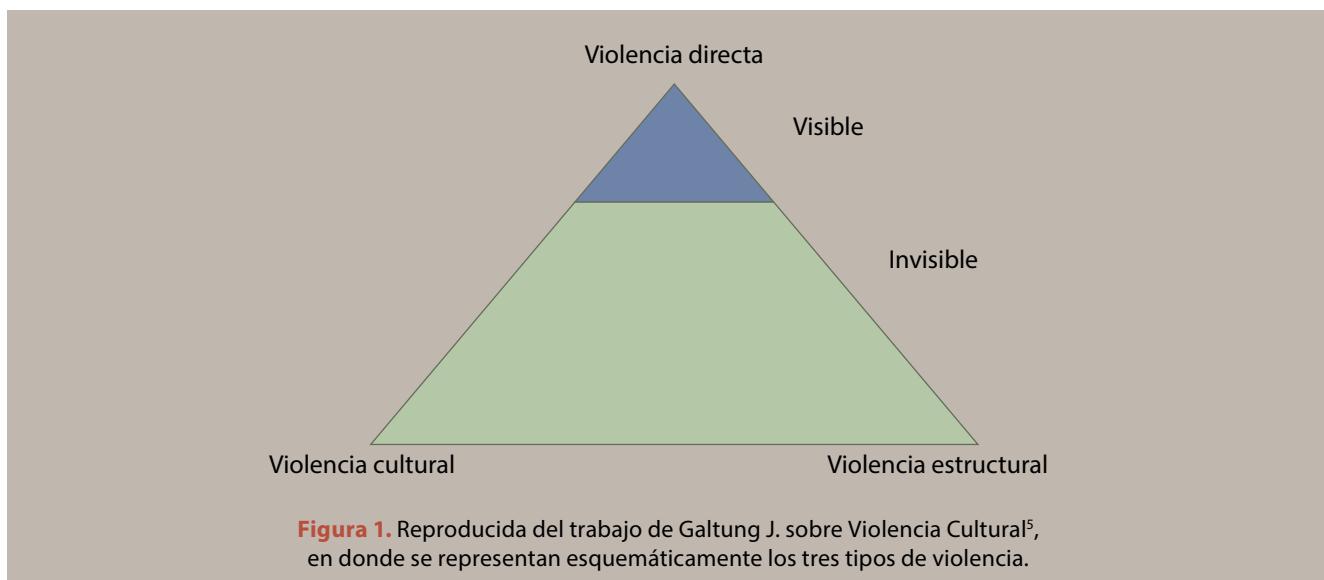
INTRODUCCIÓN

Existen diferentes investigaciones¹⁻⁴ que señalan los tipos de violencia dentro de las instituciones de salud y sus efectos en la formación del médico; sin embargo, aún no se comprende en su totalidad la

génesis de esas relaciones con tintes violentos que prevalecen en una disciplina que se dice humanista.

Para entender el origen de la violencia en la formación médica, partiremos de la representación de las diferentes formas de violencia propuestas por Galting⁵: la directa, que sigue un proceso de sujeto-acción-sujeto; la estructural, donde una institución o la sociedad es responsable y facilitadora de las formas de violencia; y la cultural, que valida y justifica algunas formas de violencia para una determinada población.

El modelo médico hegemonic es la pieza central que define la forma en que pensamos y entendemos el proceso salud-enfermedad, es decir, quien forma la cultura médica. Y este modelo se traduce en la práctica médica y le da molde a la medicina, en su enseñanza y en la manera de ejercerla. Además, el modelo propicia que las instituciones de salud tengan un doble papel: como formadoras de



recursos humanos y como lugares curativos para la población, y que sean, además, los sitios que terminan por generar la violencia estructural, que se resuelve haciendo uso de la violencia directa.

Por otro lado, en la violencia cultural, dentro de la cultura médica, existen dos elementos que permiten la violencia directa en las instituciones de salud: el *habitus* médico y el currículum oculto. El primero es una forma de pensamiento propio de ese personal que se desarrolla en las universidades y en las instituciones de salud, y justifica el uso de la violencia cuando se cometen errores en la práctica médica; mientras que el segundo es aquella parte del aprendizaje en medicina que está enfocado a la estructura, la organización y la función de las instituciones de salud.

El propósito del trabajo es realizar un abordaje de las causas de la violencia dentro de la formación médica. Para ello, se hizo una revisión bibliográfica del tema. En primer lugar, revisaremos el concepto de violencia del cual partimos. Despues describiremos el modelo médico hegemónico como elemento escultor de la cultura médica, y su efecto sobre la práctica profesional. En tercer lugar, señalaremos el *habitus* médico y el currículum oculto en la cultura médica. Y finalmente describiremos las características de las instituciones de salud, deteniéndonos en el conflicto trabajador-estudiante. De esta manera

abarcaremos el conjunto de condiciones necesarias para la aparición de la violencia directa en la formación médica.

CONCEPTUALIZACIÓN Y FORMAS DE VIOLENCIA

No existe una definición de violencia completamente aceptada. La Organización Mundial de la Salud la refiere como el uso de la fuerza física o psicológica, con grado de amenaza o afectiva, que cause o pueda causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o la muerte⁶. Esta definición es insuficiente, ya que construye la violencia al acto violento, y deja a un lado cuestiones históricas, sociales y estructurales.

Para este trabajo usaremos la propuesta de Galtung⁵ de clasificar la violencia en tres formas, y representarlas en un triángulo (**figura 1**). En una arista está la violencia más “reconocible”, aquella que brinda la visión más reducida y simple, en la cual destaca el uso de la fuerza para causar daño a alguien, es decir, la violencia directa (VD). Esta señala dos actores: quien realiza el acto y quien lo recibe. La VD permite localizar eventos y personajes, realizar estadísticas, ubicar víctimas, distinguir daños y fincar responsabilidades⁷. Además, en la VD ubicamos los tipos en los cuales se expresa: sexual, física, psicológica, verbal, etc. Si estudiamos



Freepik

únicamente la VD tendríamos limitaciones al no tomar en cuenta cuestiones culturales y estructurales, las cuales hacen que la violencia se mantenga.

La segunda arista es representada por la violencia estructural (VE), donde no es sencillo identificar al agresor o conocer a la víctima, y en la que es difícil ubicar los mecanismos que la explican⁸. La VE se encuentra de manera institucional, sin el uso de formas “visibles”; la podemos señalar como equivalente de injusticia social.

La Parra señala que la VE se produce por una forma de reparto de oportunidades desfavorable para algunas de las partes⁸, donde la mayoría de los conflictos se caracterizan por niveles bajos de VD. Por ejemplo: las desigualdades de género en cuanto a retribuciones económicas; la falta de acceso a educación y salud en indígenas; y, en relación con nuestro tema, la carga de trabajo y la retribución económica desigual en los médicos en formación.

En todas ellas el tipo de relación dominante no es el acto violento, sino el uso de mecanismos para que se produzca un reparto, acceso o posibilidad de uso de recursos menor para el grupo ubicado en una posición de debilidad⁸. En la formación médica es la institución de salud quien genera ese reparto desigual y jerárquico dentro de la práctica médica y, en consecuencia, genera la VE.

Regresando al esquema de Galtung, la tercera arista es la que está por encima de las otras: la violencia cultural (VC). Esta se define como aquella parte de nuestra cultura que permite, justifica y normaliza la expresión de la VE y de la VD. Esta violencia se ejerce desde los valores, las normas, la tradición, y se acepta como “natural”¹⁶; por ejemplo, el machismo y el racismo. En otras palabras, la cúsipide del triángulo hace que todo lo que se exprese abajo sea “cargado de razón” con el argumento de que “siempre se ha hecho de esa manera”.



Bebefotos/Freepik

Por ello, la VD que sufren los médicos en formación es propiciada por las instituciones que los alojan para su preparación académica, las cuales generan una VE basada en la desigualdad de poder que termina siendo empleada por los médicos que tienen mayor jerarquía. Por otra parte, esos dos tipos de violencia no se cuestionan ni por las víctimas ni por los victimarios, ya que está legitimada y normalizada por la VC.

EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO COMO EJE DE LA VIOLENCIA CULTURAL

La cultura es un conjunto de cosmovisiones que definen las creencias, las conductas y la moral de un grupo, y en consecuencia los comportamientos aceptados o rechazados por el mismo. Se forma y se modifica pro-

gresivamente por factores que la determinan, como la tecnología. La medicina ha pasado diversos momentos históricos que han incidido en la forma de enseñarla y ejercerla. El modelo médico hegemónico (MMH) es la pieza central de la cultura médica que la ha definido hasta hoy. Entenderemos por cultura médica —siguiendo los elementos del concepto señalados por Langdon⁹— aquella cultura aprendida, compartida y estandarizada por el personal médico, trasladada en actividades diferenciadas y simbólicamente inteligibles y comunicables para ese gremio, que en consecuencia le brinda lógica y visión a su mundo.

La medicina científica empezó en países europeos a principios del siglo XIX y, posteriormente, en Estados Unidos. Se reconoce que el MMH se instituyó durante la Primera Revolución Industrial¹⁰.

Dentro de las causas que propiciaron la adopción del MMH están:

1. *El cambio político-económico.* En esa época, el desarrollo del capitalismo impulsó que las clases trabajadoras demandaran, además de percibir un salario, servicios de salud. Ello generó que los profesionales de la salud pasaran de una práctica independiente, es decir, privada (aunque en nuestro país gran parte de la atención médica estaba dada por la iglesia y por las instituciones de beneficencia) a otra en la que eran asalariados. En México, se crearon instituciones que brindaban una oferta laboral atractiva, por lo que estas se convirtieron en un objetivo a alcanzar para los médicos egresados.
2. *La institucionalización de la medicina, que fue consecuencia del cambio político-económico.* Las instituciones se formaron para la atención de la población trabajadora, pero con el tiempo también se convirtieron en lugares donde se enseñaba e investigaba la disciplina. Así, las instituciones comenzaron a atender a la sociedad y a formar recursos humanos. Posteriormente, también es en las instituciones donde comienzan las especializaciones médicas.
3. Tanto la atención como la investigación fueron impulsadas por el informe *Medical Education in the US and Canada* publicado en 1910, mejor conocido como Informe Flexner (IF)¹¹. La publicación marcó el reconocimiento oficial de la institucionalización de la teoría y la práctica médicas, lo cual generó un cambio en el paradigma de la medicina, y dio inicio a la expansión y aceptación del MMH, tanto en universidades como en instituciones de salud¹².
4. *Los conocimientos se volvieron más complejos, primero en su investigación y después en su enseñanza.* En ello el IF también influyó, ya que recomendaba dividir el currículo médico en ciencias básicas y clínicas, las primeras adquiridas en universidades; y las segundas, en hospitales. Debido a las recomendaciones del informe, el número de escuelas de medicina en EU descendió de 131 a 81 en 12 años¹¹. En México, en la educación médica prevalece el modelo flexneriano desde

El MMH es “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, que desde el siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas las prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”.

hace más de 50 años¹³, y las universidades siguen enfocadas en aspectos científicos.

5. *Dimensión ideológica.* La medicina científica y la práctica médica institucionalizada se adjudicaron los logros en la disminución de la mortalidad y en la mejora de las condiciones de vida de la población a inicios del siglo pasado; pero dejaron de lado la influencia de otras causas que también impactaron en ese fenómeno, como la mejora del procesamiento, del transporte y del almacenamiento en alimentos, la disponibilidad de agua potable, las medidas de saneamiento ambiental, etcétera.

Se define al MMH como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde el siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas las prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”¹⁴. Este concepto define desde entonces a la cultura médica.

Algunas características del modelo son el biologismo, el individualismo, la asociabilidad, el mercantilismo, el autoritarismo y la participación subordinada del paciente. Todas ellas moldean la práctica médica y tienen un papel en el desarrollo del *habitus* médico y en el currículum oculto dentro de las instituciones de salud. De todas, el rasgo dominante es el biologismo, que garantiza su científicidad y su posicionamiento en la cúspide respecto

a otros modelos. El autoritarismo, por su parte, rige la relación médico-paciente y entre médicos debido a una desigualdad en el conocimiento, en la toma de decisiones y en la jerarquía de poder.

En síntesis, la definición actual de cultura médica y, en consecuencia, la génesis de la VC, se debe al MMH, el cual se legitimó como único gracias a los descubrimientos científicos, al desarrollo de la industria, a la demanda de servicios de salud por los trabajadores, a la creación de instituciones para tal fin, al dominio ideológico sobre la población y el personal de salud, y al IF, definiendo la formación médica, modificando la práctica médica y usándola para su reproducción y perpetuación.

Antes de continuar, puntualizaremos que la cultura médica genera todas aquellas conductas posibles en los espacios de trabajo y enseñanza, que son normalizadas y acatadas por el personal de salud, y que serían incomprendidas, e incluso inaceptables, ante la mirada de agentes externos.

LA PRÁCTICA MÉDICA COMO MEDIO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA MÉDICA Y LA VIOLENCIA CULTURAL

La práctica médica es la materialización del MMH en las instituciones de salud, y a través de ella se construye la cultura médica día a día. La definiremos como el conjunto de conocimientos científicos y técnicos que se adquieren en la formación universitaria y hospitalaria, y se emplean para producir una acción sobre determinados sujetos (pacientes)¹⁵.

La práctica médica es influenciada por políticas impuestas por organismos internacionales, como el Banco Mundial. Esto ha impactado en la cultura médica al tener como eje la mercantilización, con propuestas dirigidas a la mayor productividad con los menores recursos. Así, la atención a la salud se reduce a un número de intervenciones enfocadas a aspectos curativos, y compactadas en un paquete de servicios brindados por instituciones públicas, donde la tecnología y los fármacos imperan y favorecen al mercado de la salud¹⁶. Este enfoque es costoso e insostenible para un país, además de que no brinda soluciones a las condiciones de salud de las colectividades, lo cual se demuestra en el estancamiento en salud de varios grupos y el deterioro de otros.

Por otra parte, la práctica médica institucional lida con la escasez de insumos y espacios físicos, que ponen las condiciones para la sobresaturación de los servicios¹⁷ y, por lo tanto, generan una sobrecarga laboral. Además, los recursos humanos realizan grandes cantidades de trabajo burocrático, rutinario y repetitivo¹⁸, en consecuencia, propician ante esas labores un desinterés y una apatía que desembocan en delegar las tareas a los médicos en formación. El personal que se ubica en posiciones jerárquicas altas mantiene relaciones de poder con el fin de imponer formas de pensar sobre los de menor jerarquía, lo cual contribuye a la formación del *habitus* médico y el currículum oculto. Hay que recordar que esas condiciones se presentan dentro de las instituciones de salud, donde al final el actor con menos jerarquía, conocimientos y antigüedad —el médico en formación— sufre las consecuencias de la VE, que se traduce en VD.

EL HABITUS MÉDICO Y EL CURRÍCULUM OCULTO, ELEMENTOS DE LA VIOLENCIA CULTURAL

El currículum oculto y el *habitus* médico son elementos de la VC, ya que se basan en construcciones mentales ligadas a la cultura médica y se transmiten con cada generación de egresados. Ambos normalizan las relaciones de poder desiguales dentro de las instituciones de salud, es decir, legitiman la VE.

Entenderemos el *habitus*, según el sociólogo Pierre Bourdieu, como el sistema de pensamiento, percepción, apreciación y acción del sujeto a la realidad. El *habitus* médico será, entonces, el sistema de pensamiento propio del médico, el cual desarrolla a través de su formación.

El *habitus* tiene tres dimensiones¹⁹, cada una enfocada a la justificación del uso de la VD en alguna situación:

1. *Castigos y disciplinamiento corporal en la enseñanza de la medicina.* Los médicos con mayor jerarquía los usan para la introducción, la transmisión y el reforzamiento de conocimientos. Este punto tiene mayor peso durante el internado y la residencia, donde es frecuente que estos actores cometan errores. Es obvio que habrá omisi-



PeopleCreate/Freepik

nes, carencias técnicas y equivocaciones; sería absurdo pensar que no se cometieran cuando el bagaje de conocimientos es tan amplio, diverso y complejo.

Algunos de los castigos empleados, es decir, las formas de la VD, son: prolongación de las guardias y privación del sueño, trabajos de investigación sobre los errores cometidos, desacreditación del médico frente a sus iguales y sus pacientes, repetición de tareas burocráticas y administrativas, agresiones físicas y verbales, etcétera.

2. *Reconocimiento de la línea de mando y de su subordinación.* Esto genera que las órdenes procedentes de jerarquías más altas sean acatadas por

las más bajas, y se lleguen a realizar tareas ajena al ámbito académico y laboral.

3. *La tercera está relacionada con la perspectiva de género.* Las mujeres suelen sufrir mayores agresiones y acoso; en ciertas especialidades, como cirugía, esta dimensión tiene más peso.

Por otro lado, el currículum oculto es todo aquello que no está en el currículum formal de la carrera de medicina, como la organización y el funcionamiento de las instituciones de salud, que cuentan con dos características principales: las relaciones de poder y las jerarquías verticales¹⁹.

Para entender las relaciones de poder, hay que esclarecer el concepto de capital, retomado de Bourdieu:

es todo aquello que tiene valor en una sociedad (conductas, actitudes, valores, etcétera). La persona que posea el capital con el valor exigido por una comunidad determinada podrá pertenecer a ella y formar parte de esa red¹⁸.

El estudiante de medicina debe ingresar y adaptarse a una comunidad con características específicas, la institución de salud, con códigos y normas particulares. Si no concuerda con ella, no puede pertenecer a esa comunidad; pero si su objetivo es terminar la carrera, hacer una especialidad y obtener un trabajo en una institución de salud, deberá hacerse del capital necesario para pertenecer a esa sociedad.

El intercambio de capital y la interiorización de sistemas de pensamiento de una determinada sociedad se entienden, según Foucault, como relaciones de poder¹⁸. El poder, para este filósofo, no es una posesión de un individuo, de un grupo o de una clase, sino que circula por el cuerpo social —la institución de salud— y se ejerce a través de una organización constituida como una red en la que todos los actores están inmersos. Dentro del hospital existen redes y estructuras de poder, así como tipos de capital en intercambio¹⁸ que constituyen el principal flujo en el currículum oculto, es decir, las relaciones de poder ejercidas desde una jerarquía vertical.

El *habitus* médico y el currículum oculto no están tan desarrollados en los médicos en formación más jóvenes, ya que son actores que están menos socializados en ese contexto y todavía no pertenecen al gremio¹⁹. Estos aspiran a ser parte del sistema, bajo la condición de replicar esas conductas y adaptarse a la cultura médica predominante.

En resumen, la práctica médica, en sintonía con la cultura médica y la VC predominante dentro de las instituciones de salud, forma el *habitus* médico y este, a su vez, sirve para unificar y generar la práctica médica actual¹⁶. Las instituciones de salud imponen un currículum oculto que también debe ser aprendido a la par del currículum formal para pertenecer a ese ambiente. Ambos elementos legitiman las distribuciones desiguales de poder dentro de las instituciones de salud, y en consecuencia propician la VE.

EL CONFLICTO ESTUDIANTE-TRABAJADOR, ELEMENTO DE LA VIOLENCIA ESTRUCTURAL

La teoría de la evolución educativa plantea que el proceso educativo cambia en el tiempo. Inició con un modelo artesanal y pasó a uno escolar; en el primero el proceso tiene una vinculación con el mercado de trabajo; y en el segundo es independiente de este. En la educación artesanal, los maestros y los alumnos son trabajadores; pero en el escolar, los alumnos, al terminar su formación, ingresan al mercado laboral²⁰. Para el caso del médico en formación, no es ni uno ni otro.

Bajo el MMH, las instituciones de salud generan un “conflicto” que depositan en los médicos en formación, que está en la confusión de sus funciones: por un lado, es un trabajador para la institución donde se forma, y debe cumplir con horarios, guardias médicas, tareas asistenciales y administrativas, pero sin contar con los beneficios de un trabajador formal; y por otro también es estudiante que sigue un plan de estudios brindado por una institución educativa, lo cual implica tomar clases, realizar exámenes, asistir a sesiones académicas, etc. A la persona que desarrolla esta “combinación de funciones” las instituciones le llaman *becario*.

La función que prevalece es la de trabajador, debido a que la institución trata de cumplir con su función social al menor gasto de recursos. La situación laboral exige un exceso de trabajo, incluso con agotamiento, y una demanda alta por parte de la población, que conduce a la disminución de la capacidad de juicio clínico¹⁸ y finalmente a la mala calidad de atención al paciente.

Este conflicto del becario se expresa en errores dentro de la práctica médica, que derivan en la primera dimensión del *habitus* y que, al no poder resolverse por medios pacíficos, debido a todas las condicionantes mencionadas a lo largo del texto, se resuelve ejerciendo la VD dentro de las instituciones de salud.

CONCLUSIONES

Analizar la violencia de esta forma nos permite abordarla de una manera más completa, tomando aspectos sociales, históricos y culturales, que ayudan a resaltar los elementos que la hacen posible⁵. Estos

pueden ser culturales; en ellos, el MMH construye la cultura médica y da forma al *habitus* y al currículum oculto, que ayudan al establecimiento de la VE dentro de las instituciones de salud, y estas, al tener que cumplir con una función social (curativa), plantean un conflicto en el médico en formación que termina por resolverse mediante el uso de la VD.

Para que la VD en la formación médica deje de existir, se debe realizar un cambio de paradigma en la forma como llevamos a cabo la práctica médica dentro de las instituciones de salud. Ese cambio debe provenir de la modificación del MMH; por ello hay que modificar la organización, la función y la estructura de las instituciones de salud con políticas públicas que replanteen la manera de abordar la enfermedad y la formación médica, como integrar los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad, pasar de una jerarquía vertical a otra horizontal en la organización médica, y despejar todas aquellas labores que el médico hace, pero no le corresponden, es decir, asignarle su papel de estudiante y separar su papel de trabajador.

Esto generará un cambio en la cultura médica y, en consecuencia, en el *habitus* médico y el currículum oculto para que, en vez de justificar la VD, la señalen como inadecuada e inaceptable. Ciertamente no es posible hacerlo de un momento a otro; recordemos que la cultura cambia, pero lo hace de manera muy lenta, así que este proceso llevará tiempo.

PRESENTACIONES PREVIAS

Presentado en el Seminario Permanente de Salud Pública, del Departamento de Salud Pública en la Facultad de Medicina UNAM, el día 21/01/2019.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés en este trabajo. ●

REFERENCIAS

1. Montes E, García J, Sobeida M. Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. CienciaUAT. 2008;12(2):54-66.
2. Derive S, Casas M, Obrador G, Villa A, Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. Rev. Inv Ed Med. 2018;7(26):35-44.
3. Herrera C, Treviño A, Acosta C. Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. Bol Med Hosp Infant Mex. 2006;66(1):18-30.
4. Ortiz S, Jaimes A, Tafoya S. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. Cir Cir. 2014;82(3):290-301.
5. Galtung J. Violencia Cultural. Gernika Gogoratz. Centro de Investigación por la Paz. Fundación Gernika Gogoratz. [Internet]. 2003 dic. [Consultado 20 nov. 2018]. Disponible en: <https://www.gernikagogoratz.org/portfolio-item/violencia-cultural-galtung/>
6. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen. [Internet]. OPS: OMS. 2002. [Consultado 28 jul. 2019]. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
7. Martínez A. La violencia, conceptualización y elementos para su estudio. Política y Cultura. 2016;(46):7-31.
8. La Parra D, Tortosa J. Violencia estructural: una ilustración del concepto. Documentación Social. 2003;131:57-71.
9. Langdon E, Braune F. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(03):179.
10. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. 2005;1(1):9-32.
11. Vicedo A. Abraham Flexner, pionero en la educación médica. Rev. Cubana Educ Med Super. 2002;16(2):156-63.
12. Berlinier H. Una perspectiva más amplia sobre el Informe Flexner. International Journal of Health Services. 1975;5:331-55.
13. Narro J, Ruiz A. El papel del médico general en la atención médica en el México actual. Gac Méd Méx. 2004;140(1):S13-S20.
14. Menéndez E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 1998. p 451-64.
15. Casas I, Casas D, Rodríguez A. La antropología médica en México; una propuesta de acercamiento al otro. Archivos de Medicina Familiar y General. 2014;11(2):8-14.
16. Casas D, Casas I. Reflexiones sobre el *habitus* médico institucional. Archivos en Medicina Familiar. 2010;12(4):106-8.
17. Casas D, Rodríguez A. El origen de las especialidades médicas, en búsqueda de un acercamiento a la práctica médica actual. Rev. Médica de la Universidad de Costa Rica. 2015;9(1):4.
18. Consejo C, Viesca C. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. Bol Mex His Fil Med. 2008;11(1):16-20.
19. Castro R. Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. Revista Mexicana de Sociología. 2014;76(2):167-97.
20. Domingo F. La teoría de la evolución educativa y la formación de médicos especialistas. Rev. Inv Ed Med. 2016;5(18):121-7.