

# Educación médica y derechos humanos en las unidades médicas de México: hacia un nuevo horizonte ético

## Medical education and human rights in the medical units of Mexico: towards a new ethical horizon

**Francisco Domingo Vázquez Martínez\***

Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana,  
Xalapa, Ver., México

**María De Lourdes Mota Morales\*\***

Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana,  
Xalapa, Ver., México

**Vianey Guadalupe Argüelles-Nava\*\*\***

Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana,  
Xalapa, Ver., México

<https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.03>

### Resumen

Este trabajo trata de la importancia que tienen los estudiantes de medicina para responder a las demandas de atención médica en México;

---

\* Investigador titular del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México. Correo electrónico: [dvazquez@uv.mx](mailto:dvazquez@uv.mx)  
<https://orcid.org/0000-0002-2931-3954>

\*\* Investigadora titular del instituto de salud Pública de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México. [lmota@uv.mx](mailto:lmota@uv.mx) <https://orcid.org/0000-0002-8231-1149>

\*\*\* Técnico Académico del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México. Correo electrónico: [varguelles@uv.mx](mailto:varguelles@uv.mx) <https://orcid.org/0000-0002-5878-2522>

Recepción: 15/08/2023 Aceptación: 31/10/2023

alude al proceso histórico que determina esta situación y la construcción de la categoría “médicos en formación”; refiere las condiciones laborales, educativas y de salud de los estudiantes de medicina en las unidades médicas, y su impacto sobre la calidad de la atención médica. Desde la perspectiva ética y de los derechos humanos se plantea que los programas de educación médica, y en particular la categoría de “médicos en formación”, pueden, paradójicamente, violentar tanto el derecho a la educación como el derecho a la atención médica, y dañar tanto la salud de los estudiantes como la de la población por ellos atendida. Se concluye que debe desarrollarse un nuevo respaldo ético docente asistencial para educación médica en las unidades de atención médica.

*Palabras clave:* trabajo médico, sistemas de salud, ética médica.

## 1. Introducción

La relación entre salud y derechos humanos está bien establecida y resumida en tres postulados: la violación a los derechos humanos es causa de enfermedad; los programas de atención a la salud de la población pueden ser violatorios de los derechos humanos; y respetar, proteger, promover y garantizar los derechos humanos constituye una estrategia para enfrentar problemas de salud pública (1).

El que los programas que dan respuesta a las necesidades y a los problemas de salud de la población puedan generar enfermedad o agravar la problemática de atención a la salud es, sin duda, paradójico. Sin embargo, es un hecho y una posibilidad que hay que tener siempre en cuenta al elaborar y ejecutar programas de educación médica (2-4). Así, es obligado preguntarse si en la actualidad ¿la formación de médicos en las unidades médicas (hospitales, centros de salud y consultorios) puede ser, en algún momento, violatoria de los derechos humanos y, consecuentemente, generadora de enfermedad? Precisamente, el objetivo del presente trabajo es realizar una aproximación a la respuesta de esta pregunta y analizar sus implicaciones desde la perspectiva ética.

La respuesta a la pregunta planteada y sus implicaciones éticas se abordarán en cuatro pasos: 1) se define el papel que tienen internos, pasantes y residentes en las unidades médicas, a través de su categorización como “médicos en formación” (5) y de la normatividad que les corresponde; 2) se recurre a la teoría de la educación artesanal (6), para explicar el agotamiento, la violencia y el maltrato que reciben (7-9); 3) se documenta el impacto de los “médicos en formación” sobre los procesos de atención médica y el derecho a la atención médica de la población, a través de una búsqueda realizada en las recomendaciones hechas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos a las instituciones de salud y en las que aparecen internos, pasantes o residentes involucrados en la violación a los derechos de los pacientes; y 4) Se concluye con una reflexión, desde la perspectiva del principalísimo y la ética de la virtud, de las implicaciones éticas de la situación actual de internos, pasantes y residentes en las unidades médicas de México.

## **2. Los estudiantes en servicio como médicos en contacto directo con los pacientes**

En México, la atención de la salud es un derecho. Sin embargo, no se ha llegado al goce pleno del derecho a la atención médica. Evidencia de ello es que recaiga en internos, pasantes y residentes parte importante de la atención médica que ofrecen las instituciones de salud. Ya que, para estas, más que estudiantes son la solución a su problema crónico de carencia de personal médico.

La fuerza de trabajo médico en México está integrada por profesionistas de la medicina y por los propios internos, pasantes y residentes de medicina (5). Ya que éstos son, oficialmente, “médicos en formación”, un subconjunto de los “médicos en contacto directo con los pacientes” como se observa en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Número de médicos en contacto directo con los pacientes, según tipo y año. México 2012-2021

Año	Médicos generales	Médicos especialistas*	Médicos en formación**	Total
2012	44,539	91,503	37,814	173,856
2013	45,683	95,964	39,621	181,268
2014	47,897	99,982	42,505	190,384
2015	48,162	110,036	44,912	203,110
2016	51,272	108,991	48,914	209,177
2017	50,590	110,747	51,693	213,030
2018	51,219	113,280	52,734	217,233
2019	51,692	112,951	54,665	219,308
2020	54,946	115,256	54,087	224,289
2021	56,811	116,638	60,155	233,604

\* No incluye odontólogos ni odontólogos especialistas.

\*\* No incluye pasantes de odontología.

Fuente: elaboración propia con base en datos abiertos de la Secretaría de Salud (5).

El subconjunto “médicos en formación” está integrado por estudiantes de medicina: internos, pasantes y residentes. Los internos son estudiantes de la licenciatura en Medicina que cursan el penúltimo año del plan de estudios (generalmente el 5to de seis años). Los pasantes son estudiantes que realizan el servicio social, nombre con el que se conoce el último año de la carrera, y los residentes son médicos generales que estudian una especialidad médica. Los residentes son los únicos que realmente tienen el título de médicos, aunque no dejan de ser estudiantes de posgrado; los internos y pasantes no son médicos, son estudiantes de licenciatura o de pregrado. Denominar a internos, pasantes y residentes como “médicos en formación” confunde y enmascara el hecho de que son estudiantes. Por ello, en este trabajo se refiere a este subconjunto como “estudiantes en servicio”, mismo que por ser oficialmente parte de los activos para ofrecer atención médica se le puede considerar como fuerza de trabajo

médico. Sin embargo, por no estar contemplada en la legislación y no gozar de las prerrogativas y derechos de los trabajadores, será una fuerza de trabajo informal.

En el 2021, los estudiantes en servicio constituyen alrededor de una cuarta parte de los médicos en contacto directo con los pacientes; sin embargo, trabajan, de acuerdo con las normas oficiales respectivas (10,11), un promedio anual de 80 horas semanales, y los médicos generales y especialistas, de acuerdo con la legislación nacional (12), tienen semanas de máximo 40 horas. Esto es, los estudiantes en servicio trabajan el doble que los médicos de contrato. Si se multiplica el número de estudiantes en servicio (Cuadro 1) por 80 horas semanales, y el de médicos de contrato (generales y especialistas) (Cuadro 1) por 40, resulta que los estudiantes en servicio (Médicos en formación) soportan más de una tercera parte de la carga de la atención médica en las instituciones de salud, como se representa en la Tabla 2.

Esto es, la atención médica en México se satisface mediante la asignación de horas laborales mediante el mercado médico formal y horas de capacitación propias de los estudiantes en servicio o mercado de trabajo informal.

**Tabla 2.** Número de horas\* (laborales o de capacitación en servicio) a la semana (carga de trabajo) de los médicos en contacto directo con los pacientes, según tipo y año. México, 2012-2021

Año	Médicos generales	Médicos especialistas**	Médicos en formación***	Total de horas/semana
2012	1,781,560	3,660,120	3,025,120	8,466,800
2013	1,827,320	3,838,560	3,169,680	8,835,560
2014	1,915,880	3,999,280	3,400,400	9,315,560
2015	1,926,480	4,401,440	3,592,960	9,920,880
2016	2,050,880	4,359,640	3,913,120	10,323,640
2017	2,023,600	4,429,880	4,135,440	10,588,920
2018	2,048,760	4,531,200	4,218,720	10,798,680
2019	2,067,680	4,518,040	4,373,200	10,958,920

Año	Médicos generales	Médicos especialistas**	Médicos en formación***	Total de horas/semana
2020	2,197,840	4,610,240	4,326,960	11,135,040
2021	2,272,440	4,665,520	4,812,400	11,750,360

\* Número de horas = Número de médicos generales y especialistas x 40 horas semanales; número de médicos en formación x 80 horas semanales.

\*\* No incluye odontólogos ni odontólogos especialistas.

\*\*\* No incluye pasantes de odontología.

Fuente: elaboración propia con base en datos abiertos de la Secretaría de Salud (5).

De manera cierta, la normatividad que regula el ingreso y la estancia de los estudiantes de medicina en las unidades médicas establece que estos siempre deben estar supervisados durante sus actividades clínicas (10,11). Sin embargo, el escaso desarrollo, cuantitativo y cualitativo, de la planta docente no posibilita que así sea. En la Tabla 3 se observa que en 2021 había, en general y en promedio, más de 60 estudiantes en servicio por cada médico dedicado a labores de enseñanza e investigación.

**Tabla 3.** Número de estudiantes de medicina en servicio según tipo y médicos en actividades de enseñanza e investigación en las instituciones de salud. México, 2021

Institución de salud	Residentes	Internos	Pasantes	Médicos en enseñanza e investigación	Relación MF/MEI*
Secretaría de Salud	9,605	6,830	8,416	737	33.7
Instituto mexicano del Seguro Social (IMSS)	19,568	4,520	1,466	28	912.6
IMSS BIENESTAR	0	0	2,131	60	35.5

<b>Institución de salud</b>	<b>Residentes</b>	<b>Internos</b>	<b>Pasantes</b>	<b>Médicos en enseñanza e investigación</b>	<b>Relación MF/MEI*</b>
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	1,839	294	0	19	112.3
Servicios de salud estatales	1,105	494	79	32	52.4
Servicios de salud municipales	22	83	72	0	0.0
Petróleos Mexicanos	791	0	0	20	39.6
Secretaría de la Defensa Nacional	437	571	229	23	53.8
Secretaría de Marina	139	87	64	33	8.8
Desarrollo Integral de la Familia	106	0	9	31	3.7
Hospitales universitarios	812	124	262	11	108.9
Total nacional	34,424	13,003	12,728	994	60.5

\* MF = Médicos en formación (Residentes + internos + pasantes) / MEI = Médicos en enseñanza e investigación.

Fuente: elaboración propia con base en datos abiertos de la Secretaría de Salud (5).

Además, en ese mismo año, no todas las unidades médicas que tenían estudiantes en servicio incluían personal médico en labores de enseñanza e investigación (5): de un total de 21,651 unidades médicas en el país, 8,842 (40.8%) tuvieron estudiantes en servicio y, de estas, 485 (5.5%) tuvieron médicos en labores de enseñanza e investigación, como se muestra en la Tabla 4. Adicionalmente, se resalta que 2,969 unidades de consulta externa (14.7%) estuvieron atendidas únicamente por estudiantes en servicio.

**Tabla 4.** Número de unidades médicas según tipo y presencia de médicos en formación y médicos en enseñanza e investigación. México, 2021

Unidad Médica (n = número de unidades)	Número de unidades con médicos en formación	Número de unidades con médicos en enseñanza e investigación
Consulta externa (n = 20,187)	7942	64
Hospitalización (n = 1,453)	0897	418
Asistencia social (n = 11)	3	3
Otras	0	0

Fuente: elaboración propia con base en datos abiertos de la Secretaría de Salud (5).

La carencia de personal médico en labores de enseñanza e investigación refleja la falta de un cuerpo docente que sustente la educación formal de la medicina en las unidades médicas, y es un indicador de la falta de garantía al derecho a la educación de los estudiantes de medicina. Aun suponiendo un subregistro de los médicos en actividades de enseñanza e investigación, el indicador es claro: la educación médica no es una actividad formal, en la mayoría de las unidades médicas del país.

Como ya se expuso, los estudiantes de medicina en servicio se integran a las unidades médicas como fuerza de trabajo informal.

Por ello, no reciben las prerrogativas propias de los trabajadores ni son considerados sujetos del derecho al trabajo digno. Evidencia de esto es que si se considera el número de horas trabajadas y la retribución que reciben cada una de las categorías de los médicos en contacto directo con los pacientes (13), como se puede observar en la Tabla 5, se tiene que los internos reciben \$17.76 dólares por hora, los residentes \$61.58, los médicos generales \$165.65 y los especialistas \$212.96. Respecto a los pasantes, hay quienes están en plazas sin beca (plazas en zonas urbanas) y otros que viven en unidades médicas rurales, en las que el horario de atención es de ocho horas al día; pero, están obligados a permanecer en ellas las 24 horas para atender las urgencias médicas. Estos reciben una retribución de alrededor de \$8.28 dólares por hora.

**Tabla 5.** Salario/beca mensual (dólares americanos\*) de médicos en contacto directo con los pacientes según tipo. México, 2022

	Médicos generales	Médicos especialistas	Residentes	Internos	Pasantes
Salario-beca	\$1,320.25	\$1,703.75	\$800.56	\$230.93	\$198.82 – \$38.36

\* 18.00 pesos mexicanos = un dólar americano.

Fuente: elaboración propia con base en datos de Gobierno de México (13).

Es claro que los estudiantes de medicina en servicio son un pilar fundamental para el funcionamiento de las unidades médicas. En palabras de un residente: “Hablando específicamente de ese hospital, sin residentes e internos yo no sé cómo funcionaria. Porque a partir de las cuatro de la tarde no hay nadie. No hay médicos de base” (14).

### 3. La educación médica artesanal

#### 3.1. Antecedentes históricos

La conformación actual del conjunto “médicos en contacto directo con los pacientes” y el surgimiento del subconjunto “médicos en

formación” son el resultado de una planeación y de un proceso histórico en el que resaltan dos hechos: un proyecto elaborado en 1959 por la Comisión Nacional de Internados y Residencias A.C., y el Movimiento Médico de 1964-1965.

El proyecto de la Comisión Nacional de Internados y Residencias establecía un programa educativo para médicos recién graduados y una serie de ventajas presupuestales y operativas para las instituciones de salud, como: “atención continua a los pacientes, servicios de urgencias y baja erogación para la llamada “ayuda económica” a internos y residentes” (15). Hay que resaltar que, en ese momento, internos y residentes, igual que los pasantes en su origen, eran médicos recién graduados. Pero, dadas las implicaciones laborales y económicas de hacerlo con médicos titulados, el programa se puso en marcha con estudiantes. Esto es, en vez de considerar la contratación de médicos recién egresados de un plan de estudios de cuatro años, se decidió ampliar el plan de estudios de la carrera de Medicina con el propósito de que internos y pasantes todavía fueran estudiantes. La mencionada comisión justificó:

Por circunstancias que son generales a todas las Escuelas de Medicina y otras que son particulares a nuestras Facultades Mexicanas, tenemos que la enseñanza impartida en la escuela es insuficiente para la formación del médico y que solamente después de haber obtenido una experiencia hospitalaria guiada y sistematizada es cuando se adquiere una visión adecuada de la medicina y va formándose un verdadero juicio médico (15).

La tendencia a utilizar estudiantes de medicina para resolver las demandas de atención médica de la población ya venía estructurándose; estas son las que dan origen al servicio social en 1936:

El Servicio Médico-Social de la Universidad, [...] es uno de los pasos más importantes [...] para conocer y procurar la resolución de dos importantes problemas: la escasez y, en no pocos casos, la carencia absoluta de asistencia médica en lugares de

pocos recursos, y la concentración de los médicos en los centros de población importantes como resultado de la mala distribución de esos profesionistas” (16) (El subrayado es propio).

A las residencias médicas en 1941:

El Dr. Aquilino Villanueva Arreola, quien instituyó [...], por primera vez en nuestro país las Residencias Hospitalarias, contó con el apoyo del Dr. Gustavo Baz Prada, entonces secretario de Asistencia Pública [...] los [...] médicos residentes [...] debían permanecer en servicio durante 24 horas del día, mientras que el personal médico de base laboraba dos, cuatro, seis u ocho horas; la atención de los pacientes recaía, después de este lapso en los médicos residentes (17) (El subrayado es propio).

Y al internado médico en 1959:

Actualmente, ningún hospital puede considerarse bueno si pretende que sus servicios únicamente sean satisfactorios de las 8:00 a las 14:00 horas, sino durante las 24 horas del día, cosa que sólo se ha conseguido con la realización del sistema de internos y residencias... (18) (El subrayado es propio).

El Movimiento Médico de 1964-1965 (19,20) se originó ante el conflicto de roles de los estudiantes en servicio (¿trabajadores o estudiantes?) y ante las primeras muestras de que no se les reconocería como trabajadores. La inconformidad fue violentamente reprimida y, al final, se impuso y consolidó la categoría de “Médicos en formación”. Esto es, aunque los estudiantes pugnaban por ser reconocidos como trabajadores, las instituciones de salud los reconocen como estudiantes y trabajadores. Así, el presidente Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970):

Consideró como inconveniente un contrato de aprendizaje que lastimaría la dignidad de los médicos, [...] subrayó que lo más importante [. . .] era que dicho contrato estuviese protegido por

la Ley Federal del Trabajo y la Ley de Trabajadores al Servicio del Estado, y que debía garantizarse también en igual forma la docencia, como responsabilidad de las autoridades de impartirla, y de los médicos de aprovecharla (19).

Ahora, los estudiantes en servicio comentan respecto a la docencia que:

Las jornadas laborales y la remuneración de un interno de pregrado son completamente indignantes [...]. Se priorizó siempre el trabajo asistencial a la formación académica... (4).

El personal del hospital [...] carece de muchos valores y consideran a los internos como viles esclavos utilizables para sacar el trabajo, sin trato digno alguno (4).

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la ambigüedad de roles de los estudiantes en servicio (14) que son, de manera simultánea, estudiantes y trabajadores informales significa pérdida de derechos plenos; y desde la pedagogía, la educación médica actual en las unidades de atención médica se puede considerar una educación artesanal (6), cuyas principales características son: la coincidencia de los roles de estudiante y trabajador en una sola persona; la convergencia del rol de profesor con el de trabajador en la figura del maestro; la educación informal en un escenario de trabajo profesional cotidiano y, por lo tanto, la ausencia o, si lo hubiere, en el incumplimiento de un programa académico. En estas condiciones y, por lo general, el aprendizaje se da por la participación rutinaria en los procesos, con poca o ninguna reflexión, sin crítica y con pocas posibilidades de modificar, innovar y, en el caso de la medicina, de atender a los pacientes según su diversidad biológica, psicológica y social.

Las características de la educación artesanal campean en la mayoría de las unidades médicas que tienen estudiantes en servicio. Por ejemplo: arriba de 98% de internos, pasantes y residentes se sienten más como trabajadores que como estudiantes universitarios (4); además, 84% considera que en las unidades médicas se

prioriza el proceso de atención sobre el de enseñanza-aprendizaje y opina que profesores en la unidad médica no tienen las condiciones laborales adecuadas para cumplir con su función educativa (4).

Para los pacientes, la situación descrita, conlleva riesgos e inseguridad. De manera frecuente, ven vulnerado su derecho a la salud, ya que son atendidos por estudiantes de medicina en servicio, no supervisados y que aún no tienen las competencias profesionales suficientes. Al decir de un estudiante en servicio al terminar su internado:

No es mala sede. Sin embargo, brilla por la ausencia de su enseñanza en cuanto a clases. Por otro lado, te dejan realizar muchos procedimientos. Son muy pocos los doctores que realmente se toman el tiempo de enseñarte algo (4).

Al de un pasante al terminar su servicio social:

Durante las guardias y en los turnos vespertinos no se contaba con médico adscrito o residente de guardia dejando toda la responsabilidad en el médico pasante. Esto se informó y discutió con Dirección médica, sin tener una respuesta favorable y repitiéndose durante todo el servicio social (4).

Adicionalmente, la educación artesanal al no estar debidamente reglamentada predispone al autoritarismo y a una relación de dominio subordinación que propicia la violencia (21), el maltrato y el abuso (22), mismos que son cada vez más manifiestos y frecuentes en educación médica.

### *3.2 Maltrato y abuso a los estudiantes en servicio*

La estructura general del maltrato en los estudiantes de medicina ha sido descrita detalladamente (23). En México se tiene numerosas evidencias de las arbitrariedades y atropellos a los estudiantes de medicina en las unidades médicas. Por ejemplo, en estudios realizados en el estado de Veracruz (24,25), se informa que 80% refiere falta de cordialidad y respeto dentro de la unidad médica; 54% relata haber recibido tratos discriminatorios por su género, apariencia o cualquier

otra característica personal; más de una tercera parte reporta que durante el último año han sufrido acoso sexual o de otro tipo por parte de superiores o de compañeros, y más de dos terceras partes refiere haber sentido durante su estancia en la unidad médica ansiedad o temor de recibir castigo o ser dado de baja.

Montes Villaseñor y colaboradores (26) encontraron que 87% de residentes en el estado de Veracruz había tenido por lo menos una experiencia de agresión en su tiempo de formación como especialistas y hasta el 50.4% refirió violencia psicológica.

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla (CDH-Puebla) (27) documentó que 72% de los médicos residentes consideran que han sido víctimas en las unidades médicas de actos que causan agravio, 81% han sido víctimas de tratos crueles, inhumanos o degradantes, 69% han sufrido violencia física o psicológica, y 67% considera que se han violado sus derechos humanos. En este contexto, se explica la recomendación que la misma CDH-Puebla (28) emitió en 2022, referente al suicidio de un médico residente derivado del acoso laboral, el hostigamiento y la discriminación sufrida en un hospital público del estado.

Derive (29) reporta en un grupo de médicos residentes del Estado de México que 84% refiere maltrato psicológico, 78% humillaciones, 50% guardias de castigo, 40% que le han negado la enseñanza, 16% golpes, 35% han sido privados de alimentación, 21% obligados contra su voluntad a consumir alcohol y 21% castigados con no poder ir al baño durante las guardias:

¡Pues me meé encimal, ¿qué iba hacer?». Así era como Manuel, entre carcajadas, solía terminar su anécdota sobre una de las tantas veces en que fue empujado a trabajar al límite durante su residencia médica. Su risa siempre me desconcertaba, y alguna vez en privado me dijo que ese tiempo lo recordaba como su “estancia temporal en el purgatorio”. “Pero así es el sistema”, me decía resignado. Lo único que se puede hacer es romper el círculo que marca que “el que a palo aprende, a palo enseña (30).

En un estudio de médicos residentes de la Ciudad de México, realizado por Silvia Ortiz-León y colaboradores (31) se reporta que 98.5% manifestaron haber sufrido por lo menos una conducta de acoso durante los últimos seis meses. Las conductas de acoso más frecuentes fueron la intimidación manifiesta y el desprestigio laboral. Resultado de lo anterior es que, en el país, se calcula que 89% de los residentes estudiados tiene *burnout*, 71% depresión, 78% ansiedad y 58% acepta que da mala atención a sus pacientes (29).

Martín Acosta (14), también ha evidenciado el maltrato y el abuso, desde la perspectiva cualitativa:

El primer día nos recibió el jefe de enseñanza y nos empezó a amenazar que si no cumplíamos con el reglamento nos iba a correr.

El jefe de servicio me llegó a romper notas enfrente de todos. Y esa es una situación humillante.

Cabe señalar que la problemática expuesta no es exclusiva de la educación médica en México. Fabiana Reborais (32) cita este tipo de problemas en Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Chile, España, Finlandia, Japón, Nigeria, Pakistán y Reino Unido. Por su parte, Derive (33) refiere estudios sobre el tema en Arabia Saudí, Argentina, Australia, Canadá, Chile, Estados Unidos de América, Francia, Irlanda, India, Japón, México, Nigeria, Nueva Zelanda, Pakistán y Reino Unido. En un metaanálisis que incluye 51 estudios escritos en inglés, Fnais y colaboradores (34), estiman que la prevalencia del maltrato entre los estudiantes está entre 52.0% y 66.7% (IC: 95%). En la revisión de Abate y Greenberg (35) se concluye que en la educación médica de pregrado y posgrado de Estados Unidos el acoso verbal, sexual, racial y la discriminación de género está generalizada.

### *3.3. La violencia en la educación médica*

¿Cómo comprender la extraordinaria tolerancia de los estudiantes de medicina en servicio a la violencia? La violencia según la Organización Mundial de la Salud es:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (36).

Según Christophe Dejours (37) es “actuar sobre alguien o hacerlo actuar de forma que, sin su conocimiento, ponga en riesgo su vida o la de otros”.

Hay que especificar que la violencia que consienten y permiten los estudiantes es la violencia interna hegemónica (38) y la violencia neuronal (39). La violencia interna es la que los estudiantes en servicio “como integrantes del campo médico, deben aceptar, incorporar y naturalizar” (38). Esta se tolera porque se convive con ella durante la formación y está, como veremos más adelante, justificada y normalizada. La violencia neuronal hace referencia a la que es inmanente al sistema socioeconómico actual y a las propias personas; es decir, aquella ante la cual no hay resistencia porque se genera en uno mismo y se autoimpone en aras de la eficiencia y la productividad.

Lo común de la violencia en educación médica puede significar que es útil y funcional a los sistemas de salud. ¿Qué se logra con la violencia hacia los estudiantes en servicio?, miedo con la violencia interna hegemónica; auto explotación con la violencia neuronal. El miedo que genera la violencia interna es necesario para generar el sometimiento característico de las relaciones de dominio-subordinación y así imponer sobrecargas de trabajo (40); el miedo suficiente para aceptar el maltrato y el abuso y no ser rechazados por el grupo y ver frustradas sus motivaciones y deseos de tener un título de médico general o especialista, y recibir el reconocimiento social correspondiente.

Por otro lado, la violencia neuronal autoimpuesta no se percibe como tal, sino como un desafío. El ingreso a la carrera de Medicina y a las especialidades médicas es altamente selectivo. Los seleccionados forman una minoría que, por lo general, gozan de una autoestima alta

y de reconocimiento social. A ellos se les presenta la violencia y el maltrato como desafíos a sus capacidades y competencias. Por lo que no resulta extraño que, por ejemplo, realicen competencias para ver quién puede pasar más tiempo en el hospital o más horas sin dormir. Esto es a lo que, desde la perspectiva de la salud en el trabajo, Dejours (40), denomina como una estrategia colectiva de defensa, misma que tiende a minimizar, si no es que, a negar la violencia.

Por otra parte, la violencia tiene un sustento legal; está indicada en la propia normatividad. Por ejemplo, las normas oficiales establecen que las prácticas clínicas complementarias de los estudiantes (guardias):

En días hábiles inician a la hora que termina el turno matutino y concluyen a la hora establecida para iniciar el turno matutino siguiente, de acuerdo con la normativa de la institución de salud [...] Su duración los sábados, domingos y días festivos debe ser por un máximo de veinticuatro horas, iniciando y concluyendo actividades según se especifique en la normativa de la institución de salud. El interno que finalice su práctica clínica complementaria en día hábil debe continuar las actividades descritas para el turno matutino en el programa operativo (10,11).

Esto es, a los estudiantes en servicio se les ordenan jornadas en las unidades médicas que duran oficialmente 32 horas, y con un promedio anual, como ya se refirió, de 80 horas de trabajo a la semana. En los hechos, las jornadas de internos y residentes en los hospitales superan frecuentemente las 100 horas semanales (4,24,25). En palabras de un becario:

Aunque tenemos un horario establecido, sobrepasábamos el límite y trabajamos alrededor de 36 horas no tanto en tareas académicas sino en cosas relacionadas con pacientes (14). Así, es la propia normatividad la que obliga a los estudiantes en servicio a realizar actividades profesionales en condiciones que ponen en riesgo su vida y la de los pacientes que atienden (41,42). En

palabras de un residente: nos exige que tengamos que conocer a los 80 pacientes al 100%; dos residentes y tres o cuatro internos nuevos y la verdad es que por más que uno quiera no se puede (14).

Para cumplir con las normas oficiales y acallar las inconformidades se requiere de un contexto favorable al poder coercitivo. Las relaciones de poder en los hospitales han sido descritas desde diversas perspectivas. Consejo y Viescas-Treviño (43) las abordaron desde la perspectiva de Foucault y Bourdieu; Villanueva (44) y Reiborais (32), desde el marco de las instituciones totales desarrollado por Goffman (45). Desde la perspectiva de la educación artesanal, en los hospitales se conforman escenarios característicos de las instituciones totales: son lugares en los que se despoja a los aprendices de identidad y roles previos; las actividades están rigurosamente programadas; se les exige todo su tiempo, dedicación y esfuerzo; en ellas, los estudiantes en servicio realizan y comparten actividades laborales, educativas y sociales, consecuentemente, tiene que renunciar a otros intereses, compromisos y obligaciones. El que 74% de los estudiantes esté en las unidades médicas más de 80 horas a la semana y más de 97% considere que su estancia en el hospital interfiere con su vida social y familiar (25), apoya la idea de que para los estudiantes en servicio las unidades médicas son como instituciones totales. En sus propias palabras:

A la familia, igual sabía que la iba a dejar ver. Sabía que iba a vivir sólo para el hospital y para la especialidad... (14).

Mi noviazgo, poco a poco se fue deteriorando al punto de tener que tomar una decisión. Estas situaciones son tan complejas y complicadas, y cada quien decidió tomar su camino... (14).

Respecto a mis amistades, ya no les sigo la pista ni ellos me siguen la pista, por motivos obvios... (14).

Por otra parte, el ingreso a estos espacios se caracteriza por los rituales de iniciación, que son pruebas o desafíos a los que se someten

quienes ingresan y cuya superación significa aceptación e integración al grupo. Derive (33) describe las similitudes entre los ritos de iniciación y el maltrato a los residentes. Según testimonios recogidos por Acosta-Fernández (14): “Nos dijo: ¡ustedes, limpien! Entonces nos pusimos a recoger la basura y a mover las máquinas de escribir que había en la mesa. Nos señaló con el dedo y dijo: ‘ustedes son los nuevos y deben entender cuál es su lugar como nuevos’”. En un contexto como el descrito es factible violentar y sobrecargar de trabajo a los estudiantes; además, se genera miedo, simulación, silencio, competencia y deterioro de las relaciones interpersonales, entre otras cosas (37,46).

Así normada, contextualizada, conceptualizada y entendida la violencia, tanto por personal médico como por los propios estudiantes, es fácilmente aceptable y hasta deseable pedagógicamente: hay que formar médicos con el carácter y las competencias para atender pacientes en el momento que sea necesario y bajo cualquier circunstancia, capaces de tomar decisiones en condiciones adversas, de presión e incertidumbre; Reboiras lo llama el “modelo heroico” (32).

De manera cierta, dicha narrativa no resiste el más mínimo análisis. Aceptar la violencia con fines didácticos supone complicidad con los perpetradores y disposición para ejercerla y reproducirla con dicho fin. Esto es, aceptar ser violentado para llegar a formar parte del gremio médico justifica que, en su momento, se pueda violentar a los estudiantes de medicina. Así se entiende la resistencia al cambio y el que los estudiantes de grados superiores violenten a los recién llegados o de grados inferiores y que se justifiquen con sentencias como “así ha sido siempre” o “así me tocó a mí y me hizo bien”. Al decir de los residentes:

Son injustos principalmente la mayoría de mis compañeros residentes de mayor jerarquía. Ahorita he sufrido acoso laboral y hostigamiento de parte de ellos (no soy el único). Muy pocos adscritos son irrespetuosos e injustos. Sin embargo, sí existe

quienes sólo te dejan guardado aun y no hayas errado o faltado a las labores. [...] Los residentes mayores son los que bajo el agua nos aprietan, explotan y exigen más, sin que puedas opinar porque te va peor (4).

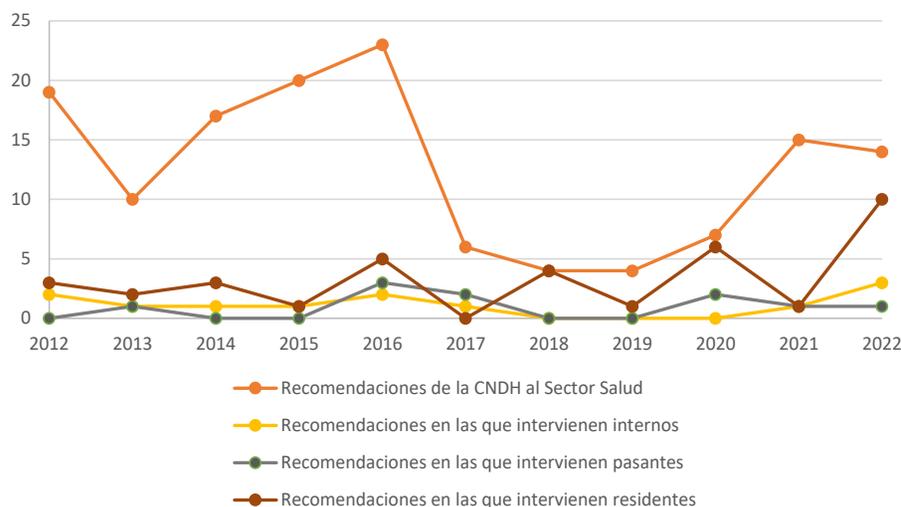
El ambiente entre residentes de medicina interna es muy arbitrario ya que los residentes de mayor jerarquía son los que determinan los castigos. Reprendas. Y muchas veces es sin supervisión de un adscrito. Debe haber una mayor supervisión por médicos adscritos sobre cómo interactúan los médicos residentes de mayor jerarquía con los residentes de menor jerarquía. (4).

Desde una perspectiva de derechos humanos, el maltrato a los estudiantes en servicio es una manifestación más de violaciones al derecho a la educación, al derecho al trabajo, al derecho a la integridad y seguridad personal y al derecho al trato digno. Y dada la interdependencia de los derechos humanos, es de esperar que haya afectación a la salud de los estudiantes en servicio (42) y a la de la población atendida por estos.

#### **4. Violaciones a los derechos humanos de los pacientes**

Entre las variables que garantizan el derecho a la salud, y en particular, a la atención médica, está la calidad de la educación médica. El hecho de que haya estudiantes de medicina no supervisados durante sus actividades clínicas no solo violenta el derecho a la educación, sino que atenta contra la calidad de la atención médica y, consecuentemente, contra el derecho a esta y, de manera general, contra los derechos humanos. En México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (47), ha expuesto explícitamente la violación a los derechos humanos derivada de la atención médica dada por estudiantes de medicina no supervisados como se muestra en la Figura 1.

**Figura 1.** Número total de recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos al Sector Salud y número de recomendaciones en las que intervienen estudiantes de medicina, según año y tipo de estudiante. México, 2012-2021



Fuente: elaboración propia con base en datos de recomendaciones de la CNDH (47).

En 1997 la CNDH (48) realizó la primera recomendación explícita al Sector Salud por permitir que estudiantes de medicina sin supervisión atendieran pacientes:

... la atención en el servicio de ginecobstetricia la llevaron a cabo fundamentalmente médicos residentes e internos de pregrado [...] no hubo la debida supervisión del trabajo de los alumnos por parte de los médicos adscritos [...], lo que se tradujo en evidentes complicaciones para la paciente [...]

En 2023 la misma CNDH (49) emite su más reciente recomendación al Sector Salud por la violación a los derechos humanos en las unidades médicas causada por la atención médica otorgada por estudiantes de medicina no supervisados:

Por tanto, deberá investigarse el nombre de las personas servidoras públicas a cargo de PMR1 (Personal Médico Residente),

PMR2, PMR3, PMR4, PMR5, PMR6, PMR7, PMR8, PMR9, PMR10 y PMR11 para que, en su caso, se deslinde la responsabilidad correspondiente al haber incumplido los puntos 5.7, 9.3.1, 10.3 y 10.5, de la NOM Para Residencias Médicas, en los que se especifica que si bien las personas médico residentes son profesionales de la medicina, lo cierto es que cursan un período de capacitación, por ello requieren supervisión y guía en sus actividades bajo la dirección de su profesor titular, jefe de servicio y/o médico adscrito en un ambiente de respeto, lo cual no aconteció y en el caso de PMR1, PMR2, PMR3, PMR4, PMR5, PMR6, PMR7, PMR8, PMR9, PMR10 y PMR11 incidió en el avance al deterioro de la salud de V (Víctima).

La CNDH ha realizado alrededor de seis decenas de recomendaciones particulares sobre el tema en los últimos diez años. Podría pensarse que estas apuntan a casos excepcionales. Sin embargo, hay evidencia de que el problema está generalizado. Además de las recomendaciones particulares, la CNDH (2) en 2009, realizó una recomendación general derivada de la revisión de 11,854 quejas recibidas de pacientes o sus familiares que consideraron violentados sus derechos en las unidades médicas del país, y en la que concluye que:

Los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud es el relativo a la falta de médicos, especialistas y personal de enfermería necesarios para cubrir la demanda; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las enfermedades, y la insuficiente supervisión de residentes o pasantes por el personal de salud.

Así, se observa que al no haber suficientes médicos generales y especialistas se echa mano de los estudiantes, que estos se quedan sin supervisión durante sus actividades clínicas y egresan sin competencias para realizar diagnósticos e indicar tratamientos adecuados. Es clara la interdependencia entre el derecho a la educación médica y el

derecho a la atención médica. Si se violenta el primero termina comprometiéndose el segundo.

Además, hay diversos estudios que confirman lo señalado por la CNDH y aportan datos concretos: más de 90% de los estudiantes de medicina en servicio acepta haber tomado decisiones diagnósticas o terapéuticas sin la asesoría de los profesores, médicos adscritos, jefes de servicio o responsables médicos de la institución de salud (25); más de dos terceras partes acepta haber cometido errores diagnósticos o terapéuticos por falta de supervisión y una proporción similar haber cometido errores por falta de competencias profesionales (25). En palabras de dos médicas residentes:

En mi unidad existe un compañero que ha realizado múltiples iatrogenias por impericia o falta de supervisión, sin que sea sancionado por sus acciones [...] condicionando en 1 ocasión la muerte [...] Por lo que considero debemos ser [...] supervisados más rigurosamente (4).

Durante mi año de residencia me sentí muy bien. Sin embargo, durante los últimos meses no contamos con médicos adscritos que nos supervisarán. Hablando en lo personal, estuve en el servicio de tóco cirugía sin supervisión directa de un adscrito. Afortunadamente no pasó nada malo o no se complicó nada. Sin embargo, no considero adecuado que ese servicio se encuentre únicamente comandado por un residente de primer año (4).

## **5. Un nuevo horizonte ético basado en la ética docente asistencial**

Con lo expuesto anteriormente se crean condiciones desfavorables para atender la obligación ética fundamental de la profesión médica: *Primum non nocere*, y propicias a la maleficencia.

La figura de “médicos en formación” surge a mediados del siglo pasado. Ahora se observa que, tal cual lo propuso la Comisión

Nacional de Internados y Residencias, los estudiantes de medicina son un pilar fundamental para los servicios de atención médica en México: son responsables de más de 40% del tiempo de atención médica en el país, a cambio de una erogación económica mínima. Se plantea que el sistema de atención médica con “médicos en formación” tiene que recurrir a la violencia para que funcione. Lo que repercute en el trato a los pacientes (38,50), que además de ser atendidos por estudiantes no supervisados son el blanco final de la violencia.

Por otra parte, a casi seis décadas del Movimiento Médico, hay evidencias de que garantizar “en igual forma la docencia” fue una buena intención que aún no se concreta. Esto es, el derecho a la educación en las unidades médicas aún no se garantiza plenamente. Como ya vimos, en la actualidad, únicamente hay un médico en labores de enseñanza e investigación por cada 60 estudiantes en servicio; la mayoría de los estudiantes están en unidades médicas que no tienen médicos dedicados a labores de enseñanza e investigación; y casi 15% de las unidades de consulta externa únicamente tienen estudiantes para dar atención médica.

Indiscutiblemente y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial (51), los estudiantes de medicina, antes de tener autonomía profesional, deben tener contacto supervisado con los pacientes:

Antes de comenzar su práctica independiente, todo médico debe completar un programa formal de educación clínica supervisada. En la educación médica universitaria, las experiencias clínicas deben ir de atención primaria a terciaria en un contexto hospitalario y ambulatorio, como los hospitales universitarios, hospitales comunitarios, clínicas, consultas médicas y otros establecimientos de salud.

La misma asociación resalta la importancia de formalizar los procesos educación clínica (51):

El componente clínico de la educación médica universitaria debe utilizar un modelo de formación con objetivos definidos y debe incluir experiencias directas en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, con un aumento gradual en la respon-

sabilidad del estudiante, basada en su demostración de los conocimientos y experiencia pertinentes.

Esto es, garantizar el derecho a la educación en las unidades médicas pasa, como dice la Asociación Médica Mundial por formalizar el proceso educativo: objetivos definidos, procesos de enseñanza-aprendizaje formales y evaluación permanente. Todo esto, bajo el fundamento ético propio de la ética docente asistencial.

Los escenarios de la educación clínica en México han tenido durante los últimos años, como en todo el mundo, avances tecnológicos importantes. Sin embargo, estos adelantos técnicos no se han acompañado con cambios en el proceso educativo en las unidades médicas, ni con un encuadre ético propio. Llama la atención el escaso, por no decir nulo, desarrollo de la ética docente-asistencial (52). En la actualidad, la educación médica se desarrolla con esquemas éticos de finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

A fines del siglo XIX (1887) el Dr. Liceaga (53) planeaba que:

La enseñanza de la medicina, más que alguna otra, 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 clínica; esta práctica redundará en el beneficio de los enfermos mismos, que son asistidos con más asiduidad y más cuidadosamente observados.

El planteamiento del Dr. Liceaga (53) supone que la atención médica no es un derecho, sino un servicio por el que hay que pagar de una u otra forma. Quienes no tienen recursos pecuniarios tendrán que pagar, obligadamente, participando en procesos de educación médica. Esto último, atenta contra todos los principios éticos básicos (54,55); contra la justicia (concentra la carga de la educación médica en un segmento poblacional); la autonomía (ignora la voluntad de los pacientes respecto a participar o no en procesos educativos); la beneficencia (delega en estudiantes de medicina no supervisados la atención

médica); y la no maleficencia (propicia la atención médica con estudiantes en servicio exhaustos y desgastados lo que favorece el error médico). Al margen del Principalísimo y desde la ética de las virtudes (56) hay que preguntar, ¿qué hábitos se están promoviendo en los futuros médicos?, ¿no será la deshumanización de la atención médica una consecuencia de la manera en que se ve y trata a los pacientes en los ambientes en los que se forman los futuros médicos? Contestar estas y otras preguntas similares es uno de los grandes pendientes y desafíos que se plantean actualmente a la ética docente-asistencial.

Ahora, más de ciento treinta años después, y desde la perspectiva de la ética docente asistencial y de la atención médica como derecho, no es aceptable que los pacientes tengan que pagar la atención médica recibida con su participación obligada en la formación de nuevos médicos. Sin embargo, y en general, en el país se sigue considerando que los pacientes no tienen por qué estar informados, ni autorizar ser parte del proceso de enseñanza-aprendizaje de los futuros médicos.

La ausencia de la ética docente-asistencial es manifiesta en múltiples aspectos de la educación médica en hospitales y centros de salud. El consentimiento informado del paciente es solo uno de ellos. La supervisión de estudiantes en servicio, el cobro de las plazas para los estudiantes en servicio y la atención médica con estudiantes en servicio, son, entre muchos otros, temas muy poco estudiados y discutidos en los que la perspectiva ética resulta fundamental.

El esquema planteado por el Dr. Liceaga (53) bajo los lineamientos éticos entonces vigentes, ajenos a las desigualdades sociales y la reproducción de la violencia, se justificaba con que la educación médica y la formación de médicos resultaban en beneficio de los propios pacientes. Así, a la fecha, en México se da por hecho que profesores y estudiantes de medicina delante de los pacientes no tienen otras obligaciones éticas que las propias del quehacer clínico.

Desde Hipócrates, se estableció como una obligación ética de los médicos el contribuir con la formación de nuevos médicos (57,58). Para cumplir con ésta, no basta con que los estudiantes de medicina se le acerquen a un médico y vean como ejerce su trabajo;

se requiere de un código de ética diferente al propio de la práctica clínica, específico para el proceso formal de enseñanza-aprendizaje con pacientes (52).

Desde la perspectiva ética, se puede plantear que hay dos modelos de educación médica con pacientes: un modelo en el que los procesos educativos y de atención médica son la misma cosa, no están diferenciados y tienen normas éticas en común (modelo artesanal) y un modelo en el que la educación y la atención médica están separadas, y a cada una corresponde una aplicación diferente de la ética. Esto es, la ética clínica está claramente separada de la ética docente-asistencial (52).

En 1964, antes de que iniciara el Movimiento Médico, había una propuesta universitaria para que en las unidades médicas que recibieran estudiantes de medicina se privilegiara, priorizara y fortaleciera la educación. El proceso educativo en todo momento debería estar bajo la batuta universitaria. En palabra del Dr. Ignacio Chávez (59), en ese momento rector de la Universidad Nacional: “La Facultad se propone ahora hacerse cargo de los cursos de especialización que doten al país de los especialistas necesarios, bajo el control científico de ella”. El Movimiento Médico y su desenlace impidieron este propósito.

Ahora, desde el enfoque de derechos humanos, es momento de retomar la propuesta. La presencia y participación activa de las instituciones educativas, como garantes del derecho a la educación, en los procesos educativos dentro de las instituciones de salud es obligado. Está claro que, si las universidades no asumen su responsabilidad constitucional de proteger y garantizar el derecho a la educación, las instituciones de salud no podrán hacer lo propio con el derecho a la atención médica.

Es indiscutible que el modelo de educación médica actual en las unidades médicas de México es, ética y pedagógicamente, obsoleto; violenta los derechos humanos y genera enfermedad y muerte. De acuerdo con la legislación nacional e internacional sobre derechos humanos el cambio es obligado.

## Agradecimientos:

La versión inicial del presente trabajo fue revisada y comentada por Luis Felipe Abreu-Hernández, Marcela González de Cossío Ortiz, Félix Arturo Leyva González y Ricardo Páez Moreno. A todos ellos nuestro agradecimiento por sus valiosos comentarios y sugerencias. De manera cierta, el escrito final es responsabilidad única de los autores.

## Referencias

1. Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg H. Health Human Rights. *Health hum. rights.* 1994; 1(1):7-23. <https://doi.org/10.2307/4065260>
2. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación General Número 15 Sobre el derecho a la protección de la salud. 2018. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Recomendacion-General-15.pdf>
3. Vázquez F, Saiz-Calderón M. Derecho a la educación médica y la ética docente-asistencial. *UVserva.* 2022; (13):22-30. <https://doi.org/10.25009/uvs.vi13.2856>
4. 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, en las unidades de atención médica. 2017-2018. 2019 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uv.mx/obeme/files/2019/08/Informe-Educacion-Medica-Derechos-Humanos.pdf>
5. Secretaría de Salud. Datos abiertos: recursos [Internet]. DGIS; 2022 [citado 20 de febrero de 2023]. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/bases-dedatos/da\\_recursos\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/bases-dedatos/da_recursos_gobmx.html)
6. Vázquez F. La teoría de la evolución educativa y la formación de médicos especialistas. *Inv Ed Med.* 2016; 5(18):121-127. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572016000200121](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572016000200121)
7. Shalaby R, Oluwasina F, Eboime E, El Gindi H, Agyapong B. Burnout among Residents: Prevalence and Predictors of Depersonalization, Emotional Exhaustion and Professional Unfulfillment among Resident Doctors in Canada. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(4):3677. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043677>
8. Zhang H, Cui N, Chen D, Zou P, Shao J. Social support, anxiety symptoms, and depression symptoms among residents in standardized residency training programs: the mediating effects of emotional exhaustion. *BMC Psychiatry.* 2021; 21(1):460. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03381-1>

9. Olivares SL, Gómez JF, Flores CM, Castañeda A, Turrubiates M. Me preparo para prevenir la violencia y el acoso en estudiantes de medicina en México. *Investigación educ. médica*. 2021; 10(40):86-96. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572021000400086](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572021000400086)
10. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. *Diario Oficial de la Federación*. 2013. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0)
11. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, 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. *Diario Oficial de la Federación*. 2022. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5655487&fecha=17/06/2022#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5655487&fecha=17/06/2022#gsc.tab=0)
12. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal del Trabajo. *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/index.htm>
13. Gobierno de México. Acciones para mejorar las condiciones de las y los médicos en formación. 2022 [citado 15 de febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/771594/CPM\\_Salud\\_RRHH\\_en\\_formaci\\_n\\_25oct22.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/771594/CPM_Salud_RRHH_en_formaci_n_25oct22.pdf)
14. Acosta-Fernández M, Aguilera-Velasco MA, Pozos-Radillo BE, Torres-López TM, Parra L. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Inv Ed Med*. 2017; 6(23):169-179. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572017000300169](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000300169)
15. Frenk J, Hernández Llamas H, Álvarez Klein L. Análisis histórico del internado rotatorio de pregrado en México. *Gac. méd. Méx*. 1983; 119(2):87-96. <https://www.yumpu.com/es/document/view/18232167/el-internado-en-mexico-paho-who>
16. Mazón JJ, Delgado A, Sánchez G, Serret G. El Servicio social Médico. Universidad Nacional Autónoma de México. (s/f). Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos\\_pdf/EI%20Servicio%20Social%20Medico.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/EI%20Servicio%20Social%20Medico.pdf)
17. Rivera HH. Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2007; 70 (1):43-46. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=12487>
18. Gasca H. Crónica de la Facultad de Medicina (1950-1971). Tomo I. México: UNAM, Facultad de Medicina; 1997.
19. Pozas R. La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965. México: Siglo XXI; 1993.
20. Soto G. Médicos, hospitales y servicios de inteligencia: el movimiento médico mexicano de 1964-1965 a través de reportes de inteligencia. *Salud Colectiva [Internet]*. 2011; 7(1):87-97 [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652011000100007](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100007)
21. Páez R. Abordaje bioético de: "la educación médica desde el enfoque de la salud basado en derechos humanos". *Inv Ed Med*. [Internet]. 2020; 9(36):96-102. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572020000400096](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572020000400096)

22. Sosenski S. Niños y jóvenes aprendices. Representaciones en la literatura mexicana del siglo XIX. *Estud. hist. mod. contemp. Mex.* 2003; 26(26):45-79. <https://moderna.historicas.unam.mx/index.php/ehm/article/view/3084>
23. Chávez-Rivera A, Ramos-Lira L, Abreu-Hernández LF. Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gac Med Mex.* 2016; 152(6):796-811 [citado 9 de julio de 2023]. Disponible en: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n6/GMM\\_152\\_2016\\_6\\_796-811.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n6/GMM_152_2016_6_796-811.pdf)
24. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Educación Médica y Derechos Humanos. Evaluación del goce de los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana, en las unidades médicas. 2019-2020. 2021 [citado 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uv.mx/obeme/files/2019/05/3er-informe-Obeme.pdf>
25. Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. Evaluación del respeto a los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana, en las unidades de atención médica (2018-2019). 2020 [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uv.mx/obeme/files/2019/05/02-segundo-informe-educacion-medica-y-derechos-humanos.pdf>
26. Montes-Villaseñor E, García-González J, Blázquez-Morales MS. Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *CienciaUAT.* 2018; 12(2):54-66. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-78582018000100054&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100054&lng=es)
27. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. Recomendación número: 3/2015, expediente: 8943/2013-C, Quejoso: de oficio a favor de Médicos residentes adscritos a las Instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud. 2015. Disponible en: <https://www.cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/15/3-2015.pdf>
28. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. Recomendación: 14/2022, expediente: 3055/2020, Peticionarios: V1 Y V2. 2022. Disponible en: [https://www.cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/2022/RECOMENDACION\\_14-2022.pdf](https://www.cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/2022/RECOMENDACION_14-2022.pdf)
29. Derive S, Casas ML, Obrador GT, Villa AR, Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Inv Ed Med.* 2018; 7(26):35-44. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572018000200035](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572018000200035)
30. Letras Libres. El maltrato en las residencias médicas no es normal. [Internet]. *Ciencia y tecnología ficción.* 2021 [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://letraslibres.com/ciencia-y-tecnologia/el-maltrato-en-las-residencias-medicas-no-es-normal/>
31. Ortiz-León S, Jaimes-Medrano AL, Tafuya-Ramos SA. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir.* 2014; 82(3):290-301. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50619>
32. Reboiras F. 2020. Condiciones de formación en las residencias médicas: el maltrato como práctica educativa legitimada. Tesis de Maestría. Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina; 2020.
33. Derive S. Análisis de las raíces profundas del maltrato en los residentes de especialidades médicas. Tesis de Doctorado. Ciudad de México: Universidad Panamericana. 2022.

34. Fnais N, Soobiah C, Chen MH. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med.* 2014; 89(5):817-27. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000200>
35. Abate LE, Greenberg L. Incivility in medical education: a scoping review. *BMC Med Educ* 2023; 23(24). <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-022-03988-2>
36. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la violencia. [Internet]. OPS [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
37. Dejours C. Trabajo y violencia. Madrid: Modus Laborandi; 2009.
38. Castro R, Villanueva M. Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estud sociol.* 2018; 36(108):539- 569. <https://estudios-sociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/1648>
39. Byung-Chul Han. La sociedad del cansancio. Editor digital: turolero. Aporte original: Spleen. ePub base r1.2, 2010.
40. Dejours C. Trabajo y sufrimiento. Cuando la injusticia se hace banal. Madrid: Modus Laborandi; 2009.
41. Rojas R. Residente del IMSS se queda dormido al finalizar su guardia y causa aparatoso accidente automovilístico. *Saludario* [internet] [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.saludario.com/residente-del-imss-accidente-automovilistico/?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=sendy?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=sendy](https://www.saludario.com/residente-del-imss-accidente-automovilistico/?utm_source=newsletter&utm_medium=sendy?utm_source=newsletter&utm_medium=sendy)
42. Barger LK, Weaver MD, Sillivan JS. Impact of work schedules of senior resident physicians on patient and resident physician safety: nationwide, prospective cohort study. *BMJ Medicine* 2023; 2:e000320. <https://bmjmedicine.bmj.com/content/2/1/e000320>
43. Consejo 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. *Bol Mex His Fil Med.* 2008; 11(1):16-20.
44. Villanueva M. Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Rev. interdiscip. estud. género.* 2019; 5(1):1-35. <https://doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>
45. Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
46. Bedoya D, García M. Efectos del miedo en los trabajadores y la organización. *Estudios Gerenciales.* 2016; 32(138):60-70. <https://www.elsevier.es/es-revista-estudios-gerenciales-354-articulo-efectos-del-miedo-trabajadores-organizacion-S0123592315000613>
47. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. CNDH. Recomendaciones. 2022 [citado 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/tipo/1/recomendacion>
48. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación No. 028/1997. Caso de la señora AMP, por la deficiente atención médica que recibió en el Hospital General "Dr. Miguel Silva", en Morelia, Michoacán. 1997. Disponible en: [https://www.uv.mx/obeme/files/2017/08/Rec\\_1997\\_028.pdf](https://www.uv.mx/obeme/files/2017/08/Rec_1997_028.pdf)

49. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación no. 4 /2023. Sobre el caso de violaciones a los Derechos Humanos a la protección de La salud y a la vida de v, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de qv, VI1 Y VI2, por personal médico del hospital Juárez de México, en la ciudad de México. 2023. Disponible en: [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-02/REC\\_2023\\_004.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2023-02/REC_2023_004.pdf)
50. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Recomendación General No. 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. 2017. Disponible en: [https://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/30105/RecGral\\_031.pdf](https://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/30105/RecGral_031.pdf)
51. Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre la educación médica. Adoptada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006 y revisada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, octubre 2017 [Internet]. AMM [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-educacion-medica/>
52. Vázquez F. Ética docente-asistencial. *Medicina y Ética*. 2022; 33(2):441-472. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.04>
53. Martín-Abreu L. El Hospital General de México. Francisco Méndez Oteo y nuestros autores en la medicina mexicana del siglo xx. México: Méndez Edit.; 2001.
54. Jagsi R, Lehmann L. The ethics of medical education. *BMJ*. 2004; 329(7461):332-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7461.332>
55. Vázquez F. Problemas éticos de la educación médica en las instituciones de salud de México. 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>
56. Macintyre, A. *Tras la virtud*. Barcelona. Crítica, 1987.
57. Girela-López E. Ética en la educación médica. *FEM*. 2013; 16(4):191-195.
58. Pérez R. Ética Médica. En: González J, coordinadora. *Perspectivas de bioética*. México: FCE, UNAM, FFyL, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2008.
59. Nuevo Reglamento de la División de Estudios Superiores de Medicina. *Gaceta de la Universidad*. (XI)48, 21 de diciembre de 1964 [citado 21 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.acervo.gaceta.unam.mx/index.php/gum60/article/view/4215/4214?21>

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

