

# Ética docente-asistencial

## Teaching care-ethics

*Francisco Domingo Vázquez Martínez\**

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.04>

### Resumen

La ética docente-asistencial atiende situaciones derivadas del involucramiento de los pacientes en el proceso de formación de los médicos. En comparación con la ética en la investigación clínica, la ética docente-asistencial está como la de antes de la Segunda Guerra Mundial: aplica de manera autorregulada las normas de la ética médica a los problemas educativos con los pacientes. La carencia de lineamientos éticos específicos para las labores docente-asistenciales se manifiesta, entre otros aspectos, en debilidades en la supervisión y asesoría de los estudiantes durante sus prácticas clínicas, lo que favorece violaciones al derecho a la vida y a la salud de la población. Se propone considerar la conveniencia de los comités de ética docente-asistencial, que protejan y promuevan el respeto y la garantía del derecho a la educación en las unidades médicas.

*Palabras clave:* ética médica, educación médica, comités de ética.

---

\* Universidad Veracruzana, Instituto de Salud Pública, Xalapa, Veracruz. México.  
Correo electrónico: [dvazquez@uv.mx](mailto:dvazquez@uv.mx)  
<https://orcid.org/0000-0002-2931-3954>  
Recepción: 15 de octubre de 2021. Aceptación: 07 de diciembre de 2021.

*Como de costumbre durante mi periodo  
de instrucción médica, me dejaron  
a cargo de todo sin yo saber nada de nada.  
(Samuel Shem, La Casa de Dios)*

## 1. Introducción

La ética docente-asistencial se refiere al estudio de la moral en el proceso de educación médica en las unidades médicas; a las costumbres y normas existentes en el espacio docente-asistencial, definido como el lugar en el que convergen los procesos de educación y atención clínica, y en el que, de manera característica, los pacientes son un fin en cuanto a la atención médica y también un medio en relación con la educación médica.

El objetivo del presente trabajo es reflexionar sobre las implicaciones éticas de la participación de los pacientes en la educación médica. Para ello, primero se argumenta sobre la necesidad de la ética docente-asistencial; después se analiza su actual estado de desarrollo y, por último, se plantea la problemática docente-asistencial desde la perspectiva ética.

## 2. Necesidad y especificidad de la ética docente-asistencial

De acuerdo con Pérez Tamayo (1), la profesión médica tiene tres grandes quehaceres: el clínico-asistencial, la investigación y la educación. Cada una de estas tareas tiene una moral (objeto de estudio) a la que se aplica la ética (ciencia) correspondiente: ética clínica o ética médica propiamente dicha, ética de la investigación y ética docente-asistencial. Si se consideran los códigos deontológicos como un producto de la ética aplicada, es notorio que la ética sobre el quehacer docente-asistencial es el más rezagado. En clínica

e investigación se tienen códigos y hay una revisión constante y permanente de los mismos, lo que aún en el quehacer docente-asistencial es incipiente; en éste, se está en un momento en el que se manifiesta el reconocimiento del problema (2) y se plantean algunas propuestas éticas valiosas al respecto (3, 4).

El escaso desarrollo del estudio ético del quehacer docente-asistencial (5) resalta si se le compara con el logrado por la ética clínica y la ética de la investigación. Se podrá argumentar que la ética docente-asistencial no tiene un objeto de estudio propio y que el ejercicio docente-asistencial tiene como valores, principios, normas y deberes deontológicos los mismos del quehacer clínico. Es decir, que la ética docente-asistencial está subsumida en la ética clínica y que, con conocer y atender ésta, es suficiente para desarrollar procesos docente-asistenciales éticos.

El mecanismo a través del cual la ética docente-asistencial queda inmersa en la ética clínica es la autoridad y la jerarquía médica: un estudiante de medicina siempre debe seguir indicaciones y obedecer órdenes de los profesores y médicos de mayor jerarquía. Se asume que, mediante la jerarquía, la atención médica de los estudiantes es igual a la que ofrecen profesores y superiores jerárquicos. Lo que, por un lado, contribuye a explicar y justificar el abuso, la violencia y el autoritarismo en la educación médica (6-9) y, por otro, obstaculiza el desarrollo de la ética docente-asistencial.

De manera indudable, los códigos de ética clínica son vigentes y aplicables al quehacer educativo en las unidades médicas. No se concibe una ética docente-asistencial que violente o contradiga la ética clínica. Sin embargo, hay que reconocer que la educación médica en la que intervienen pacientes genera circunstancias propias que requieren estudio y códigos éticos particulares. No es lo mismo la atención clínica en la que únicamente interviene el médico y el paciente que aquélla en la que también están presentes uno o más estudiantes de medicina y en la que el médico tratante es, además y de manera simultánea, profesor de medicina. ¿Es necesario que los pacientes estén informados y autoricen su participación en

el proceso de educación médica? ¿Hasta dónde y bajo qué condiciones los estudiantes de medicina pueden intervenir en la atención médica de los pacientes? ¿Deben los estudiantes de medicina (tanto de pregrado como de posgrado) asumir la responsabilidad de la atención clínica en las unidades médicas? Estas y otras preguntas pueden encontrar respuestas generales en los valores, principios y códigos de ética médica existentes. Sin embargo, dejan ver la existencia de un contexto propio y la necesidad de una orientación más específica y práctica a la hora de tomar decisiones o de elaborar políticas al respecto. De ahí la exigencia de plantear la especificidad del espacio y del proceso docente-asistencial y, consecuentemente, de la ética docente-asistencial.

### 3. Desarrollo de la ética docente-asistencial

A pesar de que la educación médica surge de manera simultánea a la práctica clínica, la aplicación de la ética al quehacer docente-asistencial es escasa y, en México, no ofrece ningún respaldo a la normatividad vigente para el ingreso y permanencia de los estudiantes de medicina en las unidades médicas.<sup>1</sup> Por ejemplo:

a) No considera la dignidad de los pacientes y omite la obligación de informarles sobre su intervención en procesos de educación médica y pedirles su consentimiento para participar. Las normas parten de la visión decimonónica del Dr. Eduardo Liceaga que, en 1887, cuando planeaba la construcción del Hospital General de México, dijo que *La enseñanza de la medicina, más que otra alguna, debe ser esencialmente objetiva, tiene que hacerse en los enfermos, y todas las naciones civilizadas han convenido en que los que se asistan por la beneficencia pública, sirvan para la enseñanza de la clínica* (10).

b) También menosprecia la necesidad de reconocer y retribuir el trabajo docente de los médicos adscritos a las unidades médicas.

c) Y la normatividad referente a los médicos residentes genera vacíos interpretativos que dan lugar al menoscabo de su dignidad y

permite sobrecargas de trabajo violatorias de las propias leyes nacionales e incompatibles con la salud humana.

Más allá de que a las normas les falte considerar la dignidad y los derechos humanos de pacientes, médicos residentes y profesores de medicina (11), sin el respaldo ético se implementan políticas educativas cuestionables, como la de cobrar los campos clínicos a los estudiantes, sin que los pacientes estén informados de que ellos y su enfermedad se han mercantilizado, y constituye una fuente de ingresos económicos para las instituciones educativas y de salud (12).

No se puede omitir que, aunque falte respaldo ético a las normas y políticas de educación médica, sí hay, aunque escasos, estudios sobre ética en el espacio docente-asistencial de México (13-16). Sin embargo, lo que sobresale es que la producción académica sobre el tema es reducida y no ha integrado la ética docente-asistencial como área o disciplina de estudio. Problemas como: el papel de los estudiantes de medicina durante las epidemias y desastres naturales, el maltrato, el desgaste profesional, la deshumanización, el suicidio, las adicciones, la violencia y el error médico, en internos, pasantes y residentes tienen una dimensión moral que hasta que se reconozca y considere podrán resolverse.

Si se contrasta el desarrollo de la ética docente-asistencial con el de la ética de la investigación se pueden valorar las limitaciones críticas y las pocas posibilidades prácticas de la primera. En apretado resumen: la ética de la investigación clínica, de acuerdo con Diego Gracia (17), tiene tres etapas o periodos de desarrollo. En la primera, la clínica tiene una relación casual o fortuita entre el acto médico y la investigación clínica; existe como único acto médico válido el que tiene un propósito clínico (diagnóstico o terapéutico) y es benéfico para el paciente. El principio propio de esta etapa es la beneficencia y, de manera fortuita o por accidente, ese paciente o la atención que recibe pueden contribuir al conocimiento médico.

En la segunda etapa, se considera la investigación en seres humanos como un acto válido por sí mismo e independiente al acto médico. Esto es, las intervenciones en seres humanos pueden tener

como objetivo la generación de conocimiento, de manera independiente a la utilidad que la intervención tenga para el paciente, siempre y cuando no le provoque daño. En esta etapa se aplica la ética médica a la investigación, pero resulta insuficiente o no adecuada, ya que los médicos se autorregulan respecto a cuándo, en dónde y en qué circunstancias hay que aplicar los valores y principios de la clínica a la investigación.

La tercera etapa, o de *autonomía*, está caracterizada por la aplicación directa de la ética a la investigación y su independencia respecto de la ética clínica. La autonomía de la ética aplicada a la investigación surge con el primer código de ética de la investigación clínica (Código de Núremberg, 1947). La fuerza que impulsó el desarrollo y la autonomía de la ética de la investigación parte de los acontecimientos de la Segunda Guerra Mundial, en los que se evidencia la clara insuficiencia de la aplicación de la ética clínica a la investigación y de la autorregulación de los médicos-investigadores.

En comparación con la ética de la investigación, la ética docente-asistencial está entre la primera y segunda etapas. De manera cierta, hay diferencias entre países e instituciones de salud. Sin embargo, estas mismas diferencias evidencian que no hay una autonomía que se refleje en un código universal de ética docente-asistencial. Veamos el estado actual de desarrollo de la ética docente-asistencial para el caso concreto de México.

Hay que recordar que en los espacios docente-asistenciales del país prevalece un modelo artesanal de educación médica (18). Esto es, los estudiantes de medicina (internos, pasantes y residentes) en las unidades médicas son simultáneamente estudiantes y trabajadores; aprenden medicina mientras atienden pacientes. Se aprecia que las funciones clínica y educativa de la profesión médica se confunden y son, en la práctica, una sola, tal y como al principio eran la clínica y la investigación.

De manera cierta, los estudiantes de medicina en las unidades médicas son oficialmente «médicos en formación» (Tabla 1) y, se-

gún las normas respectivas, siempre deben estar supervisados y asesorados por médicos titulados o especialistas mientras estén realizando trabajo clínico.

**Tabla 1.** Número y proporción de médicos según año y categoría. México, 2012-2019.

Año	Médicos de contrato*	Personal médico en formación**	Total de médicos en contacto directo con los pacientes	Médicos en formación. Total de médicos en contacto directo con los pacientes
2012	146,321	40,172	186,493	0.22
2013	152,423	42,294	194,717	0.22
2014	159,364	45,417	204,781	0.22
2015	170,129	47,873	218,002	0.22
2016	171,930	52,953	224,883	0.24
2017	173,374	55,660	229,034	0.24
2018	174,259	56,326	230,585	0.24
2019	177,062	58,396	235,468	0.24

\* Médicos generales y especialistas.

\*\* Internos, pasantes y residentes.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Secretaría de Salud. Personal de salud por año, Nacional [Internet]. 2019. Disponible en: [http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGISGenerarTabla?titulo=Personal\\_de\\_salud\\_por\\_a%F1o&href=/tablero/recursos\\_en\\_salud/personal\\_de\\_salud/Entidad/2007-2019\\_personalDeSalud\\_Entidad.xlsx&ruta=/tablero/recursos\\_en\\_salud/personal\\_de\\_salud/Entidad/2007-019\\_personalDeSalud\\_Entidad.xlsx&hoja=Nacional&adicionales-Titulo=NACIONAL](http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGISGenerarTabla?titulo=Personal_de_salud_por_a%F1o&href=/tablero/recursos_en_salud/personal_de_salud/Entidad/2007-2019_personalDeSalud_Entidad.xlsx&ruta=/tablero/recursos_en_salud/personal_de_salud/Entidad/2007-019_personalDeSalud_Entidad.xlsx&hoja=Nacional&adicionales-Titulo=NACIONAL)

El reconocimiento de la supervisión y asesoría del trabajo clínico de los médicos en formación es la aceptación implícita de la especificidad y particularidad del proceso educativo respecto al proceso de atención médica. Sin embargo, el que establezcan la obligatoriedad de supervisión y asesoría de los médicos en formación no significa que se cumplan. Es más, la norma no establece ninguna sanción a quienes incumplan con este mandato, lo que deja a profesores y

médicos contratados por la unidad médica la decisión de supervisar o no a los estudiantes. Esto equivale a una autorregulación en cuanto a la aplicación de la norma. Por otra parte, hay evidencias que apuntan a la necesidad de elaborar un código de ética docente-asistencial y mecanismos que promuevan y aseguren su cumplimiento.

#### **4. Problemática docente-asistencial**

En México, la insuficiencia de la autorregulación ética del proceso docente-asistencial está ampliamente documentada. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) aporta evidencias continuas desde hace más de 20 años. La primera recomendación particular sobre el tema que realiza la CNDH es de 1997 (19). En total, en 2020, la CNDH realizó ocho recomendaciones a las autoridades del sector Salud por violaciones a los derechos humanos de los pacientes en unidades médicas que fueron atendidos por estudiantes de medicina no supervisados. Las recomendaciones del año 2020 se suman a las 29 ya realizadas en el mismo sentido en el lustro 2015-2019. Durante este periodo, las recomendaciones al sector Salud por no supervisar a los estudiantes se duplicaron con respecto a las del lapso 2010-2014, y se multiplicaron por cuatro respecto de las del quinquenio 2005-2009 (Tabla 2).

Además de las recomendaciones particulares, hay tres recomendaciones generales que apuntan a los estudiantes de medicina y al proceso educativo en las unidades médicas como causa de violaciones a los derechos humanos. La *Recomendación General No 15/2009, Sobre el derecho a la protección a la salud* (20), refiere que la falta de supervisión de los estudiantes de medicina fue una de las causas principales de las 11,854 quejas recibidas del sector salud entre 2000 y 2009; la *Recomendación General 29/2017, Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud* (21), y la *Recomendación General 31/2017, Sobre la violencia obstétrica en el sistema*

**Tabla 2.** Número y porcentaje de recomendaciones realizadas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos según lustro. México, 1995-2019.

Lustro	Número total de recomendaciones	Recomendaciones al sector Salud		Recomendaciones en las que están involucrados estudiantes de medicina	
2000-2004	257	43	16%	5	12%
2005-2009	312	44	14%	7	16%
2010-2014	415	80	19%	14	17%
2015-2019	401	113	28%	29	26%
TOTAL	2020	353	17%	66	19%

Fuente: Elaboración propia con datos de la CNDH. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>

*nacional de salud* (22), reiteran la falta de supervisión de los estudiantes de medicina como causa de violación a los derechos humanos de los pacientes.

De acuerdo con la CNDH, los derechos más violados por la falta de supervisión de los estudiantes de medicina en los espacios docente-asistenciales son el derecho a la vida, al acceso y protección a la salud, derecho a una vida libre de violencia obstétrica y derecho al acceso a la información en materia de salud. De manera cierta, el objetivo que tienen las recomendaciones emitidas por la CNDH respecto de que no se repitan los casos y las violaciones a los derechos humanos no se está cumpliendo y resaltan la necesidad de que, más allá de la autorregulación, haya un código de conducta docente-asistencial y de instancias que garanticen y vigilen su cumplimiento.

Por su lado, internos, pasantes y residentes (23-25) también plantean la necesidad de recibir una mayor supervisión y asesoría durante sus prácticas clínicas, y la mayoría de ellos (>50%) reconoce haber cometido errores clínicos (diagnósticos o terapéuticos) por falta de asesoría durante la práctica clínica. Lo que apunta a la

**Tabla 3.** Porcentaje de internos según entidad federativa de México o país y respuesta al ítem correspondiente.

Ítem	Veracruz N = 477 (2019)	Zacatecas N = 155 (20 19)	Nayarit N = 40 (2020)	Costa Rica N = 55 (2020)
Mis profesores en la unidad médica [siempre] atendieron (de manera presencial o a distancia) eficazmente las dudas que tuve durante los procesos de atención médica en los que participé.	26	21	55	49
Mis profesores de la unidad médica [siempre] tuvieron las condiciones laborales adecuadas para cumplir con su función educativa.	13	15	42.5	29
Mis profesores o tutores de la Facultad de Medicina [siempre] estuvieron pendientes de mi desarrollo académico en la unidad médica.	12	8	12.5	11
[Siempre] Recibí supervisión durante mis actividades asistenciales por parte del personal de la unidad médica.	19	14	40	20
[Siempre] Recibí retroalimentación adecuada a las tareas que realicé.	15	15	27.5	22
[Nunca] Cometí errores diagnósticos o terapéuticos por falta de supervisión académica durante las actividades asistenciales que realicé en la unidad médica.	31	25	35	49
[Nunca] Cometí errores diagnósticos o terapéuticos por falta de competencias clínicas.	26	19	35	31

Fuente: Información inédita del Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos.

maleficencia de los procesos educativos en el espacio docente-asistencial en diversas entidades federativas de México y de otros países (Tabla 3).

Más allá de los números, la opinión de los estudiantes de medicina en las unidades médicas (Tabla 4) y testimonios de pacientes como el de: *...Aún recuerdo lo traumático que fue mi trabajo de parto en el [...]; me trataron exactamente como eso, un objeto de estudio, más bien de prácticas; pasaron por mí varios residentes hasta que finalmente me negué a seguir siendo ultrajada* (26), resaltan la necesidad de códigos de ética docente-asistencial que limiten o, idealmente, supriman procesos educativos maleficentes.

**Tabla 4.** Comentarios de estudiantes de medicina sobre su formación profesional en las unidades médicas. México y Costa Rica, 2019-2020.

Considero que el jefe de enseñanza de dicha unidad debió haber estado más al pendiente de las necesidades de los alumnos, ya que en muchas ocasiones somos tratados sin dignidad y olvidan que también somos seres humanos. (Interno-Veracruz-378)
Pienso que [...] deben estar más pendientes las autoridades académicas. (Pasante-Veracruz-141)
[...] nuestra jefa de enseñanza de hospital no se ha esmerado en asesorarnos o proteger nuestros intereses [...]; sólo le interesa quedar bien con los jefes de servicio, a costa de que nosotros tengamos rotaciones, las cuales no nos corresponden en ese momento. (Residente-Veracruz-135)
[...] Cuidar las acciones de los adscritos por motivo del acoso sexual hacia las compañeras internas. (Interno-Zacatecas-117)
Falta apoyo de la institución educativa. Jamás nos supervisaron ni estaban enterados de lo que realizamos. (Interno-Nayarit-30)
[...] sólo nos ven y nos utilizan como «los que sacamos el trabajo», y se ha perdido casi en su totalidad la parte académica, y es una lástima porque después los médicos ya graduados se quejan de que nuestra formación no es la adecuada. (Interno-Costa Rica-8)

Fuente: Información inédita del Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos.

## 5. Discusión y conclusiones

Durante los últimos años se ha hecho hincapié en que la educación médica debe incorporar la ética médica en los planes y programas de estudio. La Asociación Médica Mundial reafirmó en abril de 2021 la resolución de 1999, en la que establece que *La enseñanza de la ética médica debe ser una materia obligatoria y parte examinada del currículo médico de cada escuela de medicina* (27). Así se ha hecho, lo que contrasta con el poco desarrollo de la ética docente-asistencial. Seguramente cualquier estudiante de los últimos cursos de medicina puede mencionar el principio fundamental de la ética médica: primero no hacer daño. Sin embargo, muchos futuros médicos también aprenderán durante su proceso formativo en las unidades médicas que dicho principio no deja de ser un enunciado. Ellos mismos, mientras recibían cursos formales con el mensaje de no hacer daño, eran expuestos, por otro lado, en lo que es el currículo oculto (28), a realizar procedimientos clínicos en condiciones desfavorables y de alto riesgo para los pacientes.

Para superar la perspectiva decimonónica del papel de los pacientes en la educación médica hay que impulsar el desarrollo de guías y códigos de ética docente-asistencial en el país y promover que en toda unidad médica con estudiantes de medicina haya un comité de ética docente-asistencial que garantice su aplicación y cumplimiento. El derecho a la salud de la población y a la educación de los estudiantes de medicina en las unidades médicas así lo precisan.

## Agredecimientos

El borrador del presente trabajo fue leído por Berenice Cruz Maya, Ricardo Páez Moreno, Manuel Saiz-Calderón Gómez e Hilda Sancho Ugalde, a quienes expreso mi reconocimiento y gratitud por sus comentarios y sugerencias.

## Notas bibliográficas

<sup>1</sup> Se hace referencia a las Normas Oficiales Mexicanas que regulan el ingreso y la permanencia de los estudiantes de medicina en las unidades médicas: Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA3-2018, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina; Norma Oficial Mexicana NOM009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología, y NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

## Referencias bibliográficas

1. Pérez Tamayo R. *Ética Médica*. En: González Valenzuela J. (Coordinadora). *Perspectivas de bioética*. México: FCE, UNAM, CNDH. 2008.
2. Bashour H, Sayed-Hassan R, Koudsi A. Involving patients in medical education: Ethical issues experienced by syrian patients. *Educ Health*. 2012; 25(2): 87-91. Disponible en: <https://www.educationforhealth.net/text.asp?2012/25/2/87/103453>  
<https://doi.org/10.4103/1357-6283.103453>
3. Akram Hashemi, Habibeh Yeketaz, Fariba Asghari. Developing an ethical guideline for clinical teaching in Tehran. *J Med Ethics Hist Med*. 2015, 8: 5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733538/>
4. McCullough LB, Ashton CM. A methodology for teaching ethics in the clinical setting: A clinical handbook for medical ethics. *Theor. Med*. 1994; (15): 39-52. <https://doi.org/10.1007/BF00999218>
5. Jagsi R, Soleymani Lehmann L. The ethics of medical education. *BMJ*. 2004; <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7461.332>
6. Hamui-Sutton A, Vives-Varela T, Gutiérrez-Barreto S, Castro-Ramírez S, Lavalle-Montalvo C, Sánchez-Mendiola M. Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Inv Ed Méd*. 2014; 3 (10): 74-84. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(14\)72730-9](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(14)72730-9)
7. Castro R, Villanueva Lozano M. Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estud. sociol*. 2018; 36(108): 539-569. <https://doi.org/10.24201/es.2018v36n108.1648>
8. Derive S, Casas Martínez M, Obrador Vera G, Villa Antonio R, Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Inv Educ Med*. 2018; 7(26): 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>
9. Acosta-Fernández M, Aguilera-Velasco MA, Pozos-Radillo BE, Torres-López TM, Parra Osorioc L. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos

- durante su primer año de formación académica. *Inv Ed Med*. 2017; 6(23): 169-179. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.012>
10. Martín-Abreu L. El Hospital General de México. En: Méndez Cervantes. F (Editor). *Francisco Méndez Oteo y nuestros autores en la medicina mexicana del siglo XX*. México: Méndez Cervantes F. 2001; 236-316.
11. Jongitud Zamora J, Vázquez Martínez FD. Regulación de las residencias médicas en México y derechos humanos. *Enfoques Jurídicos*. 2021; 4: 84-99. <https://doi.org/10.25009/ej.v0i04.2573>
12. Tlaulli Preciado. Sólo se cobran cuotas a estudiantes de escuelas privadas, afirman SSM. La Unión de Morelos. 14 de octubre de 2015. *Sociedad*. Disponible en: <https://launion.com.mx/morelos/sociedad/noticias/79294-s%C3%B3lo-se-cobran-cuotas-a-estudiantes-de-escuelas-privadas,-afirman-ssm.html>.
13. García-Vigil JL, García-Mangas JA, Ocampo-Martínez J, Martínez-González A. Declaración de principios éticos del educador en medicina. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011; 49(5): 571-574. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745504018.pdf>
14. Graue Wiechers E. *Enseñanza de la ética médica en el posgrado*. En: Rivero Serrano O, Durante Montiel I. (Coordinadores). *Tratado de Bioética Médica* (2ª ed). México: Editorial Trillas, UNAM. 2013; 174-179.
15. Vázquez Martínez FD. Problemas éticos de la educación médica en las instituciones de salud de México. En: León Correa FJ (coordinador). *Docencia y Aprendizaje de la Bioética en Latinoamérica*. Santiago de Chile: FELAIBE, Fundación Interamericana Ciencia y Vida, y Centro de Bioética, Instituto de Investigación e Innovación en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. 2017; 55-79. Disponible en: <https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2018/11/capitulos-colaborados-pela-SOBRAMFA-FELAIBE-2017.pdf>
16. Páez Moreno R. Abordaje bioético de «la educación médica desde el enfoque de la salud basado en derechos humanos». *Inv Ed Med*. 2020; 9(36): 96-102. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2020.36.20242>
17. Lolas F, Quezada A, Rodríguez E. (Editores). *Investigación en salud. Dimensión ética*. Chile: CIEB Universidad de Chile; 2006. Disponible en: [http://web.uchile.cl/archivos/uchile/bioetica/doc/manual\\_bioetica%20.pdf](http://web.uchile.cl/archivos/uchile/bioetica/doc/manual_bioetica%20.pdf)
18. Vázquez Martínez FD. La teoría de la evolución educativa y la formación de médicos especialistas. *Inv Ed Med*. 2016; 5 (18): 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.10.003>
19. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación 028. Caso de la señora AMP, por la deficiente atención médica que recibió en el Hospital General «Dr. Miguel Silva», en Morelia, Michoacán. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1997. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/1997/Rec\\_1997\\_028.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/1997/Rec_1997_028.pdf)
20. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación General 15. Sobre el derecho a la protección de la salud. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2009. Disponible en:

- [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral\\_015.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral_015.pdf)
21. Comisión Nacional de Derechos Humanos (2017a). Recomendación General 29. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2017. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral\\_029.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_029.pdf)
22. Comisión Nacional de Derechos Humanos (2017b). Recomendación General 31. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2017. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral\\_031.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral_031.pdf)
23. Vázquez Martínez FD, Sánchez-Mejorada Fernández J, Delgado Domínguez C, Luzanía Valerio MS, Mota Morales ML. La educación médica desde el enfoque de la salud basado en derechos humanos. *Inv Ed Med.* 2020; 9(36): 30-40. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2020.36.20233>
24. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Educación médica y derechos humanos. Evaluación del respeto a los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana. Xalapa: Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana; 2019. Disponible en: <https://www.uv.mx/obeme/files/2020/11/Segundo-informe-Educacion-medica-y-derechos-humanos.pdf>
25. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos (2020). Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Educación Médica y Derechos Humanos (2018-2019). Xalapa: Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana; 2019. Disponible en: <https://www.uv.mx/obeme/files/2020/11/Segundo-informe-Educacion-medica-y-derechos-humanos.pdf>
26. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.facebook.com/obemedh/>
27. Asociación Médica Mundial. Resolución de la AMM sobre la Inclusión de la Ética Médica y los Derechos Humanos en el Currículo de las Escuelas de Medicina a través del Mundo. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/6731/>
28. Centeno A, Grebe MP. El currículo oculto y su influencia en la enseñanza en las Ciencias de la Salud. *Inv Ed Med.* 2021; 10(38): 89-95. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.38.21350>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.

