

HACIA UNA CONTRA-PEDAGOGÍA DE LA CRUELDAD EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

EDUARDO L. DE VITO^{1,2}

¹Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina, ²Navarrabiomed, CHN, Universidad Pública de Navarra (UPNA), Pamplona, Navarra, España

E-mail: eldevito@gmail.com

En este número de *Medicina (B Aires)*, el grupo de la Dra. Carolina Roni analiza el maltrato a los médicos residentes en Argentina¹. Este problema genera gran preocupación en la formación en salud y se investiga ampliamente a nivel mundial. Las prácticas de maltrato incluyen el trato despectivo y abusivo por parte de superiores, así como una sobrecarga laboral injustificada y afecta negativamente tanto el bienestar físico y emocional de los residentes como la calidad de la atención médica.

Los autores consideran el maltrato como una práctica socioeducativa legitimada en las residencias médicas, que perpetúan estructuras jerárquicas ligadas al verticalismo y autoritarismo en la medicina y la educación en ciencias de la salud. Esta realidad justifica el análisis de pedagogías hostiles en la formación del personal médico. Los resultados del estudio indican una alta prevalencia de maltrato a nivel global, desglosándose en dimensiones de maltrato educativo, psicoemocional, discriminación, maltrato físico y acoso sexual¹.

Los hallazgos coinciden con otros estudios que revelan que el maltrato y las demandas excesivas durante la residencia conducen a elevados niveles de estrés, *burnout* y depresión². Un ambiente de aprendizaje hostil deteriora la calidad de la formación y, como consecuencia, afecta la atención a los pacientes. Las jerarquías rígidas y culturas institucionales perpetúan prácticas abusivas, desalentando a los residentes a buscar ayuda^{3,4}. Además, el racismo también influye en muchos aspectos de la experiencia de los estudiantes, manifestándose a menudo de manera

encubierta e institucional⁵. Se han propuesto estrategias para implementar y enseñar un currículo antirracista en la educación médica⁶.

Los efectos negativos del acoso, discriminación, hostigamiento y acoso sexual en el bienestar y productividad de los residentes de cirugía están bien documentados, pero desafortunadamente, poco ha cambiado en la última década. Una revisión sistemática de 25 estudios con 29 980 residentes reveló que el 63% experimentó *bullying*, el 43% discriminación, el 29% hostigamiento y el 27% acoso sexual. Las mujeres reportaron estos comportamientos con mayor frecuencia. El 37% de los residentes sufrió agotamiento y el 33% ansiedad o depresión. Los principales perpetradores fueron cirujanos asistentes y co-residentes mayores. El 61% no denunció por temor a represalias, y el 56% de quienes lo hicieron tuvo una experiencia negativa. Estos comportamientos están asociados con agotamiento y problemas de salud mental⁷. Un estudio reciente encontró que las cirujanas tenían 3.5 veces más probabilidades de reportar acoso en comparación con los hombres, y los residentes el doble de probabilidades en comparación con el resto del personal⁸. De manera similar, el 97% de los residentes encuestados en diversas especialidades, principalmente en las quirúrgicas, informaron haber sido víctimas de maltrato⁹.

No es posible ignorar que, hace al menos 50 años, estas prácticas eran aceptadas en aras de lograr una formación académica de excelencia. Sin embargo, en la actualidad, tales prácticas se consideran inaceptables desde el punto de vista ético y moral.

Disonancia cognitiva, aprendizaje vicario y violencia simbólica en residencias médicas

García RP y García MP,¹⁰ proponen varias teorías psicológicas para entender el origen del maltrato en las residencias médicas: 1) tanto el maltratador como la víctima justifican y aceptan el maltrato, a pesar de que socialmente se rechaza la violencia (*disonancia cognitiva*),¹¹ 2) los residentes tienden a imitar el maltrato que observan (*aprendizaje vicario*)¹² y algunos se convierten en maltratadores por miedo a ser maltratados ellos mismos, 3) el maltrato está vinculado a la estructura jerárquica de los hospitales. Los residentes aceptan su lugar subordinado sin cuestionar la violencia, que se ve como parte del “orden” establecido. *Al subir en la jerarquía, muchos repiten los abusos que sufrieron (violencia simbólica de Pierre Bourdieu)*. El texto también señala que este maltrato legitima el acoso sexual y la violencia de género, ya que se perciben como parte de la formación, donde generalmente los hombres ocupan posiciones de poder¹⁰.

Aportes de Paulo Freire y Rita Segato a la educación

Paulo Freire (1921-1997), un influyente pedagogo, educador y filósofo brasileño¹³⁻¹⁵ y Rita Segato (1971)¹⁶⁻¹⁸, una destacada antropóloga y feminista argentina, comparten un enfoque crítico de la educación que aborda la ética, la humanización del cuidado, las estructuras de poder y la violencia en la enseñanza. Freire busca reformar la educación para empoderar a los estudiantes, mientras Segato enfatiza cómo ésta puede ser un instrumento de opresión. Aunque ninguno se centró en la enseñanza de la medicina, sus ideas ofrecen un marco robusto para reflexionar sobre estas problemáticas en las escuelas de medicina.

Freire argumenta que la opresión y deshumanización son inherentes a los sistemas educativos tradicionales, donde los estudiantes son vistos como recipientes pasivos. Esto puede contribuir a una cultura escolar que favorece la crueldad y la insensibilidad. Destaca que la educación no es neutra; siempre refleja las ideologías y estructuras de poder de la sociedad¹³⁻¹⁵. La discriminación en las escuelas, ya sea por etnia, género o clase, es una extensión de las desigual-

dades sociales que Freire deseaba dismantelar. Su enfoque en el diálogo, la empatía y la solidaridad puede aplicarse a la lucha contra el acoso, promoviendo un ambiente educativo de respeto mutuo y comprensión crítica¹⁴. Estos principios reflejan la visión radical de Freire sobre la educación como un acto profundamente político y ético, destinado a empoderar a los individuos y a transformar las estructuras sociales opresivas.

Por su parte, Segato ha desarrollado el concepto de “contra-pedagogía de la crueldad”, que describe cómo ciertas prácticas culturales enseñan a normalizar la violencia, la desigualdad y la deshumanización desde una edad temprana¹⁶⁻¹⁸. Este concepto tiene importantes implicaciones educativas y se relaciona con las ideas de Freire. Segato sostiene que la sociedad enseña la crueldad como una forma de dominio, especialmente en contextos patriarcales donde la violencia es utilizada para establecer jerarquías de poder. Esta *pedagogía de la crueldad* socializa a las personas para aceptar y reproducir la violencia, deshumaniza a las personas, y les enseña a ver a otros como objetos o como seres inferiores, lo cual facilita la justificación de la violencia. Esta pedagogía inculca en las personas la aceptación pasiva de la violencia estructural y la desigualdad. Este proceso se manifiesta en las prácticas educativas tradicionales que refuerzan roles de género, jerarquías raciales y otras formas de discriminación. Segato señala también que la pedagogía de la crueldad enseña la violencia como un método legítimo para resolver conflictos y mantener el poder. Esto se ve en cómo se naturaliza la violencia en las relaciones interpersonales y en la política.

En síntesis, ambos autores abordan cómo la sociedad refuerza la desigualdad y la violencia. Rita Segato explica cómo la crueldad se enseña y normaliza a través de prácticas y discursos sociales, mientras que Paulo Freire propone una educación crítica y humanizadora para desafiar estas tendencias. Coinciden en la necesidad de una educación que humanice, respete la dignidad y promueva una crítica activa a las estructuras de poder y violencia presentes en cualquier ámbito educativo, incluida la medicina.

Desde la perspectiva de Freire y Segato, la educación médica debería orientarse a desman-

telar jerarquías de poder y fomentar una relación más equitativa entre médicos y pacientes. Freire abogaría por capacitar a los futuros médicos para reconocer y desafiar las estructuras de poder que pueden llevar a la violencia institucional y a la deshumanización. Desentrañar las relaciones de poder y la condición de las mujeres en entornos médicos machistas podría ayudar a comprender el maltrato como un fenómeno vinculado a las identidades de género en estos espacios.

Los datos empíricos presentados por la Dra. Roni y su grupo¹, junto con los aportes de otros autores, son elementos suficientes para reconocer que *la problemática excede el ámbito médico-educativo*. El maltrato hacia los residentes y la normalización de prácticas abusivas en su formación pueden entenderse, en parte, como el resultado de un sistema que fomenta la competencia extrema, la jerarquía rígida y el sacrificio personal en aras de la eficiencia. Las instituciones médicas, al operar dentro de este marco capitalista, muchas veces replican modelos que valoran la rentabilidad por encima del bienestar humano, tanto de los trabajadores de la salud como de los pacientes^{19,20}.

Un marco teórico adecuado debe abordar estos problemas como factores estructurales, no incidentes aislados. Los enfoques fenomenológicos y ontológicos proporcionan una perspectiva más profunda, explorando la experiencia subjetiva y la esencia del problema, y complementan el análisis de la estructura social y laboral que contribuye a estas dinámicas.

Una visión fenomenológica de la violencia en las residencias médicas

Los datos de Carolina Roni y col. revelan que el 95% de los médicos residentes en Argentina ha percibido algún tipo de maltrato¹. Esta cifra impactante invita a reflexionar sobre cómo estas experiencias no solo son vividas individualmente, sino que están interconectadas con la construcción de su realidad y su formación como profesionales. El maltrato psicoemocional y educativo, los más prevalentes según el estudio, podrían examinarse en términos de la intencionalidad fenomenológica: los residentes no solo experimentan la violencia de manera pasiva, sino que su percepción y vivencia de es-

tas situaciones *modelan cómo interpretan su entorno y su rol profesional*.

Desde una perspectiva fenomenológica, la relación cuerpo-mente en situaciones de hostilidad genera experiencias de alienación, que *disminuyen su capacidad para desarrollar empatía y compasión, habilidades esenciales en la medicina*. Estas vivencias pueden desembocar en una especie de *insensibilidad* emocional, lo que representa un riesgo para su futuro profesional y humano.

Una visión ontológica de la violencia en las residencias médicas

Desde un enfoque ontológico, se puede analizar cómo el *ser-médico* se construye en un contexto de violencia estructural. La introyección de la violencia, mencionada en el artículo de la Dra. Roni, remite a una reproducción del *ser-en-el-mundo* del influyente filósofo del siglo XX Martin Heidegger, bajo un modelo jerárquico y autoritario que condiciona la existencia y la identidad del médico. Esta violencia no es accidental, sino parte de una estructura ontológica del sistema formativo, que podría denominarse una *ontología del maltrato*. Aquí, el ser del residente se forja un ser hostil y punitivo desde una existencia (o *ser-para-otro* de Jean Paul Sartre), *limitando su capacidad para desarrollar autenticidad y vocación de cuidado*.

En este marco, la violencia no es vista como un accidente en el proceso formativo, sino como parte constitutiva de la estructura ontológica de la formación médica. El *ser del residente* no se reconoce como un sujeto libre y autónomo; se le imponen condiciones de subordinación y maltrato que afectan su existencia y perpetúan ambientes hostiles para las futuras generaciones. Esta violencia ontológica representa un acto de deshumanización que impide la plena manifestación de su ser, *impidiendo el desarrollo pleno de su vocación de cuidado*.

Conclusión

El estudio de la Dra. Roni presentado en este número¹ pone de relieve la urgencia de abordar el maltrato a los médicos residentes, una práctica que, lamentablemente, sigue profundamente enraizada en la estructura formativa del sistema de salud. Junto con otros estudios, evidencian las devastadoras consecuencias en la salud mental del residente y en la calidad de la atención

médica que reciben los pacientes. Es necesario implementar en forma inmediata intervenciones institucionales que garanticen espacios de aprendizaje seguros y respetuosos, donde los futuros médicos puedan desarrollarse profesional y emocionalmente sin temor a represalias. Además, al mejorar el bienestar de los estudiantes de medicina y futuros médicos, se optimiza la calidad del trato y la atención que ellos brindan a sus pacientes.

Al observar los altos índices de acoso y abuso reportados en instituciones médicas, podemos inferir que este patrón de maltrato es un reflejo de una cultura más amplia que lo normaliza. Es razonable proponer una transformación no solo de las pedagogías hostiles y de las prácticas educativas en la formación médica, sino también de aquellas presentes en la sociedad en general. Este enfoque integral es clave para construir una cultura más justa y empática.

Bibliografía

1. Roni C, Mur JA, Deza R, Fernandez Cedro MI, Reboiras F. Pedagogías hostiles en residencias médicas: un problema estructural de la formación en salud. *Medicina (B Aires)* 2025; 85: 135-43.
2. Vipler B, Knehans A, Rausa D, Haidet P, McCall-Hosenfeld J. Transformative learning in graduate medical education: a scoping review. *J Grad Med Educ* 2021; 13: 801-14.
3. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med* 2014; 89: 817-27.
4. Hamui-Sutton L, Paz-Rodriguez F, Sánchez-Guzmán A, et al. Violence and clinical learning environments in medical residencies. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 6754.
5. Hariharan B, Quarshie LS, Amdahl C, Winterburn S, Offiah G. Experiencing racism within medical school curriculum: 2020 ICCH student symposium. *Patient Educ Couns* 2022; 105: 2599-602.
6. Racic M, Roche-Miranda MI, Fatahi G. Twelve tips for implementing and teaching anti-racism curriculum in medical education. *Med Teach* 2023; 45: 816-21.
7. Gianakos AL, Freischlag JA, Mercurio AM, et al. Bullying, discrimination, harassment, sexual harassment, and the fear of retaliation during surgical residency training: a systematic review. *World J Surg* 2022; 46: 1587-99.
8. Jariwala K, Wilson CA, Davidson J, et al. Canadian National Survey Study of Harassment in surgery—still a long way to go. *J Surg Educ* 2024; 81: 1075-82.
9. Real Delor RE, Ayala Saucedo A. Maltrato a residentes de medicina del Paraguay en 2022: estudio multicéntrico. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2023; 80: 112-8.
10. Garcia RP, García MP. Etiología del maltrato a residentes de medicina desde la teoría de la violencia simbólica. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2023; 80: 301-5.
11. Baron RA, Byrne D. *Psicología social*, 10ma ed. Madrid: Pearson Educación S.A., Prentice Hall 2005, p 608.
12. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191-215.
13. Freire P. *La educación como práctica de la libertad*. Madrid: Siglo XXI Editores, 1976.
14. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. España: Siglo XXI Editores, 2023.
15. Freire P. *Pedagogía de los sueños posibles: Por qué docentes y alumnos necesitan reiventarse en cada momento de la historia*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2019.
16. Segato R. *La guerra contra las mujeres: Nunca la duplicación de un mal fue la respuesta*. España: Prometeo Libros, 2021.
17. Segato RL. *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. España: Prometeo Libros, 2003.
18. Segato RL. *Feminismos. Debates pendientes*. Malba Literatura, 2021.
19. Gervais SJ, Bernard P, Klein O, Allen J. Toward a unified theory of objectification and dehumanization. *Nebr Symp Motiv* 2013; 60:1-23.
20. Hoogendoorn CJ, Rodríguez ND. Rethinking dehumanization, empathy, and burnout in healthcare context. *Curr Opin Behav Sci* 2023; 52: 101285.