

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Doctorado en Bioética

Estudios Incorporados a la SEP RVOE 20190919

Centro Interdisciplinario de Bioética

Facultad de Ciencias de la Salud

**“Análisis de las raíces profundas del maltrato en los residentes de especialidades
médicas”**

Tesis Profesional

que presenta:

Stéphanie Jacqueline Suzanne Marie Derive

Para obtener el título de:

Doctora en Bioética

Director de Tesis:

Dr. Evandro Agazzi, Ph.D.

Ciudad de México

Octubre, 2022

Tabla de contenidos

Prefacio	8
Dedicatoria	10
Agradecimientos	11
Resumen	12
Introducción	13
Capítulo Primero: Los Ritos de Paso y de Iniciación	26
Definiciones	26
Estudio de los Ritos	27
Ritos de Paso y de Iniciación en las Sociedades Primitivas	28
Ritos de Iniciación en las Sociedades Modernas	30
Similitudes entre Ritos de Iniciación y Maltratos en la Residencia	32
Capítulo Segundo: Las Novatadas	36
Historia de las Novatadas	37
Antigüedad	37
Edad Media	41
Siglos XIX, XX y Situación Actual de las Novatadas	44
Panorama Actual de las Novatadas en General.	44
Especificidad de las Novatadas en la Formación Médica.	50
Similitudes	52
Violencia Interpersonal Física, Psicológica y Sexual.	52
La Relación de Poder.	52
La Prueba de Acceso.	53
Las Consecuencias para la Víctima.	54

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS	4
El Círculo Vicioso de la Violencia.	54
La Minimización de la Gravedad, la Normalización y la Aceptación.	55
La Ley del Silencio.	55
La Condena Social.	55
Diferencias	56
El Objetivo Principal.	56
La Función de Rito de Iniciación.	56
El Tiempo y la Duración.	57
Fenómeno Individual versus Fenómeno Grupal.	57
Las Causas de Muerte.	58
Medidas para Evitar las Novatadas y los Maltratos	59
Novatadas	59
Maltratos en Residentes	61
Esfuerzos para Reducir el Maltrato en Residentes: Algunos Ejemplos de Acciones en el Mundo.	61
Esfuerzos desde la Educación Médica para Reducir los Maltratos en México.	67
Esfuerzos desde el Derecho para Reducir los Maltratos en México.	68
Análisis de las Diferencias entre las Normas Oficiales Mexicana 2012, 2018 y 2022 para la Organización y el Funcionamiento de las Residencias Médicas.	73
Iniciativas Recientes para Reducir los Maltratos en la Educación Médica en México.	86
Capítulo Tercero: El Maltrato en la Residencia desde la Perspectiva Sociológica de la Violencia Simbólica.	87
Capítulo Cuarto: Algunos Análisis Psicológicos de la Base del Maltrato	95

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Análisis Psicológico de los Maltratos desde la Perspectiva de la Disonancia	
Cognitiva de Festinger	95
Análisis de los Motivos Psicológicos por los que las Víctimas se vuelven Victimarios	99
Capítulo Quinto: Las Consecuencias Objetivas del Maltrato	105
Los trastornos mentales	105
La Ansiedad	106
La Depresión	107
El Burnout	108
La Muerte	109
Los Aspectos Educativos y Sociales	112
Capítulo Sexto: Los Derechos Humanos y La Dignidad del Médico	113
Derechos Humanos de los Residentes	114
Deberes de los Residentes	120
Derechos Humanos de los Pacientes	122
Dignidad del Médico	123
¿Qué es la Dignidad Humana?	123
¿Existe Alguna Situación Especial que Hace Distinta la Dignidad del Médico de la de Otras Personas?	124
¿Cuáles Son las Consecuencias de los Maltratos en Residentes Sobre la Dignidad del Médico?	125
Capítulo Séptimo: Las Razones para una Condena Moral del Maltrato y Necesidad de Recuperar la Confianza en el Médico	128

Capítulo Octavo: ¿Qué Hacer en la Práctica? Una Propuesta desde la Perspectiva

Educativa	134
Aportaciones del Estudio de las Causas de los Maltratos a la Propuesta	135
Propuesta de Acciones desde la Universidad	137
Pregrado	138
El Desarrollo de las Habilidades Blandas.	138
La Formación de los Valores.	142
Los Programas de Salud Mental.	146
La Ceremonia de la Bata Blanca.	147
Posgrado	152
La Creación de una Comisión de Mediación e Investigación.	152
Las Políticas Anti-maltratos.	153
La Atención de las Víctimas y de los Agresores.	155
La Calidad de la Educación en la Especialidad.	156
La Importancia de la Formación en Bioética Durante la Especialidad.	158
La Valorización de la Labor Docente en el Hospital.	160
El Desarrollo del Residente como Educador, Reconocimiento y Valorización de la Labor Docente del Residente.	162
La Importancia del Profesor y el Residente como Modelo de Rol en la Formación de Especialidad.	164
Propuesta de Acciones desde los Hospitales	167
La Colaboración con la Universidad en la Implementación de los Programas Anti-maltratos	167
Los Programas de Salud Mental en los Posgrados	168
Los Ritos y Tradiciones Propias del Hospital	168

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Propuesta de Acciones desde las Agrupaciones y los Organismos Acreditadores	
Universitarios y Hospitalarios	171
La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	171
El Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A.C.	172
Los Criterios para Poder Ser Sedes o Subsede de Residencias Médicas	173
Otras Propuestas	173
Conclusiones	174
Referencias	177
Apéndices	195

Prefacio

A lo largo de mis estudios de medicina, tanto en Francia como en México, fui testigo de las grandes dificultades a las que se confrontan los estudiantes en las distintas etapas de su formación, así como de las consecuencias, de los daños y secuelas con las que tienen que vivir, por situaciones ajenas a los retos intelectuales propios del estudio de una disciplina complicada o a los retos emocionales del contacto con el sufrimiento de los pacientes. Durante mis estudios, no tuve la capacidad crítica de detectar claramente lo que rebasaba los límites de lo aceptable, y aunque algunas cosas no me parecían correctas, formaban parte de la “tradicción” de lo que nos esperábamos tener que vivir con cierta resignación y algo de miedo, pero que parecía inevitable, como un mal necesario para llegar a nuestro objetivo. Es mucho más tarde cuando, como docente, pude observar desde una posición más alejada y más crítica como estudiantes brillantes, con capacidades intelectuales y humanas destacadas, veían su proyecto de ser especialistas obstaculizado y en ocasiones truncado por los tratos que recibían en el hospital. Alumnos felices y con vocación de servicio al enfermo, que al poco tiempo de egresar de la licenciatura y de entrar a la residencia, padecían de depresión, ansiedad, *burnout*, al punto de no encontrar sentido a la medicina, de perder su vocación o hasta perder el entusiasmo por la vida misma. En ese momento, escuchando sus testimonios y viendo el sufrimiento en sus ojos, me di realmente cuenta de que algo estamos haciendo mal en la educación médica para llegar a este punto. Empecé a recordar muchos detalles que aislados, podrían haber parecido insignificantes: “Nos gritó”, “Se burló de su cuerpo en el quirófano y le dio una nalgada”, “Me humilló delante del paciente porque no recordaba las interacciones medicamentosas”; y otras cosas mucho menos insignificantes: “El cirujano le fracturó el pie a mi compañera en el quirófano de un golpe con su tacón”, “Me pegó con unas pinzas durante la cirugía, se rompió mi guante y sangré”, “No lo dejaron salir del hospital por

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

un mes porque estaba con guardias de castigo todos los días y entregaba su ropa sucia a su madre a través de las rejas del hospital”, “Le pidieron entregar tres artículos a las dos de la mañana porque la guardia era tranquila y había que asegurarse que el R1 nunca descansara en las guardias”, “De castigo lo mandaron a hacer tacto rectal a todos los cadáveres de la morgue del hospital”, “Le prohibieron el acceso al baño durante toda la residencia y tuvo 4 pielonefritis en un año”, “Como reanimó por desconocimiento de su caso, a una paciente RCP 3, la mandaron a desconectarla”, “Nos condicionaron la entrega de calificación a que paguemos un desayuno a todos los médicos del servicio”, “Les exigieron sus primeros sueldos de la residencia a los R1 para comprar una pantalla plana a los residentes superiores que dejaban la residencia”, “Este compañero se suicidó”, y así la lista se hizo larga, muy larga. Después de identificar que todo esto no es correcto y no debería suceder, la primera pregunta fue: ¿Por qué no se habla del tema? ¿Qué tanto sucede? Entonces decidí tratar de clasificar y medir el problema con una encuesta a los residentes. Después de mucha resistencia por parte de autoridades, hospitales y los mismos residentes, se logró obtener algunas respuestas que confirmaron lo que otros ya habían medido en otros países, es decir que son prácticas sumamente comunes, con consecuencias devastadoras y de las cuales no se habla. Ante esta evidencia, la siguiente pregunta fue: ¿Por qué? ¿Qué significa todo esto? ¿Por qué el que lo sufrió, lo repite con los demás? ¿Cómo podemos poner un alto a este círculo vicioso? ¿Qué podemos hacer desde la educación médica para participar en la solución y ofrecer a nuestros estudiantes un ambiente más favorable al desarrollo de su máximo potencial para que atiendan con calidad a tantos pacientes que se merecen la mejor atención posible? De estas inquietudes nació este trabajo que pretende ser una pequeña parte del inicio de un cambio que aspira a ser trascendental para los estudios médicos.

Dedicatoria

A todos los residentes que han sufrido maltratos, para que se convenzan de que un cambio es posible.

A todos los residentes que participan activamente o pasivamente en este engranaje perverso, para que se atrevan a tener una mirada crítica y a participar en el cambio.

A las autoridades universitarias y hospitalarias, a las autoridades de la Secretaría de Salud para que abran los ojos y afrenten con valor los retos del cambio.

A mi esposo René, mis hijas Lorraine, Nicole y Juliette, por su paciencia y comprensión ante las largas horas de ausencia mía para permitir el desarrollo de este proyecto.

Agradecimientos

Agradezco al Dr. Leonardo Ruiz por su apoyo en las traducciones de los textos del latín al español.

Agradezco a la Dra. María Teresa Moreno y Suárez por las conversaciones que tuvimos en torno al tema a lo largo de sus años de estudio y que fueron relevantes para descubrir, entender y motivarme en el estudio de los maltratos en residentes.

Agradezco al Dr. Gregorio Obrador por haberme enseñado que el centro de la educación médica es el estudiante y que nada nos obliga a hacer las cosas como siempre se han hecho si existe una mejor manera de hacerlas. Sin duda, su visión de la educación médica permea en muchos capítulos de esta tesis.

Finalmente, agradezco al Dr. Evandro Agazzi por su guía, por su paciencia y su sabiduría en cada uno de los temas que discutimos y que permitió que este trabajo tuviera un rumbo claro desde sus comienzos.

Resumen

Los maltratos durante los estudios de medicina, y especialmente durante la especialidad, parecen ser un fenómeno presente desde tiempos muy remotos y en todas las regiones del mundo, independientemente de las culturas, los sistemas de salud o de educación. La explicación para esta observación es que existen causas profundamente ancladas en la antropología, la sociología y la psicología humana que han mantenido estas conductas que son claramente condenables desde el punto de vista ético. El descubrir y entenderlas, permite proponer nuevos abordajes para atender un viejo problema.

Introducción

Este trabajo se relaciona con una tesis de maestría elaborada por la autora sobre el fenómeno del maltrato en los residentes, realizado a través de una encuesta en el Estado de México y cuyos resultados se han publicado en la Revista de Investigación en Educación Médica de la Universidad Nacional Autónoma de México, en mayo del 2018 (Derive et al., 2018).

Después de haber tratado de hacer una medición cuantitativa del fenómeno y de haber comprobado la alta prevalencia de los maltratos en residentes, en el presente estudio de investigación se pretende indagar en las causas del maltrato desde varias perspectivas para intentar mejorar la comprensión de un fenómeno humano complejo y de ese modo contar con mayores elementos para proponer soluciones al mismo.

Los maltratos durante los estudios de medicina no se limitan exclusivamente a la residencia, sino que inician en el pregrado (Reyes et al., 2019), incluyendo el Internado, sin embargo, este trabajo se enfoca a la etapa de especialidad porque se trata del momento en el que el estudiante los vive con más intensidad debido a que todas sus actividades formativas y asistenciales se llevan a cabo en el mismo lugar, con las mismas personas y por largas horas. Como se explicará más adelante, las residencias tienen aspectos muy específicos que las distinguen del pregrado y que implican por lo tanto soluciones distintas a las que se pueden implementar en pregrado, pero reconocemos que el problema de estudio no inicia con la residencia y que parte de las soluciones que se propondrán deberán trabajarse desde etapas anteriores a la residencia.

La palabra “maltratar” tiene raíces etimológicas latinas cuyos componentes léxicos son *male* (mal, malamente), *tratare* (tratar). El “maltrato” se define como la acción y el efecto

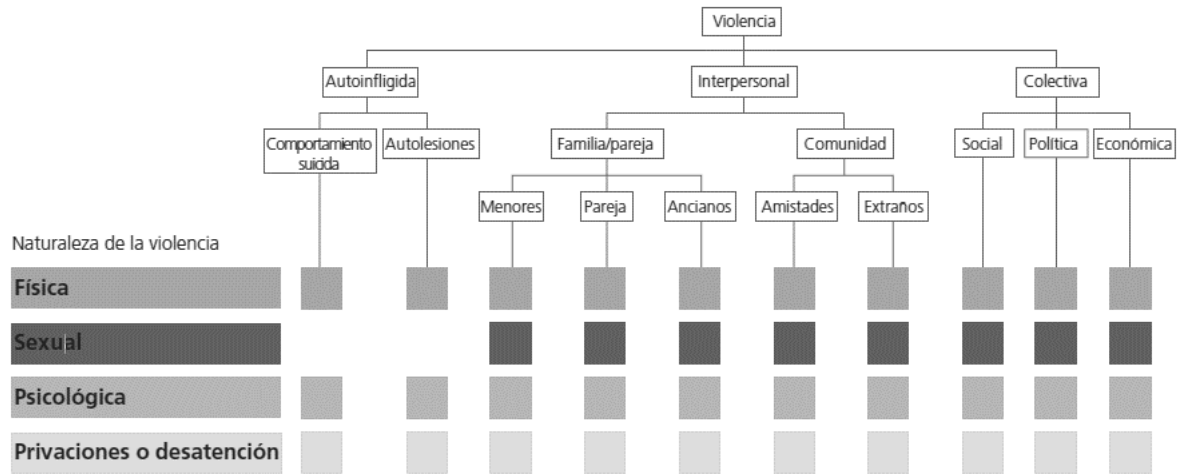
LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

de maltratar y “maltratar” como tratar con crueldad, dureza y desconsideración a una persona o a un animal, o no darle los cuidados que necesita (Real Academia de la Lengua, 2019).

Habitualmente se utiliza para hablar de maltrato infantil, maltrato a personas mayores, maltrato a mujeres en el marco de la violencia intrafamiliar y maltrato animal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica al maltrato dentro de la violencia interpersonal y lo considera como un factor de riesgo para la salud (OMS, 2014). La misma organización define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002). Dicha definición incluye tanto la violencia interpersonal como el suicidio o los conflictos armados. Abarca también un amplio abanico de actos que rebasan el acto físico para incluir amenazas e intimidaciones. Entre las consecuencias, además de la muerte o lesiones físicas, esta definición incluye daños psicológicos, privaciones y alteraciones del desarrollo que afectan el bienestar de las personas, las familias y las comunidades. Adicionalmente clasifica la violencia en tres diferentes categorías: violencia dirigida contra uno mismo que incluye comportamientos suicidas y autolesiones, violencia interpersonal que a su vez se divide en violencia intrafamiliar o de pareja (incluye violencia hacia menores, pareja y ancianos) y violencia comunitaria (incluye violencia hacia amistades o extraños) y finalmente la violencia colectiva que puede ser social, política o económica. La Figura 1 representa la clasificación de la violencia según la Organización Mundial de la Salud, la cual contempla, además de las divisiones antes descritas, la naturaleza de la violencia que puede ser física, sexual, psicológica y privación o desatención pudiendo incluir el abandono.

Figura 1

Clasificación de la violencia (OMS, 2002)



Nota: Adaptado de “Informe mundial sobre la violencia y la salud”, Organización Mundial de la Salud, 2002

El primer tipo de violencia (auto infligida) y el tercer tipo de violencia (colectiva) no son motivos de este estudio. A continuación, nos enfocaremos en la violencia interpersonal.

Dentro de la violencia interpersonal, la violencia intrafamiliar o de pareja se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales y suele suceder en el hogar. En cambio, la violencia comunitaria se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no, generalmente sucede fuera del hogar (OMS, 2002). El maltrato se ubica como lo mencionamos anteriormente en la categoría de violencia interpersonal.

¿En la violencia en general, qué peculiaridad tienen los maltratos? Si bien los maltratos responden plenamente a la definición de violencia, una particularidad de los maltratos es que son ejercidos por personas con una relación de cuidado o de educación del agresor hacia la víctima. Así es el caso del maltrato infantil en el que suele ser el actor principal el padre, la madre o algún otro miembro de la familia que sea figura de autoridad

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

para el niño y que tenga la responsabilidad de su cuidado y educación. De la misma manera, pasa con maltrato en la pareja en la que la relación debería basarse en un cuidado y apoyo mutuo o en el maltrato hacia los ancianos cuyos perpetradores suelen ser los cuidadores o la familia. Se podría incluir en esta dinámica también al maltrato animal. A continuación, analizaremos la situación específica de la violencia en las residencias médicas para tratar de definir si se puede considerar como maltrato.

Para empezar, se presentará un breve resumen del marco general en el que se desarrollan las residencias médicas en México, etapa formativa en la que un médico general titulado realiza estudios de especialidad médica o quirúrgica. La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), que depende de la Secretaría de Salud, coordina todo lo relativo a las residencias médicas velando por la seguridad de los pacientes y por la calidad de la atención en salud de la población (NOM-EM-001-SSA3-2022, 2022). La Norma Oficial Mexicana para la organización y el funcionamiento de las residencias médicas es el instrumento legal de su implementación y estipula que las Universidades dan el aval a los programas académicos teóricos y prácticos y ratifican a los médicos propuestos por el hospital como profesores para la aplicación de dicho programa. El hospital es la sede en la que se llevan a cabo los programas de residencia que incluyen clases teóricas, atención a pacientes bajo supervisión e investigación y tienen un objetivo formativo para el residente. Adicionalmente, los residentes participan en algunas actividades administrativas del hospital.

Los hospitales que reciben estudiantes de medicina y/o residentes cuentan con una dirección, jefatura o coordinación de enseñanza que es el departamento encargado de la implementación de los programas de los diferentes cursos y de su evaluación. Está en contacto con las Universidades que dan el aval a los cursos. En las residencias médicas existe una jerarquía entre los residentes que se clasifican en función del año de especialidad en el

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

que se encuentran. En el lenguaje hospitalario se conocen como R1, R2, R3 o R+ (“erre” más) y R- (“erre” menos) cuando hablan de la relación jerárquica entre ellos. Los residentes de años más avanzados tienen funciones de enseñanza y supervisión de actividades clínicas y administrativas sobre los residentes de años menos avanzados, culminando la pirámide jerárquica de los residentes en el jefe de residentes. La elección del jefe de residentes varía de un hospital a otro y no está regulado a nivel federal. Por lo general, es un residente que completó su formación de especialidad o subespecialidad de manera destacada y que es propuesto por los residentes de su especialidad a la Jefatura o Dirección de Enseñanza del hospital y ratificado por la Dirección General del Hospital para realizar un año adicional, estando a cargo de la coordinación de todos los residentes de su especialidad (Instituto Nacional de Pediatría, 2018).

Este contexto general permite entender que un residente tiene varias personas responsables de su formación dentro del hospital, en el programa académica y en la supervisión de las actividades clínicas, yendo de jerarquía menor a mayor, podríamos describirlos como: los residentes de años superiores, el jefe de residentes, el médico adscrito al servicio, el médico asignado por el hospital y por la universidad como profesor del curso de especialidad, el jefe del servicio, el jefe de enseñanza y el coordinador de posgrado de la Universidad que da el aval a la residencia como se presenta en la Figura 2. Por lo tanto, el residente se encuentra inmerso en un mundo donde intervienen numerosos actores en su formación hospitalaria, muchos de los cuales se encuentran involucrados en los fenómenos violentos que les afectan. En efecto, se ha reportado en diferentes estudios (Baldwin et al., 1991; Mejía et al., 2005; Sepúlveda-Vildósola et al., 2017; Derive et al., 2018), que los principales responsables de infligir los maltratos son los residentes de mayor jerarquía, los médicos adscritos y los médicos profesores de los cursos. La Figura 3 muestra las personas que participan de las violencias contra los residentes en el ámbito hospitalario. Al existir la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

responsabilidad de cuidado y de formación por parte de todos estos actores hacia el residente, podemos considerar que, en base a los planteamientos previos sobre la clasificación de la violencia, la violencia que viven los residentes en su formación es un maltrato: se desarrolla entre personas, por lo tanto es interpersonal, dichas personas por lo general no son emparentadas, por lo tanto es violencia interpersonal de comunidad y finalmente, tampoco se llevan a cabo entre amistades, sino entre personas con una relación de autoridad para la formación y la educación, por lo tanto es un maltrato entre extraños con relación educativa.

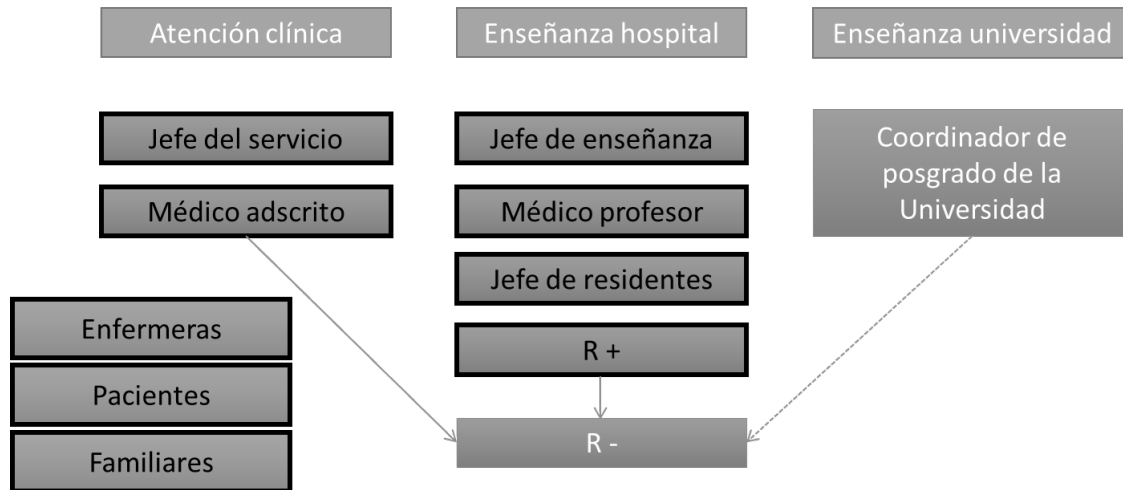
Figura 2

Personas involucradas en la formación de un residente.



Figura 3

Personas involucradas en la violencia en contra de los residentes



Nota: Los responsables de la violencia contra los residentes están enmarcados en negro

Tomando en cuenta esta clasificación, la violencia de la que son víctimas los residentes por parte de los pacientes o familiares de pacientes, la cual se da en mucho menor medida (Derive et al., 2018), no se podría clasificar como maltrato al no existir entre los involucrados una relación de cuidado o educación del agresor hacia la víctima.

Si analizamos ahora la naturaleza de esos maltratos, la OMS distingue los maltratos psicológicos, físicos, sexuales y privaciones o desatención. Todas estas categorías se han descrito entre los maltratos sufridos por los residentes, aunque en distintas magnitudes y, además, se han incluido algunas categorías adicionales que son específicas de las residencias. En el siguiente apartado, se presentan y describen de manera conceptual los principales tipos de maltratos en residencias médicas.

En una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina, realizada en 118 artículos publicados sobre el tema entre 1980 y 2016, Chávez-Rivera et al., (2016)

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

categoriza los siguientes tipos de maltrato: verbal, psicológico, académico, físico, sexual y racial.

Para definir el maltrato verbal, Chávez-Rivera et al. hacen referencia a dos grupos de autores: Silver y Glicken (1990) y Sheehan et al. (1990). Para Silver y Glicken, el maltrato verbal consiste en agresiones verbales que conllevan insultos, crueldad, humillación o afirmaciones injustas, con el propósito de ofender. En cambio, Sheehan et al. lo describen como una comunicación a base de gritos cargados con antipatía, rudeza y hostilidad, menosprecios, humillaciones, maldiciones y ofensas.

El maltrato psicológico es definido por Cook et al. (1996), como la conducta que hace que la gente se sienta herida, devaluada o incompetente. Sheehan et al. (1990), da ejemplos de esta conducta refiriendo que se trata de asignar tareas como castigo, amenazar con calificación baja, tomar el crédito del trabajo de otros, quitar privilegios, competir de manera desleal, entre otros.

El maltrato académico es un concepto más exclusivo del ámbito educativo y en especial aplica muy bien al de la residencia médica. Silver y Glicken (1990) lo describen como la asignación de una carga de trabajo académica o clínica excesiva o inapropiada, como serían las guardias de castigo o la extensión de horarios de trabajo y calificaciones injustas. La aportación de Nagata-Kobayashi et al. en términos de maltrato es interesante ya que lo relaciona en el ámbito académico con la negación al estudiante a poder examinar pacientes, a participar en prácticas o en asistir a conferencias o reuniones académicas.

El maltrato físico para Cook et al. (1996) se refiere al que produce aquella persona que se conduce en forma insolente, golpeando y dando empujones a otras personas, llevando a conductas que atentan contra la integridad física de los implicados. Incluye exposición voluntaria a riesgos médicos deliberados, empujones, arrojar objetos, bofetadas, quemaduras

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

con electrocauterio, golpes o lesiones con el instrumental quirúrgico o médico, jalones de cabello, patadas, mordidas, entre otros y daño a objetos personales (Chávez-Rivera et al., 2016).

El maltrato sexual también abarca un amplio espectro de conductas, entre las cuales Silver y Glicker (1990) incluyen las pretensiones, el acoso, los avances físicos, los comentarios sexistas. También hace referencia según otros autores a la petición de favores sexuales a cambio de calificaciones. Baldwin et al. (1991) añaden el favoritismo por sexo, el mostrar material pornográfico o los chismes mal intencionados y Cook et al. (1996), los cumplidos sobre el cuerpo, sugerencias sobre la forma de vestirse y las proposiciones explícitas.

El maltrato racial se podría considerar como un tipo de discriminación por motivos de pertenencia de un estudiante a cierta raza o etnia. Este tipo de maltratos podría extenderse a otras formas de discriminación que se basan en dar un trato desfavorable a una persona por alguna característica personal específica como su condición socio-económica, su religión o sus creencias, su orientación sexual, su género o su condición de salud.

La clasificación de los tipos de maltrato obtenida del estudio de Chávez-Rivera et al. (2016) y antes descrita da un panorama general bastante amplio y claro de los maltratos de los que son víctimas los residentes en su formación. Faltaría añadir un tipo de maltrato enfocado a la privación de las necesidades básicas de toda persona como privación de sueño o descanso, de alimentos o de acceso a un baño, el cual también se podría incluir dentro del maltrato físico y psicológico (Derive et al., 2018). Esta categoría coincide con la cuarta naturaleza de maltrato de la OMS (2002) en la clasificación de la violencia.

Los maltratos enlistados previamente se pueden dividir a su vez en cuatro grupos: los maltratos que se definen por el *medio* a través del cual se maltrata como el verbal, el físico o

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

el sexual; maltratos que se definen por el *efecto* sobre la persona maltratada como el psicológico; maltratos que se definen por el *motivo* que precipita el maltrato como en el caso de la discriminación; maltratos mixtos que a la vez se relacionan con el *medio* y el *efecto* del maltrato como el maltrato por privación o el académico que se ejerce sobre la enseñanza y tiene como efecto afectar significativamente el aprendizaje. Las diferentes categorías de maltratos se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

Categorías de maltratos

Agrupación de clasificación	Tipo de maltrato
Medio a través del cual se ejerce el maltrato	Maltrato verbal, físico, sexual
Efecto del maltrato sobre la víctima	Maltrato psicológico
Motivo que precipita el maltrato	Discriminación por algún rasgo personal
Mixto: medio y efecto del maltrato	Privaciones, maltrato académico

Otros aspectos de los maltratos que son relevantes y vale la pena desarrollar a continuación son la intencionalidad y la relación de poder, ambos conceptos están presentes en la definición de la violencia como “uso *deliberado* de la fuerza física o del *poder*”. El perpetrador del maltrato, por lo tanto, lo hace de manera intencional, deliberada, sabiendo que producirá un daño al otro y encontrándose en una posición de superioridad en la relación de poder. Esta superioridad se da dentro de la relación profesor-estudiante, residente de mayor jerarquía-residente de menor jerarquía, médico adscrito al servicio-residente.

Cuando nos enfocamos a los efectos de los maltratos que vimos que permiten de cierta manera distinguirlos, es importante darnos cuenta que dichos efectos ponen en el centro

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

del tema a la víctima y el mismo medio de maltrato puede tener efectos distintos en personas diferentes por sus características personales como sus condiciones de salud física y mental o por su historia personal. Probablemente entre el medio y el efecto del maltrato sea razonable darle mayor importancia al efecto y por lo tanto a la percepción de la víctima. Por razones obvias, la percepción de la víctima es subjetiva y explica la complejidad de conocer con certeza qué es y qué no es maltrato. Una comunicación con gritos puede parecer normal y no ofensiva a cierta persona, de cierta cultura o historia personal y al contrario puede ser percibida como una agresión por parte de otra persona con referencias personales distintas. Este punto es comúnmente sometido a debate entre académicos al momento de discutir temas de maltratos hacia los residentes en los hospitales.

Ahora bien, después de haber definido, clasificado y descrito el maltrato en las residencias médicas en esta parte de la introducción, nos interesaremos a una de sus características llamativas que es su amplia difusión y su tolerancia.

La extensión del fenómeno y algunos aspectos negativos de indudable gravedad presentes y tolerados en él, han estimulado a la autora de este trabajo a evaluar su difusión a escala nacional e internacional. Una amplia revisión bibliográfica ha permitido determinar que este fenómeno está muy extendido a escala mundial en países de culturas, sistemas políticos, educativos y de salud distintos de todos los continentes (Heather y Meleha, 2016). Cabe mencionar en especial que se ha descrito en Europa: Irlanda (Cheema et al., 2005), Francia (Auslender, 2017), Reino-Unido (Quine, 2002); América del Norte: Estados Unidos de América (Baldwin et al. 1991; Komaromy et al., 1993; McNamara et al., 1995), Canadá (Cook et al., 1996); América Latina (Mejía et al., 2005; Bastías et al., 2011; Ortiz-León et al., 2014; Chávez-Rivera et al., 2016; Derive et al., 2018); Asia: Japón (Nagata-Kobayashi et al., 2009), India (Bairy et al., 2007), Pakistán (Imran et al., 2010), Arabia Saudí (Fnais et al., 2014); Oceanía: Australia (Nabi et al., 2013), Nueva Zelanda (Scott et al., 2008); África:

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Nigeria (Ogunsemi et al. 2010), entre otros. Parecen ser una constante universal en el entorno hospitalario en el que se desarrollan los estudios de especialización médica o quirúrgica.

El tipo de maltratos predominante en cada región puede variar, por ejemplo, es común la discriminación racial entre los residentes de Estados Unidos de América o el maltrato por presionar a los residentes a ingerir alcohol en contra de su voluntad o en cantidades desmedidas en Japón. Sin embargo, todos los estudios realizados comparten la característica de un predominio de maltratos psicológicos, especialmente en forma de humillaciones y parecen ser predominantemente infligidos por pares de mayor jerarquía (Heather y Meleha, 2016; Derive et al., 2018) y por médicos responsables de enseñanza y de los servicios. En total, aproximadamente el 80% de los maltratos en residentes proviene de personal hospitalario: residentes de años superiores, médicos adscritos, jefes de servicio, personal de enfermería, otro personal del hospital, mucho antes que de pacientes y familiares de pacientes (Derive et al., 2018).

Las principales consecuencias de los maltratos en los residentes son educativas (abandono de residencia o renuncia a vocación médica), psicológicas (*burnout* o síndrome de desgaste o agotamiento, ansiedad, depresión, consumo de alcohol) y psicosociales (deterioro en relaciones familiares, personales y sociales, agresividad, enojo, frustración, afectación de la escala de valores). Nos encontramos frente a un maltrato que se ejerce principalmente mediante presiones psicológicas y cuyos efectos se dan primordialmente en la salud mental.

Los maltratos afectan directamente a los residentes en sus derechos, pero también interfieren con el correcto desarrollo de sus actividades de aprendizaje y asistenciales. El “desperdicio” educativo debido a los maltratos implica tanto aspectos económicos como humanos y tiene un impacto significativo en la sociedad y la calidad de los servicios de salud. A nivel asistencial, los residentes reconocen que, al ser víctimas de maltratos, a su vez dan un

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

trato de menor calidad a sus pacientes que se encuentran de por sí en situación de vulnerabilidad debido a sus problemas de salud (Derive et al., 2018).

Al buscar intervenciones para reducir los maltratos, se encuentran varias medidas de prevención que han sido implementadas como códigos de conducta, reducción de la carga horaria, sanciones económicas y administrativas a los responsables, sin embargo, hasta ahora los resultados han sido pobres y los maltratos permanecen (Li et al., 2010; Fried et al., 2012).

La determinación de esta generalidad, que también indica una tolerancia generalizada hacia estas prácticas, sugirió la oportunidad de investigar preliminarmente si este fenómeno es la manifestación particular de una tendencia general presente en las sociedades humanas, es decir, es un ejemplo de ese complejo fenómeno de ritos de acceso y paso que ocurren muy a menudo cuando un individuo solicita ser admitido en algún grupo o círculo selecto dentro de una comunidad específica. En este caso, estos ritos tendrían la tarea de probar un complejo de cualidades físicas, psíquicas, temperamentales y morales de un individuo particular que, después de pasar ciertas pruebas, puede considerarse digno de ser aceptado en el grupo y posiblemente de ocupar grados ascendentes de autoridad y poder dentro de ese grupo.

Como consecuencia de esta hipótesis, el primer capítulo de esta tesis se dedica al problema de los ritos de paso y de iniciación. Posteriormente, en el segundo capítulo se aborda el problema de las novatadas desde el punto de vista histórico, así como de su situación actual. En el tercer capítulo, se hace una revisión de los maltratos desde la perspectiva sociológica de la violencia simbólica para luego, en el capítulo cuarto, hacer un análisis psicológico de la base del maltrato. En el quinto capítulo, se describen las consecuencias objetivas del maltrato y en el sexto, se presenta cómo se ven afectados por los maltratos, los derechos humanos y la dignidad del médico. El séptimo capítulo expone las razones para una condena moral del maltrato y la necesidad de recuperar la confianza en el

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

médico. El octavo y último capítulo está dedicado a presentar un intento de solución al maltrato en residentes en la práctica a través de una propuesta educativa.

Capítulo Primero: Los Ritos de Paso y de Iniciación

Definiciones

La palabra rito tiene por raíz etimológica el latín «*ritus*» que hace referencia a costumbre, ceremonia u orden establecido en relación a lo sagrado (Real Academia Española, 2019). Émile Durkheim, filósofo francés que estableció la sociología como una disciplina académica y es considerado como el padre de esta disciplina, describió los ritos como el paso de lo profano a lo sagrado y consideraba que los ritos tienen como objetivo vincular el presente al pasado y el individuo a la comunidad (Segalen, 2005, pp. 16-17), siendo eficaz solamente porque llena fisuras sociales (Vidal, 2008).

Para Segalen (2005), «el rito o ritual es un conjunto de actos formalizados, expresivos, portadores de una dimensión simbólica» (p.30). El rito tiene una dimensión espacio-temporal propia, utiliza objetos, sistemas de comportamientos, lenguaje específico y signos emblemáticos con un sentido codificado que pertenece a un grupo (Segalen, 2005). En esta definición de rito, destaca que existen elementos materiales del rito y que tiene un sentido compartido por un grupo que explica su eficacia social. Se puede decir que «los ritos siempre deben considerarse como un conjunto de conductas individuales o colectivas relativamente codificadas, con un soporte corporal (verbal, gestual, de postura), de carácter repetitivo, con fuerte carga simbólica para los actores y testigos.» (Segalen, 2005, p.31). Un elemento adicional interesante aportado por esta autora es que el rito es aprendido con transmisión de generación en generación en los grupos donde se produce.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Entre los principales ritos, se encuentran los ritos de paso y los de iniciación, ambos refuerzan vínculos sociales y acompañan al hombre en todas las sociedades, de la cuna a la tumba.

Los ritos de paso son eventos ceremoniales que marcan el paso de un estatus social a otro, de un lugar a otro, de una edad a otra o de un estado a otro (Cauquelin, 2010). Están relacionados a momentos biológicos, piedras angulares de la vida como la madurez, la reproducción o la muerte.

Los ritos de iniciación permiten el ingreso a grupos de personas que comparten un interés especial. Estos ritos están generalmente enfocados a formar personas fuera de lo común. Por esta razón en todas las sociedades que practican estos ritos, infligen sufrimiento al cuerpo de manera a imprimir en el cuerpo una memoria duradera del evento. La gente adhiere más fuertemente a una institución cuanto más han sido dolorosos los ritos de iniciación que les fueron impuestos para ingresar a dicha institución (Cauquelin, 2010).

La diferencia entre los ritos de paso y los ritos de iniciación es que los ritos de paso marcan una etapa del desarrollo de las personas y los ritos de iniciación marcan la entrada a un grupo, la aceptación e integración del individuo en un grupo social. Según la antropóloga Cros (1996), los ritos de paso abarcan todos los individuos del mismo sexo de manera indistinta, en cambio los ritos de iniciación los selecciona. Este concepto es muy relevante en el contexto de las residencias médicas como lo veremos más adelante.

Estudio de los Ritos

Los ritos fueron estudiados inicialmente por los primeros etnólogos y folkloristas, estudiosos de las tradiciones de los pueblos, con un enfoque especial en las prácticas de pueblos primitivos con los que los exploradores habían tenido contacto y que consideraban muy distintos a sus sociedades desarrolladas en el siglo XIX. Entre ellos, se encuentran el

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

inglés Edward Tyler y el escocés James Frazer quienes hicieron el inventario y la descripción detallada de los rituales de esos pueblos, buscando mecanismos lógicos en ellos y dándoles interpretaciones mágicas y cósmicas. El francés Arnold Van Gennep (1873-1957), de origen holandés por su padre y alemán por su madre pero que desarrolló su vida académica en Francia, fue un folklorista y antropólogo que hizo importantes aportaciones en relación a la clasificación y descripción de los ritos de paso, los cuales comentaremos más adelante.

Ritos de Paso y de Iniciación en las Sociedades Primitivas

En la sistematización del estudio de los ritos, Arnold Van Gennep describe aspectos comunes a todos los ritos de paso que llevan una secuencia muy específica de tres etapas: la separación, la transición (o margen) y la agregación. Van Gennep (1909) aporta nuevos conceptos en torno a estas etapas y establece un nuevo lenguaje, describiéndolo de la siguiente manera. “Por lo tanto propongo nombrar *ritos preliminares* los ritos de separación del mundo anterior, *ritos liminares* los ritos llevados a cabo durante el estado de margen, y *ritos postliminares* los ritos de agregación al mundo nuevo”¹ (p.27). El orden de cada etapa es muy relevante, no se puede llegar a la agregación sin haber pasado antes por la separación y el margen. Un ejemplo de estas tres etapas sería el paso de la infancia a la edad adulta pasando por la transición que representa la adolescencia. Los ritos preliminares son los que suceden en distintas sociedades en torno a la separación de las actividades propias de la infancia, como lo pueden ser ciertos juegos, para incorporarse al estado de margen propio de la adolescencia y luego a través de pruebas o ceremonias específicas de los ritos postliminares, ser aceptado en el mundo adulto. Otro ejemplo sería el paso del estado de

¹ “Je propose en conséquence de nommer *rites préliminaires* les rites de séparation du monde antérieur, *rites liminaires* les rites exécutés pendant le stade de marge, et *rites postliminaires* les rites d’agrégation au monde nouveau”.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

soltero al de casado, pasando por el noviazgo que representa una etapa intermedia entre dos estados sociales muy distintos.

Si Van Gennep se limitó a describir los ritos, Max Gluckman (1911-1975), antropólogo sudafricano quien fue el primer antropólogo social de la Universidad de Manchester, buscaba más bien una consideración funcional de los ritos de paso. En 1962, Gluckman (citado por Journet, 2001) expresaba “Los ritos de paso, como todos los demás ritos, tienen como vocación el resolver conflictos o por lo menos tensiones inherentes a toda organización social fundada por grupos familiares o de estatuto”. La función que otorga Gluckman a los ritos de paso es muy relevante, por no decir necesaria, a nivel familiar y social.

Alumno de Gluckman, Víctor Turner (1920-1983) también mostró interés en buscar la función de los ritos de paso. Estudió los ritos de paso de las tribus Ndembu de Congo en los que la fase central, la liminal, es muy llamativa. Simula la muerte y se caracteriza por la humillación del futuro jefe de la tribu quien es desnudado, insultado, amenazado y maltratado por el pueblo, a manera de recordarle que él no es dueño del poder, sino que lo obtiene porque el pueblo se lo confiere.

En la misma tribu, los novicios, en los ritos de iniciación en torno a la circuncisión pasan también por pruebas muy duras. Primero, en la fase de segregación, son privados de sus nombres, enviados a la selva solos y luego tratados como esclavos en la fase de margen, antes de ser aceptados en su comunidad. Otro concepto interesante de Turner es el de “*Communitas versus Structure*”. Turner considera que uno de los objetivos de los ritos de iniciación es la formación de “*Communitas*”, es decir una comunidad homogénea, igualitaria y fundada sobre fuertes vínculos interpersonales. Lo contrasta con las “sociedades” que son estructuras rígidas en las que existen diferencias y desigualdad entre sus miembros (Journet,

2001). En este contexto, el rito de paso permite crear vínculos de pertenencia y adhesión a la comunidad.

Pierre Bourdieu (1930-2002), sociólogo francés contemporáneo, considera que una de las funciones importantes de los ritos de paso es separar los que lo pasaron, no solamente de los que no lo pasaron sino de los que no lo pasarán nunca y propone sustituir el concepto de rito de paso por el de rito de «legitimación», de «consagración» o de «institución» (Segalen, 2005). El concepto general detrás de todos estos términos se puede entender como la aceptación plena a un grupo o a una comunidad.

La intención de voltear a ver los ritos primitivos es tratar de entender cómo han persistido y cómo se han modificado en las sociedades modernas. Como lo menciona Bourdieu (1998, p.14), cuando justifica su estudio de la sociedad androcéntrica de Cabilia sobre la relación de poder entre los géneros, para entender lo que sucede en las sociedades occidentales modernas “Esta vuelta por una tradición exótica es indispensable para romper la relación de familiaridad engañosa que nos une a nuestra tradición propia.”²

Ritos de Iniciación en las Sociedades Modernas

Si bien los primeros sociólogos se dedicaron al estudio, la sistematización y el entendimiento de la función de los ritos en sociedades primitivas, el interés por estos fenómenos humanos se ha mantenido y trasladado a las sociedades contemporáneas. Martine Segalen, socióloga francesa contemporánea, desarrolló de manera muy completa el tema en su libro de 1998: “*Rites et Rituels Contemporains*”, traducido al español en 2005 (Segalen, 2005). En dicha obra, la autora describe múltiples actividades humanas contemporáneas cargadas de un sentido ritual en diferentes ámbitos de la vida diaria. Algunos perduraron en el

² “*Ce détour par une tradition exotique est indispensable pour briser la relation de familiarité trompeuse qui nous unit à notre propre tradition*”

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

tiempo, sufriendo ciertas transformaciones o adaptaciones como los ritos asociados al nacimiento, el bautismo, el matrimonio o los funerales. Un ejemplo de la transformación de los ritos podría ser la innovación del “vino de honor” en el ritual de las bodas en Francia que, en los años 1970 sustituyó la ronda de los bares del pueblo que sucedía a la salida de la iglesia (Segalen, 2005, pp. 146-147). Tradicionalmente, los asistentes a la misa que no estaban invitados al banquete, participaban de esa ronda. Al cerrar progresivamente e irreversiblemente los bares de los pueblos con la migración de la población de las zonas rurales a las urbanas, este rito se transformó de tal manera que los padres de la novia ofrecen el vino de honor para demostrar y fortalecer los vínculos sociales que tienen en su comunidad. Los participantes al vino de honor se retiran cuando termina y la boda sigue con el banquete compartido con los invitados más cercanos.

De igual manera, Segalen describe numerosos ritos de las sociedades tradicionales en ámbitos no relacionados con el trabajo como son las actividades colectivas de esparcimiento como la cacería que resalta los valores del honor, simboliza el poder social afirmando el derecho sobre un territorio y está lleno de signos y simbolismos cuyo sentido es compartido por los miembros del equipo de cacería, en un lenguaje específico (Segalen, 2005, pp. 76-82). Un ejemplo similar es el de la pasión por las corridas de toros. En el mundo deportivo también se encuentran ciertos ritos como en la afición por el fútbol (las canchas son objeto de culto, el público está colocado en función de los diferentes grupos sociales como en una ceremonia religiosa, los torneos siguen una calendarización regular y cíclica, se festejan los goles de una manera muy específica, el trofeo suele ser una copa que es elevada en signo de victoria y que llenan de vino con similitudes con la eucaristía en los ritos católicos) (Segalen, 2005, pp. 83-87). La autora afirma que:

Los rituales contemporáneos, algunos de los cuales están viviendo una expansión notable [...], tienen algunas características que los convierten en acontecimientos de

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

su época. Sin vectores de nuevas formas de identidad, ya sean identidades locales, rurales o urbanas, o incluso reivindicativas. [...]. No existen rituales “nuevos”, únicamente rituales “contemporáneos”, porque la base de referencias simbólicas en las que beben es infinita, y también porque siempre suponen una estructura con un principio y un final (Segalen, 2005, pp-169-170).

Un aspecto importante para nuestro tema de estudio es que además de estos ejemplos de ritos y rituales contemporáneos, se consideran a las novatadas como un rito de iniciación. Segalen (2005, pp. 67-74) establece un paralelismo entre las ceremonias de iniciación de los jóvenes de África occidental para el paso a la edad adulta y las novatadas. Este punto se desarrollará más adelante en el capítulo segundo.

Similitudes entre Ritos de Iniciación y Maltratos en la Residencia

En el contexto de los estudios de medicina y en especial de las residencias médicas, es conveniente explicar con mayor detalle el proceso por el cual pasa un médico de ser médico general a ser médico especialista. Tomaremos el ejemplo de México que comparte muchos aspectos con la mayoría de los sistemas de educación médica de occidente. Para ser médico especialista, el estudiante cursa inicialmente estudios de licenciatura de médico-cirujano con duración de entre 6 y 7 años y medio según los planes de estudio. El ingreso a la licenciatura de medicina es altamente competitivo y la eficiencia terminal promedia en el país, es decir el porcentaje de alumnos que logran la titulación en tiempo con respecto al número de estudiantes que ingresan al programa es del 40% (Campillo-Labrandero et al., 2019). Al concluir el Servicio Social, los estudiantes se gradúan y obtienen el título de médico general. A partir de este momento, pueden incorporarse al Sistema Nacional de Salud o continuar su formación con estudios de posgrados de Maestría o Doctorado, o bien de Especialidad Médica o Médico-quirúrgica. Los que desean realizar estudios de Especialidad deben concursar por una plaza de residencia en la especialidad de su elección a través del Examen

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), organizado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS) que pertenece a la Dirección de Educación en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud Federal (Ramiro-H. et al., 2017). Una vez obtenida una plaza por medio del ENARM, los aspirantes a residencias compiten por las plazas hospitalarias en las instituciones de salud de su elección, lo cual representa un proceso selectivo adicional. En el estudio de Ramiro-H et al. (2017) que contempla los resultados en el ENARM de todas las Escuelas y Facultades de Medicina públicas y privadas de México en el periodo 2001-2016, se reporta una tasa promedio de éxito en el examen, medido en porcentaje de aceptados, del 25%, con un desempeño mejor en escuelas públicas (24.9%) que en las privadas (23.6%). Estos resultados nos permiten deducir que el 75% de los médicos que desean ser especialistas no lo logran. A la luz de los ritos, podríamos considerar el examen del ENARM como un rito de separación en el que se separan a los médicos que podrán tener oportunidad de formarse como especialistas de los que nunca lo serán. El terminar exitosamente la residencia y obtener el diploma de especialista se puede considerar como un equivalente a un rito de paso o de incorporación al gremio de los médicos especialistas. A pesar de la gran necesidad de médicos generales en México para el Sistema Nacional de Salud que estén bien preparados y bien distribuidos en el territorio nacional, existe una valoración social, profesional y económica mayor de los especialistas que de los médicos generales. Podríamos decir que, a través de la especialización, el médico pasa de lo profano a lo sagrado, en referencia a los estudios de Émile Durkheim sobre el papel de los ritos (Vidal, 2008). Se amplía este punto a continuación.

El antropólogo social inglés Edmund Leach en su libro “Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos” (Leach, 1989), dedica su capítulo decimosexto a los

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

ritos de paso, viéndolos como “movimientos a través de los límites sociales” (Leach, 1989, p. 107) marcados por la temporalidad y estructurados en tres fases para lograr separar a la persona de su rol inicial: 1) separación, 2) marginación, 3) incorporación.

La fase de separación consiste en apartar a la persona de la existencia normal, volviéndola una persona anormal en un tiempo anormal. La fase consecutiva es la de marginación en la que existe un alejamiento físico de la gente ordinaria, recluyéndose temporalmente en un espacio cerrado, sin acceso a las personas corrientes. Es un intervalo de intemporalidad social que puede durar instantes o meses. Durante este aislamiento, el iniciado está sometido a reglas especiales y estrictas de alimentación, vestimenta y movimiento, así como pruebas. Suele quitarse su ropa original y utilizar otra. En la tercera fase, el iniciado se reincorpora a la sociedad normal con un nuevo rol. Se abandona la ropa especial que se usó durante el estado marginal (pudiendo caer en formalismo exagerado) y se suprimen las restricciones alimentarias.

A la luz de este análisis, se puede transferir estas tres etapas a la situación de los residentes. La separación se realiza mediante el ENARM que se puede considerar como el rito de separación de los médicos generales que nunca serán especialistas, de los futuros especialistas. La marginación corresponde a la etapa de formación en la residencia en la que el residente vive en el hospital, con horarios tan amplios que está apartado del resto de la sociedad. Disminuye significativamente o corta sus relaciones familiares y sociales por la entrega a sus tareas asistenciales y académicas, utiliza el “uniforme” blanco del hospital que es específico de los médicos en formación de especialidad y los identifica claramente en el hospital, su alimentación es controlada por sus superiores, siendo la limitación del acceso a los alimentos una práctica muy común en las residencias (Derive et al., 2018) y sus movimientos son restringidos y controlados por sus superiores en especial con castigos en forma de guardias y sobrecarga de trabajo (Derive et al., 2018). Finalmente, la tercera fase se

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

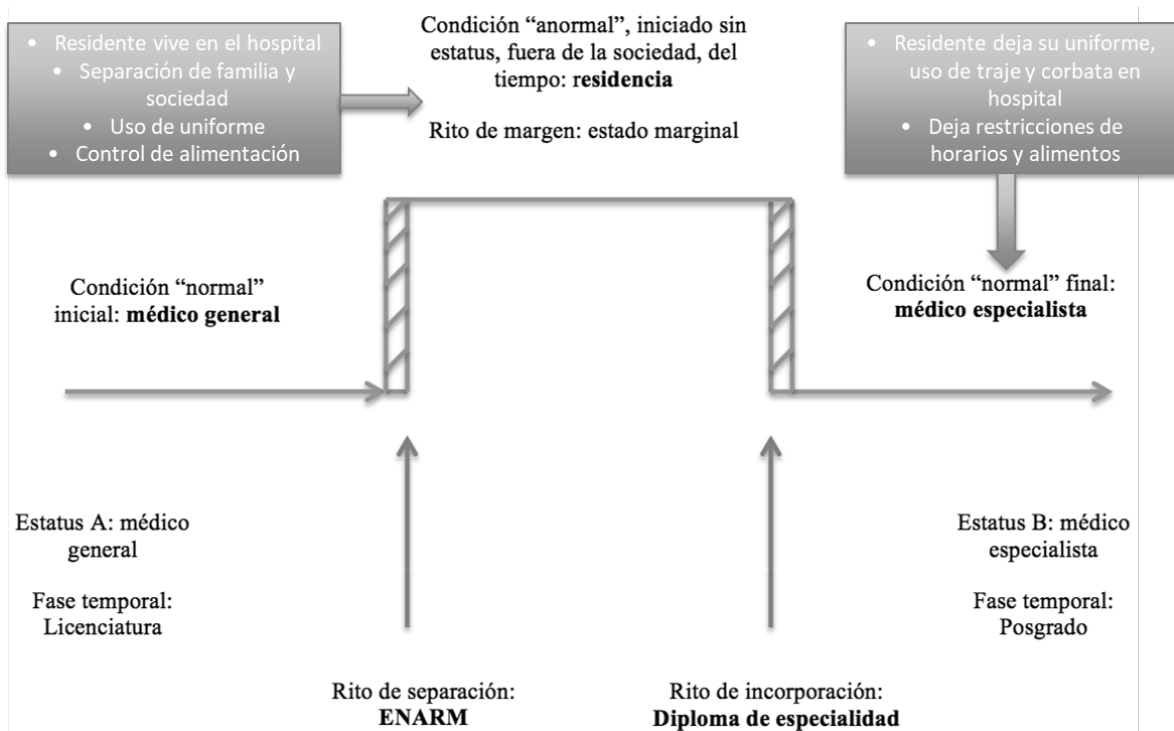
concreta al momento de la incorporación al gremio de especialistas al concluir los estudios de especialidad y obtener el diploma correspondiente. El residente deja su ropa blanca de uniforme para utilizar ropa formal (a veces con exceso de formalidad: pantalón de vestir, camisa blanca y corbata) y bata blanca. A partir de este momento deja de estar sometido a restricciones impuestas por terceros superiores para su alimentación y la disposición de su tiempo fuera de sus horarios de trabajo.

En la Figura 4, se realiza una adaptación del esquema de las tres fases propuesto por Leach (1989), apegado a la situación de la formación médica de especialidad en México.

Este análisis evidencia ciertas similitudes entre los maltratos a los que son sometidos los residentes y los ritos en el ámbito médico de especialidad.

Figura 4

Esquema general de tres fases rituales que marcan el paso de médico general a especialista.



LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Otro aspecto de similitudes es que ambos (maltratos y ritos) son conductas aprendidas de generación en generación dentro del equipo hospitalario y se realizan por considerarse como una “tradición”. Se genera un círculo vicioso en el que la víctima se vuelve victimario aún si no pasa en todos los casos, se hace de manera prácticamente sistemática.

La comparación realizada no permite considerar el maltrato en los residentes exclusivamente como una forma particular de los ritos de iniciación, a pesar de algunos aspectos que indican una cierta similitud. En el siguiente capítulo, estudiaremos si los maltratos son una forma de novatada en los estudios de medicina.

Capítulo Segundo: Las Novatadas

Un esfuerzo adicional para tratar de comprender las razones de la tolerancia generalizada que se encuentra en las residencias con respecto a estas prácticas abusivas consiste en ver si pueden caer en esa categoría "lúdica" muy extendida en varios tipos de instituciones sociales, que consiste en burlarse de los nuevos llegados, sometiéndolos - como una forma de broma o burla pesada - a comportamientos forzados capaces de despertar la risa divertida de los espectadores. No es casualidad que estas prácticas en las que los estudiantes mayores someten a estudiantes de recién ingreso a bromas pesadas se llamaban *ludi matriculares*. La tolerancia hacia estos "juegos" se justificaba básicamente por el hecho de que tuvieran que limitarse a un período inicial muy corto del año académico.

Según la definición del Colegio de México (2020), las novatadas son bromas, generalmente pesadas o degradantes, que hacen los estudiantes, los compañeros de equipo, los soldados o los trabajadores a quienes comienzan a formar parte de un grupo. En el contexto educativo, suelen estar acompañadas de humillaciones y ser ejercidas sobre los recién llegados y por los estudiantes de años superiores.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Para los autores italianos Bersani, Nesci y Pozzi (1980), “las novatadas son ritos de iniciación mediante los cuales los recién llegados a una organización son acosados y humillados como una prueba de preparación para ser aceptados por el grupo.” (citado por Aizpún y García-Mina, 2013, p.21).

Después de estas definiciones, profundizaremos en aspectos históricos y actuales de las novatadas con el objetivo de entenderlas y evidenciar tanto similitudes como diferencias con los maltratos en las residencias.

Historia de las Novatadas

Antigüedad

Las novatadas parecen haber nacido junto con las primeras universidades en la Antigüedad y han persistido hasta nuestros días. En 387 a.C., Platón fundó en Atenas la Academia (en griego *Hekademeia*), escuela de filosofía en donde se desarrollaron y enseñaron las matemáticas, la medicina, la retórica y la astronomía. El alumno más famoso de este importante centro de estudios de la antigüedad griega fue Aristóteles, quien más adelante fundó su propio centro de enseñanza conocido como el *Liceo*. Platón criticaba duramente las acciones de los jóvenes hacia los recién llegados comparando su salvajismo al de bestias feroces. Varios textos de esta época describen lo que sucedía en los caminos que llevaban a Atenas y en donde los estudiantes esperaban a los novatos para sorprenderlos en el camino y lastimarlos (Nuwer, 1999).

Las novatadas permanecieron presentes a pesar de las condenaciones de muchos académicos, a lo largo de los siglos. Prueba de ello es lo que San Agustín de Hipona (354-430 d.C.) relata en sus Confesiones en el libro III, capítulo 3, 6. Se trata de algunas experiencias personales durante sus estudios de gramática y retórica en Cartago, ciudad portuaria de la costa sur del mar mediterráneo fundada por los fenicios (actual Túnez), entre

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

las que se incluye una firme condena de los “eversores”, quienes sometían los “ignorantes” a humillaciones y burlas durante las novatadas.³

¡Tanta es la ceguera de los hombres, que hasta de su misma ceguera se glorían! Y ya había llegado a ser “el mayor” de la escuela de retórica y gozábame de ello soberbiamente y me hinchaban de orgullo. Con todo, tú sabes, Señor, que era mucho más pacato que los demás y totalmente ajeno a las calaveradas de los eversores - nombre siniestro y diabólico que ha logrado convertirse en distintivo de urbanidad -, y entre los cuales vivía con impudente pudor por no ser uno de tantos. Es verdad que andaba con ellos y me gozaba a veces con sus amistades, pero siempre aborrecí sus hechos, esto es, las calaveradas con que impudentemente sorprendían y ridiculizaban la candidez de los novatos⁴, sin otro fin que el de tener el gusto de burlarles y apacentar a costa ajena sus malévolas alegrías (Antuñano, 1965, pp.49-50).

Llama la atención que San Agustín, quien se encuentra en la quinta década de su vida al momento de escribir las Confesiones, mucho tiempo después de haberlo vivido, tenga un recuerdo tan negativo y traumático de los tratos dados a los novatos. Nada indica en el texto que él haya sido víctima de los mismos, sin embargo, el simple recuerdo de sus compañeros

³ “*Tanta est caecitas hominum de caecitate etiam glorientium. et maior iam eram in schola rhetoris et gaudebam superbe et tumebam typho, quamquam longe sedatior, domine, tu scis, et remotus omnino ab eversionibus, quas faciebant eversores -- hoc enim nomen saevum et diabolicum velut insigne urbanitatis est -- inter quos vivebam pudore inpudenti, quia talis non eram: et cum eis eran et amicitiiis eorum delectabar aliquando, a quorum semper factis abhorrebam, hoc est ab eversionibus, quibus proterve insectabantur ignotorum verecundiam, quam proturbarent gratis inludendo atque inde pascendo malevolas laetitias suas.*”

⁴ Algunos traductores expertos traducen la palabra “*ignotorum*” como “novatos” otros como “forasteros”, otros como “ignorantes”. En los centros educativos de esta época que concentraban estudiantes de diversas regiones, es probable que coincida que los nuevos llegados “novatos” fueran a la vez “forasteros” et “ignorantes”, porque aún no instruidos. En el contexto de las *eversiones* es razonable pensar que hace referencia a los novatos.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

“eversores” ejerciendo esas “calaveradas” y produciéndoles “malévolas alegrías”, lo llama a condenarlo muy firmemente al mismo tiempo que se defiende de haber participado en ellas.

La palabra “eversores” que define a los que maltratan a los novatos, es traducida por “enemigos”, San Posidio, quien fue amigo de San Agustín durante 40 años y escribió su biografía en el libro: *Vita S. Agustini* (VSA), la utiliza para denominar a los bárbaros. Parece que, en forma más o menos violenta, existieron estas prácticas en todos los grandes centros de enseñanza de la época. San Gregorio Nacianceno, en la *Oración fúnebre de San Basilio* describe las novatadas impuestas en Atenas.

Tenían los estudiantes -dice- asediados los caminos, las riberas, las montañas, los puertos, las ciudades mismas. Por todas partes tenían gente en correspondencia con ellos, y conforme a los avisos que recibían tomaban las medidas más convenientes, a fin de que los que se trasladaban a Atenas a estudiar cayesen en sus manos y no se les pudiesen escapar. Cuando caía uno, le asían de grado o por fuerza, le volvían de todas partes, le ridiculizaban, le denostaban, le bastoneaban, le desconcertaban, le subyugaban y le obligaban a tomar parte con ellos. Después de esto les conducían a los baños entre las filas de los estudiantes, de dos en dos, por la plaza pública. A la puerta del baño, se daban grandes gritos, rechiflas y se hacían horribles contorsiones. El candidato entraba solo en los baños, recibía las oblacones iniciantes y volvía del mismo modo al gimnasio... Este espectáculo espantaba a los extranjeros y daba que reír a los atenienses, siendo insoportable al recién venido, que no hallaba en él nada de gusto sino el placer de verse libre de ellos (Antuñano, 1965, p.49).

Los maltratos infligidos a los novatos llegaron a tal grado que el emperador Justiniano I (483-565 d.C.) tomó medidas contra las novatadas en Constantinopla y Beirut. Justiniano I era en ese entonces emperador del imperio romano de oriente y gobernó 53 años después de

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

la muerte de San Agustín. Justiniano I emprendió reformas legislativas, así como la revisión y compilación uniforme en latín de todo el derecho romano existente, en la obra “*Corpus Iuris Civilis*” y que todavía es la base del derecho civil de muchos estados modernos. Dicho libro está compuesto por el *Codex Iustinianus*, el *Digesto*, las *Institutas* y las *Novellae*. En el *Digesto*, dedica una parte importante a la prohibición de las novatadas en Constantinopla y Beirut, escuelas que se involucraron directamente en las reformas legislativas a través de sus juristas.

Prohibimos también, con penas muy severas, a los que estudian en nuestra ciudad de Constantinopla o en la de Beirut, de abandonarse a juegos bajos e indignos, que sólo convienen a esclavos y que siempre terminan perjudicando a alguien; y de cometer ningún otro delito en contra de sus profesores o de sus compañeros de estudio, sobre todo, los que son todavía novatos en el estudio de las leyes. ¿Podemos realmente llamar juegos, lo que se vuelve fuente de crímenes? No toleraremos de ninguna manera este tipo de libertinaje y queremos establecer un buen orden en los estudios, tanto para el presente como para la posteridad. Necesitamos ante todo formar su espíritu y buscar a continuación que se vuelva hábil en las ciencias. ⁵ Traducido del francés de (Hulot, H., 1803)

⁵ « *Nous défendons aussi, sous des peines très sévères, à ceux qui étudient dans notre ville de Constantinople ou dans celle de Béryte, de se livrer à ces jeux bas et indignes, qui ne conviennent qu'à des esclaves, et qui finissent toujours par nuire à quelqu'un ; et de commettre aucun autre délit contre leurs professeurs et contre leurs compagnons d'étude, surtout ceux qui sont encore novices dans l'étude des lois. Peut-on en effet appeler des jeux, ce qui devient la source de plusieurs crimes? Nous ne souffrirons en aucune façon, ces sortes de licences, et nous voulons établir le bon ordre dans les études, et pour le temps présent et pour la postérité. Il faut avant tout former son esprit, et chercher ensuite à se rendre habile dans les sciences* » trad. personal

Edad Media

Durante la Edad Media en Francia, se utiliza el término de “*béjaunes*” para nombrar a los novatos. Dicho término proviene de las palabras francesas “*becs jaunes*” (picos amarillos), utilizados en halconería para hablar de los pequeños halcones que nacían con una membrana amarilla que cubría su pico y que, a su joven edad, carecían de experiencia. Eran inútiles para la cacería hasta que crecieran, perdieran la membrana amarilla y aprendieran lo suficiente para realizar su función. Por analogía se usaba este término para los novatos y en literatura se utilizaba para definir un joven tonto e inexperto. El diccionario francés de la Edad Media (*Dictionnaire du Moyen Français (1330-1500)*) menciona que el “*béjaune*” era un joven simplón como el pájaro que sale de su nido, tonto e ignorante. Se utilizaba en la locución: “pagar su *béjaune*” equivalente a “pagar su bienvenida”. Dicha expresión se refería a una tradición que se implementó en París en la Edad Media cuando un tesorero de la “*Basoché*”, equivalente a la asociación de procuradores del Parlamento de París, ingresaba a la asociación. Los que ya pertenecían a la asociación, le hacían pagar al nuevo llegado un banquete con abundancia de alcohol a todos los demás miembros. Al terminar este festejo, la “*Basoché*” entregaba al recién llegado la carta que indicaba el inicio de su trabajo en la asociación y su pertenencia a la misma (Atilf, 2015). Retomaremos más adelante el tema del consumo de alcohol en las novatadas contemporáneas. Durante la Edad Media, no sólo se presentaron ese tipo de tratos para el ingreso a un grupo profesional selecto, sino que también sucedían en el ámbito universitario.

Con el crecimiento de las Universidades en Europa, los centros de aprendizaje empezaron a ser reconocidos y el conocimiento se volvió sinónimo de poder (Nuwer, 1999, p 94). En parte para evitar el ingreso de charlatanes a las universidades y en parte para subir los estándares académicos, se empezaron a implementar cuotas económicas y para ganarse el derecho a ingresar a las clases, se tenía que demostrar el dominio del latín, la capacidad de

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

memorizar textos largos de libros y de pasar exámenes. Además, el aspirante debía pasar por un periodo de entrenamiento que podía durar varios años y en el cual debía vivir en la pobreza y pasar numerosas pruebas. El novato debía someterse a tratos indignos impuestos por estudiantes más experimentados antes de ser juzgado digno de ingresar a la Universidad. Conforme los estudiantes de mayor nivel establecieron las novatadas como una rutina, estas prácticas empezaron a ritualizarse. Los estudiantes que iban de una universidad a otra llevaban con ellos sus costumbres y de esta manera, se extendieron las novatadas a toda Europa. Debido a las consecuencias de la extensión de estas prácticas, principalmente bajas o cambio de universidad de los nuevos estudiantes, veintiséis hombres de la Universidad de Aviñón en Francia, crearon en 1441, el primer grupo anti-novatada llamado Fraternidad de San Sebastián. Eligieron el nombre de este Santo porque fue el primer mártir cristiano, perseguido por su fe por los Romanos y se consideraba protector de las personas oprimidas por sus creencias (Nuwer, 1999, p 95). Con este ejemplo, se demuestra la condena de estas acciones por lo menos por ciertas personas, de los excesos de las novatadas también en esa época.

También en esa época, era común la extorsión de los estudiantes más jóvenes por los más grandes a través de pagos cuantiosos para el ingreso a las academias en forma del pago de un banquete con comida y bebida para todos los asistentes y cuyo tamaño dependía de la profesión del padre del estudiante novato, pudiendo llegar a sumas muy importantes si se trataba de un miembro de la nobleza (Nuwer, 1999, p 97). Las autoridades universitarias consideraban inapropiadas estas conductas y las condenaban, amenazando con expulsar a los infractores, como lo hizo la Universidad de París en 1340, sin embargo, éstas medidas no fueron eficaces y las novatadas persistieron. En Alemania, algunas instituciones sancionaban severamente la práctica del pago de banquetes de iniciación, sin embargo, se mantuvieron. Otras Universidades medievales toleraban y hasta fomentaban las novatadas como en Aviñón

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

donde celebraban una ceremonia anual de “purga” de los novatos con pruebas humillantes y castigando los perdedores de las pruebas con un año de una especie de esclavitud (Nuwer, 1999, p 99).

En España, en la Universidad de Salamanca en siglo XV, existía la “picaresca” que consistía en bromas agresivas y humillación que también se llamaba “trata o matraca” (burla de palabras de novatos), “nevada” (lluvia de salivazos y gargajos, descrita por Quevedo en *El Buscón* de 1626), “meter en rueda” (golpes a novatos con libros y carpetas), “patente” (pagos a los veteranos que luego se emborrachaban) (Aizpún y García-Mina, 2013, p 16).

La primera expulsión de un veterano (estudiante de Oxford en Gran Bretaña) por novatada a dos estudiantes de primer año, fue en 1657 en la Universidad de Harvard. Fue readmitido después de su arrepentimiento y del pago de una multa (Nuwer, 1999, p. 100).

En Inglaterra, las Universidades más renombradas empezaron a desarrollar la esclavitud de los novatos en una práctica llamada “*fagging*” que consistía en que un estudiante mayor tomara como sirviente a un novato para trabajar para él en la residencia universitaria y en el campo de cricket. En esta relación amo-esclavo, las sanciones al no satisfacer adecuadamente las exigencias del “*master*” podían consistir en golpes brutales. Las consecuencias llegaban en ocasiones a la muerte o al suicidio del recién llegado. Esta práctica que inició en el siglo XVII tuvo su apogeo en el siglo XX y se convirtió en la demostración de que la obediencia debía ser la primera virtud de la educación superior (Nuwer, 1999, p. 99-100).

Siglos XIX, XX y Situación Actual de las Novatadas**Panorama Actual de las Novatadas en General.**

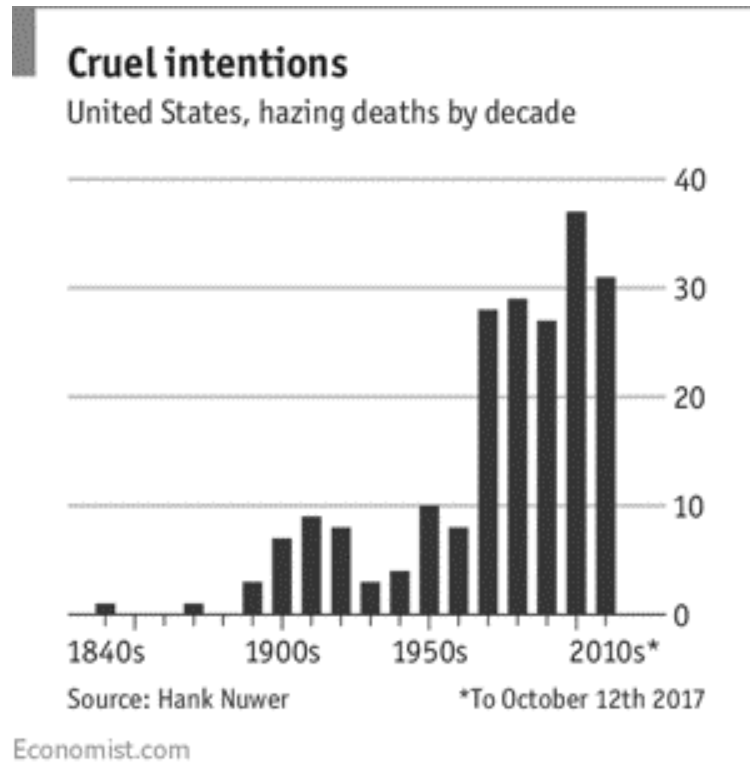
Aunque nunca desaparecieron las prácticas de las novatadas, éstas volvieron a ser aceptadas a partir del inicio del siglo XX, tanto por parte de los estudiantes como por parte de las administraciones, invocando su papel integrador y educativo, así como el desarrollo del respeto por la organización (Finkel, 2002). Las novatas son cada vez más prevalentes en ciertos ámbitos como las llamadas fraternidades (“*fraternities*” para hombres y “*sororities*” para mujeres en inglés) en el medio académico, los equipos deportivos, el ámbito militar y las bandas callejeras (Finkel, 2002). Nuwer las define como “cometer actos contra una persona u obligar a un individuo a cometer un acto para iniciarlo y afiliarlo a una organización” (Nuwer, 2000). Las novatadas han sido caracterizadas por acciones en sí inocuas pero llevadas al exceso y han sido protegidas por la ley del silencio a modo defensivo por parte de los perpetradores y por miedo por parte de las víctimas, lo que explica que las denuncias sean escasas (Nuwer, 1999). Sin embargo, desde los años 1990, han adquirido una mayor visibilidad y han atraído una amplia condena social, en especial en Estados Unidos donde se han estudiado y combatido en un mayor grado. En la lucha moderna contra las novatadas, es justo reconocer la labor del periodista Hank Nuwer, quien fue marcado por la muerte de uno de sus compañeros a causa de una novatada en los años 1970 y dedicó las últimas cinco décadas al estudio y la condena de tales prácticas (Nuwer, 2020). Nuwer lleva el registro de muertes por novatadas en Estados Unidos más amplio y mejor documentado a través de notas periodísticas obtenidas desde 1838. Al concluir 2019, esta base de datos contaba con 220 muertos por novatada en Estados Unidos. La Figura 5, elaborada por el periódico “*The Economist*” con la base de datos de Nuwer (Nuwer, 2020, *Hazing Deaths Database*), presenta el número de muertos por novatada en Estados Unidos entre 1838 y 2017, mostrando un incremento de las evidencias periodísticas de los hechos a partir de los años 1950 (*The*

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Economist, 2017). Estos datos no nos permiten asumir con toda certidumbre que el número de víctimas mortales por novatadas incrementa con el tiempo debido a que existe otra explicación. En efecto, hay evidencia que, desde los años 1990, la percepción social negativa y las denuncias de las novatadas han sido más manifiestas, lo que ha trascendido a la esfera pública a través de los medios de comunicación que los ha dado a conocer y los ha denunciado. El encubrimiento de estos hechos sigue existiendo por el daño a la imagen institucional que conlleva, sin embargo, en una menor medida que hace varias décadas. La Figura 6, elaborada por el mismo periódico con los datos de Nuwer representa el número de muertes por novatada en el mismo periodo por Universidad en Estados Unidos. Podemos observar que existe una mayor concentración de casos en el norte de la costa Este de Estados Unidos y que las grandes y prestigiadas Universidades de esta región como Yale o Cornell no escapan a este fenómeno.

Figura 5

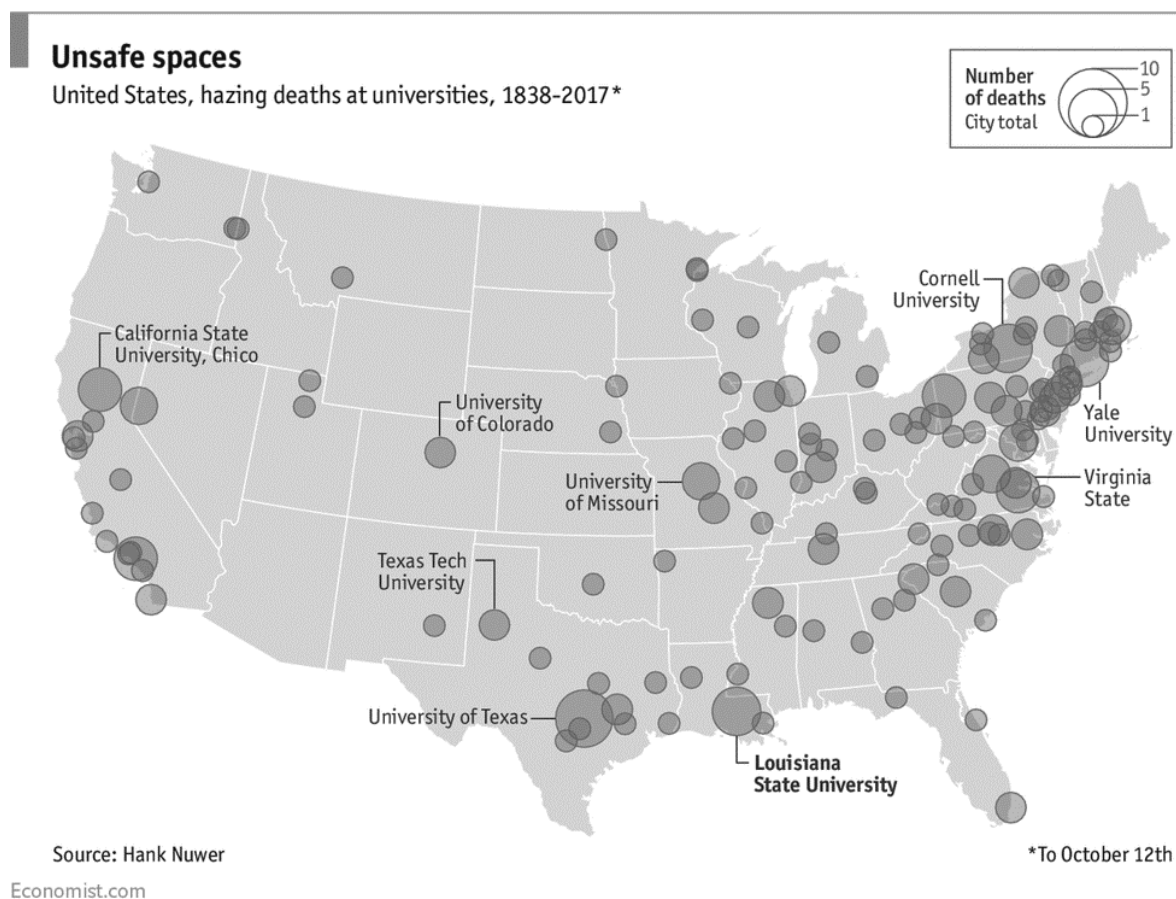
Muertes por novatada en Estados Unidos por década, de 1838 a 2017.



Nota: Adaptado de Hazing deaths on American college campuses remain far too common, por H. Nuwer en *The Economist*, 13 de Octubre 2017, (<https://www.economist.com/graphic-detail/2017/10/13/hazing-deaths-on-american-college-campuses-remain-far-too-common>)

Figura 6

Mapa del número de muertes por novatada por Universidad en Estados Unidos entre 1838 y 2017.



Nota: Adaptado de *Hazing deaths on American college campuses remain far too common*, por H. Nuwer en *The Economist*, 13 de Octubre 2017, (<https://www.economist.com/graphic-detail/2017/10/13/hazing-deaths-on-american-college-campuses-remain-far-too-common>)

En 2002, el médico en urgencias médicas del *Massachusetts General Hospital* y de la *Harvard Medical School*, Michelle Finkel publicó un artículo de revisión en el que describe los daños traumáticos causados por las novatadas (Finkel, 2002). En dicho artículo, compara ciertos tipos de lesiones encontradas en las víctimas de novatadas con las que se pueden observar en la violencia intrafamiliar. Las principales prácticas dañinas consisten en golpes

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

produciendo lesiones intraabdominales (lesiones renales, hemorragias), lesiones intracraneales (hemorragia subdural), fracturas y muerte; quemaduras y marcaje permanente en la piel, confinamiento en espacios reducidos, experiencia de ahogo o casi-ahogo, caídas, inmersión en sustancias tóxicas, ingesta de sustancias no comestibles, abuso sexual y abuso psicológico (humillación, privación de sueño, de alimento y de higiene personal). Finalmente, Finkel reporta el abuso de alcohol como el principal factor relacionado con los incidentes graves de las novatadas ya que se encuentra presente en alrededor del 90% de los casos con desenlace mortal. Los novatos se ven obligados a consumir alcohol en grandes cantidades en contra de su voluntad y bajo amenazas de castigos en caso de resistirse. También es un facilitador para las actividades sexuales coercitivas, en especial con las mujeres. La rápida intoxicación alcohólica aguda conocida como “*binge drinking*” y que corresponde a la ingesta de 6 copas en 3 horas en hombres y 4 copas durante el mismo tiempo en mujeres, tiene en sí mismas consecuencias graves llevando a episodios de vómito, broncoaspiración con neumonía por aspiración, coma alcohólico y muerte.

Una prueba de la condena que se ha expresado acerca de las novatadas en las últimas décadas, es el posicionamiento del Consejo de Colegios Mayores Universitarios de España, en conjunto con la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid, plasmado por Ana Aizpún Marcitllach y Ana García-Mina Freire en un documento publicado en 2013 con el nombre de “NOvatadas, Comprender para actuar”. Dicho trabajo es el resultado de una investigación que responde a la creciente preocupación por este problema por parte de las Universidades y la Sociedad en España. En la actualidad, los Colegios Mayores Universitarios son lo que se conocen en América Latina como Residencias Universitarias o las Hermandades estudiantiles, “*Fraternities*” para hombres y “*Sororities*” para mujeres en Estados Unidos y Canadá como es el “*Greek-letter system*”. Estas organizaciones estudiantiles son los principales lugares donde se llevan a cabo las novatadas. Existe por lo tanto la intención por

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

parte de las instituciones directamente involucradas en estas prácticas de entender y acabar con las novatadas, lo que confiere a este documento un valor especial para el presente estudio. Aizpún y García-Mina definen la novatada como

“cualquier acción realizada por un individuo recién llegado a un grupo (novato/a) e inducida por los veteranos/as de ese grupo, que no se llevaría a cabo en circunstancias normales y que el principiante no efectuaría por iniciativa propia. Por tanto, se trata de un fenómeno de carácter grupal, que cumple la función de un rito de iniciación a una agrupación, y se caracteriza por una dinámica de “poder-sumisión” en la que el consentimiento de las víctimas a participar es irrelevante. Constituyen una forma de violencia interpersonal que puede presentarse en forma de violencia física, psicológica o sexual.” (Aizpún y García-Mina, 2013)

En resumen, presenta las novatadas como un fenómeno grupal, en el que existe una relación desigual con un fuerte abuso de poder mediante la violencia y que cumplen la función de un rito de iniciación. En este aspecto, coincide con otros autores como la socióloga Martine Segalen (Segalen, 2005, 67-74). Los agresores son los veteranos que se distinguen de los demás por su antigüedad en la organización y las víctimas son los recién llegados, manteniendo así y por tradición la fuerte jerarquía en el grupo. Una persona no pertenece al grupo de los agresores o de las víctimas por sus características o cualidades personales, sino únicamente por su tiempo de llegada a la institución. Esta característica puede, de alguna manera, distinguir las novatadas de otros tipos violencia interpersonal entre iguales, como el *bullying* o acoso escolar, en el que el agresor puede ser un individuo o un grupo y la víctima suele ser un individuo elegido por alguna característica personal específica ya sea física, psicológica, cultural o social. La despersonalización de la violencia en las novatadas también es un punto que las distingue del *bullying*. Adicionalmente, en el *bullying*, la agresión suele suceder en privado a diferencia de las novatadas que por lo general se

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

realizan en público, esperando un rol específico de los testigos en la integración del novato. Son los que hacen constar de la reacción del novato durante las pruebas que le son impuestas, que dan fe de su valor, resistencia y capacidad de merecerse un lugar en el grupo. Son también los que no ponen un alto a lo que ven, que, al contrario, favorecen que el entorno permita la novatada y en este sentido, su rol pasivo se vuelve activo y se entiende que las legislaciones anti-novatadas les asigne una responsabilidad clara por no denunciar y/o impedir los hechos. Dichos observadores en las novatadas ya habían sido descritos en los primeros textos que mencionan estas prácticas (Aizpún y García-Mina, 2013, p.23).

Después del panorama general de la situación actual de las novatadas, nos enfocaremos en sus características específicas en la formación médica.

Especificidad de las Novatadas en la Formación Médica.

En los espacios escolares y universitarios, incluyendo en el área médica, existen ritos y juegos que rompen con las actividades cotidianas, crean un ambiente festivo y participan de la creación de una identidad colectiva. Es uno de los aspectos que explican el lugar que ocupan las novatadas en la formación médica. La socióloga francesa Brigitte Largueze (Largueze, 1997), describe los rituales que envuelven las novatadas en la Facultad de Medicina en los años 90s. Considera que las transgresiones que se llevan a cabo durante las novatadas tienen una función de catarsis, permitiendo canalizar tensiones, en especial debidas a la confrontación con tabúes de la sociedad con los que están en contacto los estudiantes de medicina y los médicos: sangre, muerte, desnudez, sufrimiento. Esos temas son tomados, cantados, escenificados y teatralizados, burlados y unidos a un contenido sexual y vulgar, así como a un vocabulario técnico médico. La presencia de ingesta desmedida de alcohol que facilita la desinhibición de los participantes sigue siendo un denominador común a las novatadas de diferentes regiones geográficas. Largueze concluye que este ritual tiene un

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

papel importante en la identificación de los novatos con el futuro grupo socioprofesional y acaba con una ceremonia de reconciliación en la que se expresa la aceptación en el grupo.

En fechas recientes en México, los medios hicieron eco de novatadas llevadas a cabo dentro de un hospital del Estado de México, entre residentes de la especialidad de traumatología y ortopedia, las cuales fueron grabadas por los residentes que asistieron a las mismas y difundidas en redes sociales (Velázquez, 2021). La novatada fue realizada por los residentes de rango más alto y consistió en amarrar a los residentes recién llegados a una silla y golpearlos, simular estrangulación, atarlos en el piso con una cobija y darles patadas durante varios minutos mientras los demás rodeaban a la víctima y se burlaban. Los residentes agredidos y humillados daban la impresión de ofrecer poca resistencia a la novatada a pesar de verse afectados física y emocionalmente como lo manifestaban su llanto y sus gritos de dolor (Velázquez, 2021). Aseguraron que se debe a que, de no cooperar en la novatada, su residencia se vería complicada por tratos despectivos y negación de acceso a la enseñanza. La difusión de dichas prácticas sucedió varios meses después de los hechos y fue motivada por la manera en la que el hospital atendió las quejas de las víctimas de la novatada que consistió en dar de baja a la residente víctima que se quejó, aunque más adelante, una comisión colegiada del hospital también dio de baja a 5 residentes responsables y suspendió temporalmente a otros 17 involucrados. Los videos y comentarios en redes sociales fueron recibidos con indignación por el público y se ejerció presión mediática sobre el hospital, para poner fin a estas prácticas. Podemos encontrar en estas novatadas del ambiente médico, varios puntos compartidos con las novatadas en general descritas por Finkel y que se describieron anteriormente, en especial: los golpes en el piso, las humillaciones, el confinamiento (en este caso con la inmovilización con vendas y colchas) y la simulación de estrangulación. Con el material difundido, no hubo información sobre ingesta de alcohol en este caso. Como lo reconoce Nuwer, el papel de los medios en la denuncia de las novatadas y

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

en la concientización del problema a nivel social es un paso clave que se está dando paulatinamente en lugares como México donde se manejó por muchos años como un tabú.

Similitudes y Diferencias entre Novatadas y Maltratos en la Residencia

Las novatadas y los maltratos en la residencia comparten algunos aspectos que mencionaremos a continuación. Posteriormente, señalaremos algunas características que los hacen ser fenómenos distintos que, por lo tanto, requieren una estrategia de atención distinta.

Similitudes

Violencia Interpersonal Física, Psicológica y Sexual.

Tanto las novatadas como los maltratos en las residencias son formas de violencia interpersonal que se expresan en las tres modalidades principales de violencia, a saber, la física, la psicológica y la sexual. Encontramos en la violencia física en ambos casos, los golpes, la obligación del consumo de alcohol; en la psicológica, en ambos casos domina la humillación y en la sexual, diferentes formas de acoso y abuso.

La Relación de Poder.

En las novatadas y en los maltratos en residentes, el principal agresor es el estudiante con mayor antigüedad en la organización, el estudiante de años superiores, el residente de mayor nivel, el que quiere demostrar que se encuentra en una posición de superioridad jerárquica sobre el novato o el residente de recién ingreso. Para los perpetradores, el poder representa la capacidad de tener control sobre lo que el otro necesita, teniendo la posibilidad de otorgárselo o negárselo. En la residencia, claramente centra ese poder sobre la satisfacción de necesidades primarias (dormir, comer, asearse) y secundarias (aprender, ver pacientes, realizar procedimientos). El residente de años superiores (el R + en el lenguaje coloquial hospitalario) no decidió admitir al programa al residente de años inferiores (R-) pero

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

considera que, con los maltratos, puede influir sobre su permanencia en la residencia. que el que no es capaz de aguantarlos, no es digno de seguir.

La Prueba de Acceso.

La prueba de acceso es una prueba que puede ser objetivamente desagradable pero que tiene una finalidad y es relevante para la institución a la que se pretende ingresar. Es una prueba pertinente y tiene como fin destacar las cualidades individuales del aspirante para conocer la idoneidad de su pertenencia al grupo (Aizpún y García-Mina, 2013, p.25). Esta prueba debe realizarse en un contexto controlado por las autoridades responsables de la institución o del programa. Es algo muy distinto de la novatada o del maltrato que no tienen sentido para la selección de candidatos. En el caso de las residencias médicas, en México, la prueba de acceso es el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) y fuera del ámbito médico en México, cada programa tiene sus propios requisitos para el ingreso con modalidades y grados de dificultad distintos, pero todos con un sentido y objetivo claro. Los residentes de mayor jerarquía no pueden otorgarse el derecho a determinar la idoneidad de un médico para ser especialista a través de los maltratos, al igual que los veteranos no pueden seleccionar a los novatos con las novatadas. El médico tiene que aprender a trabajar en circunstancias complejas y que no se exigen a todos los profesionistas, sin embargo, estos aprendizajes deben ser controlados y explicados a los estudiantes para que representen un real entrenamiento para el ejercicio profesional. El médico tiene que trabajar bajo presión y estrés; por poner primero a su paciente, tendrá jornadas laborales en las que no podrá alimentarse o no lo podrá hacer en los horarios habituales; también tendrá que trabajar en situación de privación de sueño. Sin embargo, el estrés, la privación de sueño y alimento, no debe presentarse como castigos sin sentido y en un exceso tal que se vuelve una tarea de permanente búsqueda de sobrevivencia para el residente. Si se le da sentido y se toma el tiempo de explicar el valor de cada uno de estos esfuerzos, el acercamiento a estas pruebas

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

físicas y mentales será distinto y permitirá compromiso y entrega. ¿Por qué hacer guardias? Existe la necesidad de dar atención a los pacientes las 24 horas del día, hacer turnos de trabajo con tiempos de atención y descanso establecidos en el equipo de manera a vivir la solidaridad entre colegas, sin olvidar que siempre el paciente es primero. Si se vieran las guardias como un tiempo y espacio de aprendizaje muy rico en el que el residente cuenta con el respaldo y el apoyo de tu residente superior y ofrece un servicio a la comunidad, la percepción del trabajo y del aprendizaje sería muy diferente. No deben existir las guardias de castigo: trabajar atendiendo pacientes debe ser un privilegio, no un castigo, debe encontrarse en condiciones adecuadas para dar atención de calidad a los pacientes, y las guardias no deben tener como objetivo hacer un daño al residente, como es el caso de las guardias de castigo. Finalmente, el mayor daño acaba siendo para el paciente.

Las Consecuencias para la Víctima.

Las novatadas y los maltratos en residentes conllevan consecuencias similares para sus víctimas, sobre su permanencia en la institución educativa o formativa, sobre su salud física (pudiendo llevar a la muerte accidental o el suicidio), sobre su salud mental (ansiedad, depresión, *burnout*, abuso de sustancias principalmente), sobre sus relaciones sociales y sobre su capacidad de aprender. Las consecuencias de los maltratos se tratan en mayor detalle más adelante en este trabajo ya que representan un tema grave y complejo por su impacto a todos los niveles, desde el individual hasta el social.

El Círculo Vicioso de la Violencia.

La víctima de novatada y de maltratos eventualmente acaba ocupando el lugar de los estudiantes de mayor antigüedad y se vuelven a su vez victimarios. Es muy común que se presente este esquema, aunque también haya víctimas que nunca se convierten en agresores y agresores que nunca fueron víctimas (Aizpún y García-Mina, 2013, p. 31).

La Minimización de la Gravedad, la Normalización y la Aceptación.

Tanto en las novatadas como en los maltratos en residentes, se puede observar que existe por parte de las víctimas, de los agresores y de las autoridades (universitarias y hospitalarias según el caso), una tendencia a minimizar la gravedad de las prácticas, a normalizarlos (“es parte de la tradición”, “a mí me lo hicieron y no me pasó nada”, “si yo pude, por qué él no podría”) y finalmente a aceptarlos como un mal necesario y pasajero. Este fenómeno puede explicar de cierta manera, aunado a la culpabilidad, la vergüenza y el miedo, por qué la tasa de reportes de las novatadas y los maltratos es tan baja.

La Ley del Silencio.

Esta conducta que consiste en ocultar los hechos o no denunciarlos, se encuentra presente en las novatadas y en los maltratos. Como lo comentamos anteriormente, el silencio sirve de protección para los victimarios, permitiéndoles impunidad y mantenimiento de las prácticas año tras año. Por parte de las víctimas, el silencio se explica por un lado por la aceptación antes mencionada y por el otro por el miedo a las represalias en caso de expresar alguna queja. Este aspecto se tratará más adelante con profundidad desde la perspectiva de la violencia simbólica de Bourdieu.

La Condena Social.

Existe una mirada bastante benevolente de la sociedad hacia las novatadas, siempre y cuando no lleguen a extremos; se consideran como una práctica tradicional lúdica que amerita mantenerse activa en las instituciones. Como ejemplo, podemos citar el posicionamiento del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina de España sobre las novatadas: “Las novatadas son positivas siempre y cuando no afecten a la dignidad de los estudiantes, no se haga discriminación o no se ejerza presión de grupo. Fuera de ese contexto de violencia, aprobamos ese tipo de actividades” (Arroyo, 2017). Algo similar sucede con los maltratos en las residencias, la condena social de las prácticas sólo se expresa cuando llegan a

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

excesos que culminan en el suicidio de los residentes. Tiene una relación directa con el párrafo previo sobre la normalización y aceptación.

Diferencias

El Objetivo Principal.

En el caso de las novatadas, el objetivo principal es la integración del novato, su identificación con el grupo. Los novatos y los veteranos tienen plena conciencia de este objetivo. En el caso de los maltratos a los residentes, las agresiones no tienen este objetivo, no lo expresa así ni el agresor, ni su víctima. El objetivo de los maltratos no queda muy claro. Por un lado, parece ser una prueba “filtro” para ver quién soporta el peso de la profesión, quién es digno de ella, por otro lado, parece mera crueldad o venganza.

La Función de Rito de Iniciación.

En relación directa con el objetivo que acabamos de describir, la función de rito de iniciación se puede encontrar en ambas prácticas, sin embargo, es mucho más clara y expresa en las novatadas que en los maltratos. Las novatadas, desde el enfoque de rito de iniciación, son presentadas por las instituciones como tradiciones que tienen efectos positivos mayores a los efectos negativos y riesgos para los novatos: incrementar la cohesión grupal, mantener las tradiciones de la institución, romper el hielo entre los alumnos, cultivar el sentimiento de orgullo colectivo y pertenencia, promover la disciplina en un grupo, originar grandes historias para compartir, desarrollar en las víctimas el sentimiento de superación personal, divertirse (Aizpún y García-Mina, 2013, p.26). Los maltratos no tienen este objetivo claro, en las instituciones, se habla poco de los maltratos como de una práctica necesaria para la integración de los nuevos residentes al grupo, aunque existen prácticas específicas, conocidas y reconocidas en algunas sedes.

El Tiempo y la Duración.

Las novatadas suelen durar unos días a semanas y se llevan a cabo en tiempos bastante bien establecidos y delimitados. Los novatos saben que las novatadas van a suceder y aún si tienen mucha incertidumbre y angustia por desconocer qué pasará y cuándo pasará exactamente, saben que tienen un inicio y un final, son eventos puntuales y temporales. En el caso de los maltratos a residentes, pueden durar meses a años, rara vez se trata de un evento único o aislado. A la incertidumbre y angustia por desconocer qué pasará, se añade la de no saber cuánto tiempo durará. Los maltratos suelen disminuir cuando el residente sube de año, sin embargo, el residente de mayor jerarquía seguirá siéndolo por varios años y las agresiones se pueden prolongar en el tiempo.

Fenómeno Individual versus Fenómeno Grupal.

Como lo mencionamos en otro párrafo, en las novatadas, por lo general, un grupo (los veteranos) agrede a otro grupo (los novatos), en cambio, en los maltratos a los residentes, las agresiones suelen ser de un R + a un R - y en ocasiones de varios R + a uno o varios R -. El aislamiento del residente agredido que también vive la “ley del silencio” y sufre sin compartir sus dificultades, contribuye a amplificar el impacto sobre su salud mental.

Las novatadas y los maltratos comparten algunos elementos, sin embargo, sus diferencias dejan evidencia de que se trata de fenómenos distintos, que requieren estrategias específicas para reducir esas prácticas y sus efectos deletéreos en los jóvenes. La función, por lo menos parcial, de rito de iniciación de las novatadas y los maltratos no se puede negar ya que reconocerlo puede ayudarnos a proponer prácticas sustitutas que permitan la iniciación, sin caer en los riesgos inherentes a las novatadas y los maltratos.

Las Causas de Muerte.

Cuando las novatadas llegan a extremos que ponen en peligro la vida del novato, como lo mencionamos en base al estudio de Finkel (Finkel, 2002), las muertes suelen ser por consecuencias directas de la violencia física ejercida por los veteranos, como es el caso de la intoxicación alcohólica aguda o las hemorragias por traumatismos diversos, el ahogamiento o la hipotermia. En el caso de los maltratos en residentes, las muertes son casi exclusivamente por suicidio, siendo una consecuencia indirecta de la violencia psicológica ejercida por los victimarios que lleva a la autoagresión en grado extremo. Este aspecto se describe con mayor detalle en el capítulo sobre las consecuencias de los maltratos.

En la Tabla 2, se presentan de manera resumida las principales diferencias entre novatadas y maltratos en las residencias, incluyendo su sentido, las modalidades de aplicación y las consecuencias de las mismas.

Tabla 2

Comparación de las principales diferencias entre novatadas y maltratos en residentes

Diferencias	Novatadas	Maltratos en residencias
Objetivo principal	Claro: integración / identificación al grupo. Función de rito de iniciación clara	Poco claro: “filtro”, definir quién es “digno” de la profesión, venganza Función de rito de iniciación menos clara
Tiempo	Definido, día o pocas semanas	Indefinido, puede durar años
Fenómeno grupal vs individual	Un grupo (veteranos) agrede a otro grupo (novatos)	Un R+ (en ocasiones varios R+) agrede a un R-
Principales causas de muerte	Intoxicación alcohólica aguda, traumatismo	Suicidio

Medidas para Evitar las Novatadas y los Maltratos*Novatadas*

Los medios de comunicación han tenido un papel importante en las últimas décadas para alertar, informar y sensibilizar a la sociedad de los riesgos de las novatadas. Han hecho más visible el fenómeno y han logrado que el interés público exija de las autoridades una resolución al problema. Otros actores importantes han sido las agrupaciones de padres de familia de jóvenes afectados por las novatadas, a veces hasta al grado de haber perdido la vida, entre las cuales, en Estados Unidos, se encuentra la que Nuwer ha formado como consta en las actividades que reporta en su portal (Nuwer, 2020). Estas agrupaciones, junto con los medios de comunicación han hecho presión para que se le dé atención y se prevengan los desenlaces fatales. Finalmente, el tercer grupo que ha influido en los cambios de los últimos años ha sido las agrupaciones de estudiantes, fraternidades, colegios mayores y residencias estudiantiles que han incorporado códigos de ética a sus organizaciones, los cuales pretenden ser un marco para regular las novatadas y poner límites que protejan a los novatos.

Como consecuencia de estos movimientos de grupos sociales en torno a las novatadas, en países europeos y de América del Norte, actores políticos han condenado las novatadas y han estructurado recursos legales que las sancionan con duras penas dirigidas a los perpetradores de las novatadas y a las instituciones educativas en las que se realizan. Es el caso de Francia donde el sistema represivo en contra de las novatadas es muy severo. Las novatadas están prohibidas por la ley desde 1928 y desde 1998, son consideradas como un delito tipificado en el código penal en la categoría de crímenes y delitos en contra de las personas. Pueden ser sancionadas con una multa de 7,500 Euros (cerca de \$150,000 pesos mexicanos) y 6 meses de encarcelamiento y una multa de 15,000 Euros y un año de encarcelamiento si la novatada afecta a un menor de edad o a una persona vulnerable (*Code pénal, du bizutage*, Art. 225-16-1 à 3). Vale la pena mencionar algunos aspectos importantes

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

de esta ley que se consideran dentro del derecho al respecto de la dignidad. Las novatadas se clasifican como violación de la dignidad; para fines legales para la evaluación de la novatada, no se toma en cuenta el consentimiento de la víctima, es decir que aún si no opone resistencia, se considera como delito; son circunstancias agravantes del delito: la edad de la víctima, si está enferma, padece alguna discapacidad o si está embarazada; en ese caso, la multa se duplica; se añaden a las sanciones monetarias, sanciones disciplinarias escolares o universitarias que pueden llegar a la expulsión de la institución educativa; se sancionan también las autoridades universitarias si participaron de alguna manera a la novatada (organizar, promover, propicia, facilitar o abstenerse de impedir las). La ley aplica a todas las estructuras educativas, desde la educación básica hasta la Universidad; existe obligación de denunciar por parte de los testigos al procurador aún en ausencia de queja de las víctimas. Si bien en la mayoría de los países de Europa y de América del Norte, también existe un sistema represivo en contra de las novatadas, hasta la fecha, México no tiene contemplado a las novatadas en su código penal como un delito específico.

El endurecimiento de las penas, el castigo a los testigos de las novatadas que no las denuncian y a las instituciones educativas, no han tenido el efecto deseado, al contrario, ha propiciado que las novatadas se realicen fuera de las instalaciones de las universidades y con el nombre de “noche de integración extra-muros” que sólo disfraza la novatada y la aleja de las autoridades universitarias que podrían intervenir de alguna manera para limitarlas (Aizpún y García-Mina, 2013).

Existe un acuerdo en que la política de tolerancia cero con las novatadas es necesaria, sin embargo, no es suficiente para asegurar resultados satisfactorios. Así como la represión no fue suficiente al emperador Justiniano I hace 1500 años para eliminar las novatadas, los medios similares implementados en la actualidad tampoco han sido suficientes. Si la necesidad de un rito de iniciación para la transición de una etapa vital a otra - como lo es el

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

paso por la Universidad - es tan esencial desde el punto de vista antropológico y sociológico, parece necesario sustituir las novatadas por ritos que no tienen la misma peligrosidad pero que cumplen con la función integradora. Una opción podría ser compartir alimentos en un espacio amigable, de sana convivencia y que invite a los estudiantes de diferentes niveles a darse a conocer a los demás a través de retos de tipo intelectuales o culturales.

Maltratos en Residentes

De manera global, el maltrato en residentes ha sido menos condenado que las novatadas a pesar de que también existen reportes periodísticos y agrupaciones de residentes que han tratado de dar visibilidad al fenómeno. En la siguiente sección, presentaremos la situación de México en cuanto a acciones que se han emprendido para tratar de reducir los maltratos en residentes. Posteriormente, veremos algunas iniciativas de otros países, así como los resultados obtenidos.

Esfuerzos para Reducir el Maltrato en Residentes: Algunos Ejemplos de Acciones en el Mundo.

Cuando volteamos a ver hacia países que detectaron y condenaron el maltrato en residentes desde los años 1980 y se encuentran más avanzados en esta tarea, podemos observar que Estados Unidos ha desarrollado varias estrategias interesantes. Recordaremos que también se trata del país pionero en el estudio, la prevención y atención de las novatadas y el esfuerzo hecho para los maltratos en residentes va en el mismo sentido.

Estados Unidos ha estandarizado un importante instrumento de medición de la calidad de la educación médica a nivel nacional a través de un cuestionario llamado “*Medical School Graduation Questionnaire*” (Cuestionario de graduación de la escuela de Medicina, encuesta de satisfacción al término de los estudios de medicina) que permite tener datos concretos para desarrollar las estrategias de mejora de la educación médica, entre las cuales se encuentra la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

búsqueda de ambientes educativos positivos y libres de violencia. A continuación, veremos cómo proceden y qué aporta para la atención del maltrato.

La Asociación de Colegios Médicos Americanos (AAMC), fundada en 1876 para transformar la salud a través de la educación médica, la atención de salud, la investigación y la colaboración comunitaria, implementó desde 1978 la aplicación del cuestionario a egresados de medicina. Dicho cuestionario fue aprobado por el Consejo de los Institutos Americanos de Investigación y es elaborado y perfeccionado por un Comité en el que participan representantes de los estudiantes. Se publican anualmente los resultados obtenidos a nivel nacional, con un comparativo de los últimos años para cada uno de los reactivos, lo que permite identificar tendencias (AAMC, *Who We Are*, 2021). La versión electrónica actual del cuestionario consta de preguntas que abarcan temas académicos preclínicos y clínicos, ayudas financieras para los estudios, proyecto de desarrollo profesional, calidad de los servicios a los estudiantes, así como experiencias de comportamientos negativos en su persona y como testigos hacia sus compañeros (AAMC, *Graduation Questionnaire*, 2021). Entre las preguntas que se incluyen sobre el maltrato, además de explorar diversos tipos de maltratos que pudieron haber sufrido los estudiantes, se pregunta por los responsables de cada uno de esos maltratos y por los maltratos hacia compañeros estudiantes, presenciados por los encuestados. También se indaga sobre el conocimiento de las políticas anti-maltratos de su institución educativa y de los procesos para las denuncias, así como si los estudiantes han reportado algún evento adverso; en caso positivo, si quedó satisfecho de la atención recibida y en caso negativo, por qué no lo denunció. La mayoría de las preguntas son de tipo Likert, sin embargo, los estudiantes también cuentan con varios espacios de expresión libre bajo anonimato y con confidencialidad reforzada, de manera a dar confianza y facilitar que el estudiante hable con la verdad, sin temor a represalias. En total, el cuestionario dedica más

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

del 15% de sus preguntas a evaluar estos aspectos. Es un reflejo de la importancia que se le da al conocimiento del tema.

En cuanto a los resultados obtenidos y expresados en los reportes anuales, cabe aclarar que los estudiantes que contestan este cuestionario no son egresados de las residencias, sino que son los que terminaron sus estudios de “*College*” y por lo tanto no son comparables con los que se han presentado en varias secciones de esta tesis (AAMC, Summary Report, 2020). Sin embargo, quisiera mencionar algunos puntos relevantes: (a) desde los estudios médicos previos a la residencia, los estudiantes sufren maltratos muy similares a los encontrados en las especialidades, con una prevalencia mucho menor (40.4% en estudiantes contra cerca de 80% en residentes, (b) la estrategia de aplicación sistemática del cuestionario y la coordinación de las instituciones educativas que participan en la asociación han permitido que más del 95% de los estudiantes conozcan la existencia de políticas contra los maltratos así como los procesos de denuncia y por lo tanto, estén enterados de los problemas a los que se pueden enfrentar, que los puedan identificar como conductas negativas y que sepan encauzar sus denuncias. Esto contribuye a la prevención de los abusos en la siguiente etapa de sus estudios, (c) además del reporte nacional general, se emiten reportes por universidad que sirven de retroalimentación de las prácticas institucionales que se deben mejorar, (d) finalmente, la evaluación continua de la calidad docente y la prevención de los maltratos, gracias a esta sistematización, transforma poco a poco la “cultura” educativa de instituciones y naciones. En este sentido, este tipo de prácticas a gran escala representan un paso importante que es digno de estudio para su implementación en otros países, entre los cuales, México.

A continuación, nos enfocaremos en presentar algunas estrategias que se han propuesto implementar o han implementado para reducir los maltratos específicamente en la residencia. En este sentido, vale la pena mencionar la revisión de la literatura de Leisy et al.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

de la escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, (2016) con el programa propuesto A.W.A.R.E. (*Altering Workplace Attitudes for Resident Education*). En este estudio, los principales temas asociados a los maltratos fueron la jerarquía, el silencio, el desconocimiento, el miedo, la aceptación, la negación y el legado de abuso. Entre sus consecuencias se observan secuelas individuales para el residente, sus familiares y el sistema de salud en conjunto, así como efectos sistémicos como errores médicos, daños a pacientes, costos adicionales para el sistema hospitalario y disminución de la calidad de la atención de salud. Las propuestas hechas por los autores para reducir el maltrato fueron (a) enfoque a la educación: concientización del problema, desarrollo de herramientas para afrontar el maltrato (inclusión curricular) como desarrollo de inteligencia emocional, estrategias de comunicación, habilidades de liderazgo, asertividad y empatía, equilibrio de vida, manejo de *burnout* y conflictos de interés y desarrollo de la competencia de trabajo en equipo interdisciplinario, (b) desarrollo del liderazgo positivo de los médicos que supervisan la educación, (c) desarrollo del enfoque educativo de la residencia poniendo al paciente primero, (d) apoyo mutuo entre los médicos, (e) acceso confidencial a servicios de atención de salud mental para los residentes con fines preventivos y curativos, (f) desarrollo de políticas anti-maltrato, (g) creación de comité de mediación e investigación de los maltratos (tolerancia cero, reporte libre de miedo a represalias). Las recomendaciones finales de los autores incluyen la necesidad de educar a los residentes y médicos sobre qué es el maltrato y cuáles son sus consecuencias, educar a los residentes sobre cómo reportar los maltratos, crear un sistema de reporte y un comité para atender las quejas, estandarizar la evaluación docente, crear una cultura enfocada a la seguridad del paciente y promover la salud mental de los residentes. Todas estas propuestas parecen bien fundamentadas, sin embargo, su implementación es complicada y hasta este momento no se cuenta con una evaluación de los resultados de las estrategias.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

El Dr. James Lau, cirujano de la prestigiada Universidad de Stanford, publicó en 2017 un estudio con metodología mixta en el que analiza los resultados de un programa de reducción de los maltratos en los residentes de la rotación de cirugía de la Escuela de Medicina de Stanford (Lau, 2017). Los objetivos del estudio fueron la revisión de los reportes de maltratos antes y después de la implementación de un programa contra el maltrato, la evaluación cualitativa y cuantitativa del programa por parte de los estudiantes y la evaluación del impacto del programa en los estudiantes a corto plazo. El programa consistió en sesiones de discusión con profesores del curso en torno a un video de sensibilización sobre los maltratos. Su objetivo fue para ayudar a los estudiantes a establecer sus expectativas sobre el entorno de aprendizaje, crear una definición de maltrato y promover el empoderamiento para abordar el maltrato. Se midió la frecuencia y los tipos de maltratos un año antes y dos años después de la implementación del programa y se analizaron las respuestas numéricas a los cuestionarios y a las preguntas abiertas. Los resultados del estudio mostraron una buena participación de los estudiantes y una excelente evaluación del programa. Los estudiantes consideraron que el programa cumplió con sus objetivos, les permitió compartir experiencias, les ofreció recursos frente al maltrato y un ambiente de apoyo. Los estudiantes sintieron un entorno de aprendizaje mejor, se redujeron los reportes de maltratos y los estudiantes manifestaron más interés por la cirugía mostrando que existe un vínculo entre el ambiente de trabajo y la disposición o el interés por el estudio de ciertas áreas de la medicina. Los autores consideran que, para tener efectos duraderos de disminución de los maltratos, el primer punto clave es incrementar el profesionalismo de los profesores y residentes que maltratan a los demás y establecer un programa de residente como educador. El segundo punto clave es la necesidad de asegurar la atención adecuada de los estudiantes maltratados, sin asumir nunca los maltratos como normales, de manera a lograr romper el círculo vicioso. Este estudio es uno de los pocos que mencionan mejorar en los maltratos a través de estrategias educativas y

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

no punitivas. Sin embargo, presenta varias debilidades: el protocolo no se sometió a evaluación de un Comité de Ética en Investigación, lo cual era necesario, al tener sujetos de investigación humanos; se realizó con un número limitado de estudiantes y todos de una sola institución muy privilegiada (Stanford); no se contempló el problema del maltrato académico; el número de quejas por maltratos era muy bajo desde antes de iniciar el estudio, por lo que es difícil asegurar que existe una mejora significativa en este indicador y finalmente, se desconoce el impacto del programa a más largo plazo.

Otro trabajo interesante es el de la Escuela de Medicina de la Universidad de Colorado (Lind et al., 2019) donde se creó en 2012 un grupo especial de colaboración entre profesores y estudiantes llamado “*The Ending Mistreatment Task Force*”. Identificaron los principales obstáculos para reducir el maltrato como la brecha generacional entre profesores y estudiantes y la fuerte creencia de los profesores que cierto grado de maltrato es necesario en la educación médica. El grupo desarrolló e implementó 5 intervenciones: 1) estructurar una definición compartida de maltrato, 2) establecer medidas para incrementar la responsabilidad y las expectativas de profesionalismo de los profesores con revisiones periódicas de su desempeño vinculado con su contrato profesional, 3) crear una oficina de atención a las denuncias por maltrato que dé pronta respuesta a los estudiantes, 4) ofrecer a los profesores, herramientas para desarrollar entornos de aprendizaje óptimos y reducir la brecha generacional, y 5) difundir entre los profesores videos producidos por los estudiantes para ayudar a los profesores a que entiendan el impacto del maltrato a través de los ojos de los estudiantes. El resultado de la estrategia implementada en la Universidad de Colorado fue significativo ya que permitió reducir en 36% el maltrato a estudiantes de medicina en un plazo de 6 años mientras en el resto del país se dio una reducción del 6%. Concluyen que la colaboración entre profesores y estudiantes en el proyecto dio resultados inesperados, inicialmente con cierta reserva y miedo por parte de los profesores, pero finalmente, se dieron

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

cuenta de la importancia de ofrecer entornos de aprendizaje favorables para los estudiantes para lograr una mejora en la atención de los pacientes y los resultados fueron positivos.

Al día de hoy, existen diversas propuestas de intervención en educación médica en Estados Unidos que han tenido resultados variables, algunos mejores que otros para reducir los maltratos en residentes médicos, sin embargo, no ha pasado suficiente tiempo de su implementación para medir resultados a largo plazo. Algunas de ellas se podrían implementar con algunas adaptaciones a las circunstancias que conocemos en México.

Esfuerzos desde la Educación Médica para Reducir los Maltratos en México.

México aún se encuentra en la etapa del diagnóstico situacional con respecto al problema y no se cuenta con una herramienta nacional para medirlo. Existen esfuerzos realizados por algunos investigadores, en especial de la Universidad Veracruzana con la creación del Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos bajo la iniciativa del Dr. Francisco Vázquez Martínez (OBEME, 2021) y que ameritan ser reforzados. Por su lado, la Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), creó una red de investigación en depresión para incidir, entre otros, en el conocimiento de los factores de riesgo y la detección temprana de la depresión para mejorar la salud mental de sus estudiantes (IMSS, 2021).

Preocupados por las consecuencias de los maltratos como el Síndrome de *burnout*, algunos autores han desarrollado propuestas para mitigarlas como la implementación de tiempos de ejercicio dentro del programa de educación continua de los residentes en un hospital privado de la Ciudad de México (Méndez-Cerezo, 2011). Los residentes del hospital donde se llevó a cabo la medida, realizaron ejercicio dos veces a la semana por ocho semanas al cabo de las cuales se logró una reducción estadísticamente significativa del *burnout*

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

medido con el *Maslach Burnout Inventory* o Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI), sin encontrar mejora significativa en las variables fisiológicas cardiovasculares.

Si bien existe una gran área de oportunidad en México para la sistematización del diagnóstico del maltrato en residentes y la implementación de medidas desde los centros hospitalarios y universitarios con el fin de prevenir y atender el maltrato, es necesario reconocer que se han iniciado algunos cambios dentro del ámbito del derecho que abonan a la prevención y atención del problema y que describiremos a continuación.

Esfuerzos desde el Derecho para Reducir los Maltratos en México.

A partir de los años 2010, ha habido una mayor sensibilización de la población sobre el problema de los maltratos en la residencia, lo que ha llevado a algunos movimientos políticos a favor de los derechos de los residentes, los cuales han tenido eco en las Cámaras de Diputados y Senadores a nivel federal y estatal. Desde 2013, existen exhortaciones e iniciativas de ley, en especial propuestas de modificaciones a la Ley General de Salud y a la Ley Federal del Trabajo, para reconocer el estatus legal del residente, investigar y penalizar las violencias de las que son víctimas los residentes, asegurarles una remuneración y asesorar y protegerlos ante quejas o demandas por acciones llevadas a cabo en el marco de su residencia. Como ejemplo, vale la pena mencionar las discusiones del Senado de la República en los dictámenes a discusión y votación del 26 de junio 2013, de la Segunda Comisión de Trabajo de la Comisión Permanente del H. Congreso de la Unión, Relaciones Exteriores, Defensa Nacional y Educación Pública de la LXII Legislatura. Se presentó en esa ocasión una larga proposición argumentada exhortando:

a la Secretaría de Salud, al Instituto Mexicano del Seguro Social, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y demás prestadores de servicios de salud que integran al Sistema Nacional de Salud a tomar las medidas

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

urgentes para poner fin a la grave violencia laboral, psicológica y emocional que se practica contra los médicos residentes, en respeto, tanto de sus derechos humanos, como del derecho a la salud de los mexicanos (Senado de la República, 26 de junio 2013).

En el contenido de la proposición, se describen con cierto grado de detalle los diferentes tipos de maltratos que sufren los residentes, se considera que reciben un trato de “semi esclavos” y se reconoce el aspecto urgente de la situación y la necesidad de actuar. La discusión terminó con tres puntos resolutiveos: (a) la necesidad de que las instituciones hospitalarias involucradas en la formación de los residentes tomen medidas para poner fin a los maltratos por respeto a sus derechos humanos, incluidos sus derechos laborales y por el derecho a la salud de los mexicanos. También los insta a realizar las investigaciones necesarias para establecer responsabilidades, (b) la necesidad de que las Instituciones de Educación Superior tomen medidas para evitar los maltratos durante los estudios de medicina y preservar los derechos humanos de los estudiantes, (c) la exhortación a la Comisión Nacional de Derechos Humanos para que inicie una investigación de oficio sobre la violación de los derechos humanos de los residentes.

Las exhortaciones que se presentaron pretenden involucrar las instituciones hospitalarias, las universidades y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) en la detección, atención y prevención del problema, lo cual demuestra la importancia que se le ha dado al tema. Como consecuencia de la exhortación a la CNDH, la Comisión de Derechos Humanos de Puebla realizó una investigación de campo en forma de una encuesta “sobre la investigación de oficio sobre la presunta violación de los derechos humanos de los médicos residentes en el Estado de Puebla”, cuyos resultados fueron publicados el 31 de marzo 2015 (CDHP, 2015). La encuesta se diseñó en base a los derechos de los residentes reconocidos en la Norma Oficial Mexicana para Residencias Médicas vigente en ese momento (NOM-001-

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SSA3-2012, 2013) y a la Ley Federal del Trabajo. -Artículo 353-C, y se aplicó a 57 residentes de 9 hospitales del Estado. Los resultados obtenidos en la encuesta evidenciaron importantes faltas en la defensa de los derechos de los residentes y se emitieron recomendaciones dirigidas a todas las instancias involucradas en el proceso formativo de los residentes, desde los profesores en las sedes hospitalarias hasta la Secretaría de Salud Estatal.

Otra manifestación de la intención política de atender el problema del maltrato en residentes se dio en 2016 con el proyecto de decreto por el que se adicionan los artículos 87 y 95 de la Ley General de Salud y se reforma el artículo 353-E de la Ley Federal del trabajo presentado en la Gaceta del Senado en Febrero 2016, el cual tiene como propósito reducir la jornada laboral de los residentes a ocho horas para favorecer la calidad de su trabajo, disminuir el mal ambiente y mejorar su calidad de vida durante su formación con el objetivo de incrementar su productividad (Senado de la República, 4 de febrero 2016).

Para lograr dicho objetivo, se contempla reformar y adicionar un párrafo al artículo 353-E de la Ley Federal del Trabajo que describe las actividades de los residentes, así como sus tiempos para descansar y tomar alimento, mismo tema que regula el artículo 95 de la Ley General de Salud. Los nuevos párrafos de ambas propuestas estipulan que la jornada del residente no debe ser mayor a ocho horas en turno diurno y siete en nocturno y que, por circunstancias extraordinarias se pueden extender las jornadas de trabajo sin exceder tres horas diarias y no más de tres veces por semana. Esta reforma da un marco general para tratar de reducir la sobrecarga laboral de los residentes, manteniendo cierta flexibilidad que tiene como objetivo el ajustarse a las necesidades propias del funcionamiento de los servicios de salud que tienen variaciones considerables en la actividad diaria. Es importante notar que aún con esta regulación, la carga laboral horaria del residente es mucho mayor a la de un trabajo promedio de 40 horas semanales u ocho horas diarias ya que el número promedio de guardias nocturnas regulares semanales es de tres, lo cual suman 21 horas laborales semanales a las 40

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

horas del turno matutino. A fecha de hoy, esta iniciativa fue aprobada por la Cámara de Senadores el 30 de abril 2018 y entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, lo cual aún no sucede al momento de la publicación de este trabajo, sin embargo, es un avance significativo que vale la pena reconocer.

Las recomendaciones emitidas en este documento se tomaron en cuenta para la elaboración del proyecto de Norma Oficial Mexicana para las Residencias Médicas que se trabajó en 2018 para sustituir a la Norma del 2013 (PROY-NOM-001-SSA3-2018, 2018). Ante el retraso en la aprobación del proyecto de ley de la nueva norma, el 25 de agosto de 2021, la Diputada Ma. de los Ángeles Ayala Díaz hizo una exhortación a la cámara de diputados para que se pueda aprobar la norma (Gaceta del Senado, 2021). Dicho proyecto de Norma, hasta el día de hoy, no ha llegado a su publicación como Norma y no ha entrado en vigor, sino que fue sustituido temporalmente por la Norma de Emergencia de la que hablamos más adelante en este capítulo.

Sin duda, los cambios en el estatus legal del residente que se han dado en los últimos años fueron propiciados por una importante movilización nacional de residentes inicialmente motivada por la inconformidad generada por el retraso en el pago de las becas y de los bonos semestrales de \$3,000 MXN que se dieron a partir de diciembre del 2018. Los residentes se organizaron, manifestaron y realizaron huelgas en las que sólo aseguraban la atención de urgencias médicas en sus hospitales sedes (El Universal, 15 de abril 2019). La manifestación de inconformidad de los residentes, al poner en peligro la garantía de acceso a los servicios de salud de la población, motivó la emisión de un boletín desde la Dirección de Comunicación de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el que solicita que el titular de la Secretaría de Salud, del IMSS y del ISSSTE garanticen dos aspectos concretos: el derecho a la salud de los mexicanos y la atención de las justificadas inconformidades de los médicos residentes (CNDH, 2019). En el mismo mes, a raíz de este movimiento, se creó la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Asamblea Nacional de Médicos Residentes: ANMR por sus siglas, que, al mes de su fundación agrupaba cerca de 9,100 miembros de un total aproximado de 23,000 residentes en México (Instituto Nacional de Salud Pública, 2017), pertenecientes a 27 Estados y 105 hospitales de la República Mexicana, incluyendo residentes de diversas estructuras asistenciales en salud como Petróleos Mexicanos (Pemex), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y hospitales privados. Existen otras agrupaciones de estudiantes de medicina como la Asociación Mexicana de Médicos en Formación A.C (AMMEF), afiliada a la IFMSA (*International Federation of Medical Students Associations*) que han participado en varias iniciativas de lucha contra los maltratos.

Las manifestaciones de los residentes permitieron dar más visibilidad a su situación y a los múltiples problemas que enfrentan, entre los cuales, los maltratos que sufren. El esfuerzo realizado por la ANMR ha sido principalmente orientado hasta ahora, a las remuneraciones de los residentes y la duración de la jornada laboral, sin embargo, en palabra de sus líderes, la agrupación nació para “ser parte activa de la lucha por la dignificación de la residencia médica” (Miranda, P. El Universal, 25 de abril 2019). La dignificación implica aspectos adicionales a los económicos que han logrado ser escuchados en los últimos meses y se puede pensar que las exigencias de la ANMR, con el tiempo, se orientarán también a exigir un trato respetuoso en el ejercicio de sus funciones asistenciales y docentes en el hospital.

Además de la movilización de los residentes, se han mediatizado los testimonios de padres de familia de residentes que llegaron al extremo del suicidio, lo cual ha dado mayor visibilidad social al fenómeno. A modo de ejemplo, citaremos el testimonio de la Sra. Guadalupe Espinosa Cruz, Madre de Mirsha Omar Rodríguez, residente de anestesiología en Puebla, fallecido en noviembre 2020 por suicidio, debido a los maltratos que sufría en la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

residencia. Este testimonio se difundió ampliamente en varios medios de comunicación (Rangel, H., Televisa Regional, Puebla, 18 de noviembre 2020)

En los últimos años, la concientización dentro y fuera del hospital, sobre los problemas que viven día a día los residentes, ha permitido una movilización política que se reflejó en algunos cambios en la legislación, en especial en la Norma Oficial Mexicana para la organización y el funcionamiento de las residencias médicas que se publicó el 17 de junio 2022 en el Diario Oficial de la Federación y se encuentra actualmente vigente. A continuación, se presenta en el siguiente apartado, un análisis de las diferencias que aporta esta norma a la de 2012 desde la perspectiva de los maltratos.

Análisis de las Diferencias entre las Normas Oficiales Mexicana 2012, 2018 y 2022 para la Organización y el Funcionamiento de las Residencias Médicas.

La Norma Oficial Mexicana de 2022 para la organización y el funcionamiento de las residencias médicas es una norma de emergencia a diferencia de la del 2012 y del proyecto de 2018. La justificación general de la calidad de emergencia contemplada en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización (1992), sustituida por la Ley de Infraestructura de la Calidad (2020) es que, las normas de emergencia “busquen evitar un daño inminente, o bien atenuar o eliminar un daño existente a algún objetivo legítimo de interés público.” (Ley de Infraestructura de la Calidad, 2020, art. 31). La justificación de la presente norma de emergencia en la regulación de las residencias médicas está basada principalmente en: (a) la “preocupación sobre la escasez de médicos, la cual se vio incrementada en el contexto de la crisis sanitaria ocasionada por el virus SARS-COV, misma que puso en riesgo la suficiencia de personal sanitario requerido.”, (b) los cambios demográficos y epidemiológicos que requieren de médicos especialistas, (c) la urgencia de hacer eficiente la formación de médicos especialistas en ambiente de seguridad y respeto para el residente y el usuario de los servicios de salud. El secretario de salud publicó la Norma de emergencia sin mencionar otros

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

involucrados, aunque, según la nomenclatura que indica en su título “SSA3” (NOM-001-SSA3-2022), sabemos que corresponde a Normas desarrolladas y propuestas por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud. El contenido de la norma de emergencia es muy similar al del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3 de 2018 en el que participaron muchas instituciones del sector salud y del sector educativo, tanto públicas como privadas.

El Proyecto de Norma de 2018, no entró en vigor a pesar de haber sido publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en noviembre 2018 ya que se quedó como proyecto y no pasó a ser Norma, probablemente debido a que pocos días después de su publicación en el DOF en 2018, cambió el titular del gobierno federal y con él las prioridades políticas y legislativas.

La diferencia en la entrada en vigor entre las normas regulares y las de emergencia está normada por la Ley de Infraestructura de la Calidad (2020) en el artículo 31, que estipula que la publicación de la Norma de Emergencia no excluye la posibilidad de publicación del Proyecto de Norma 2018, aunque en los hechos, existen muchas similitudes entre las dos. La calidad de norma de emergencia de la Norma 2022 implica que se trabaje en una norma de mayor vigencia para su publicación en el DOF en un plazo no mayor a un año.

Los principales cambios entre las normas de los últimos 10 años, reflejan un cambio en la manera en la que se conceptualiza la residencia y en el trato a residente. A continuación, se presentan los cambios de mayor relevancia para este trabajo, poniendo a disposición del lector la información detallada de la comparación en el Apéndice B.

Mayor Involucramiento de las Instituciones de Educación Superior que dan el Reconocimiento y al Aval a los Programas de Especialidad.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

- **Involucramiento del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Educativo Nacional:** En la introducción de la Norma, a partir de la versión de 2018 (2018, 0) (2022,0), se incluye en la finalidad de la misma, presentar los deberes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Educativo Nacional, cuando antes, sólo se hacía referencia a las instituciones de salud integrantes del Sistema Nacional de Residencias Médicas.
- **Inclusión de la definición de Institución de Educación Superior:** A partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 4.4) (2022, 4.5), en el apartado de términos y definiciones relevantes para la Norma, lo cual refuerza la importancia de las universidades privadas o públicas, en los programas de residencias médicas ya que dan el reconocimiento de validez oficial a las especialidades.
- **Reconocimiento y aval de los programas de residencia por las universidades:** En las disposiciones generales (2012, 5.2) (2018, 5.2) (2022, 4.2), se estipula que todas las especialidades deben contar con el reconocimiento de una Universidad. A partir del Proyecto de Norma 2018, se añade “aval” a reconocimiento.
- **Relación de los profesores de la residencia con la universidad:** A partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 4.7) (2022, 3.9), se indica que los profesores adjuntos de las residencias deben contar con reconocimiento de la Universidad que avala la especialidad, dándole a la Universidad una mayor participación en la implementación de los programas. También se especifica que el profesor titular debe laborar en la sede de la residencia (2018, 4.8) (2022, 3.10). A partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 6.2.5) (2022, 5.2.5), se incluye la necesidad de parte de los hospitales, de contar con una lista de posibles profesores de los cursos de especialidades que el hospital propone a las universidades para que ellas determinen quieren asumen esa responsabilidad. Los artículos 9.5 de la Norma

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

2012, 9.4 del Proyecto de Norma 2018 y 8.4 de la Norma 2022, presentan los diferentes tipos de personas, con nombramiento específico, que pueden colaborar en los programas para apoyar a los profesores titulares para cubrir las actividades programadas en la especialidad. En la Norma 2022, además se incluye la necesidad de un reconocimiento por parte de la Universidad a todos los profesores que colaboran en los cursos, independiente de su tipo de nombramiento. Es un reconocimiento valioso a la labor docente, aunque se esperaría que también se contemple un pago para dicha importante labor, lo cual no aparece en esta norma.

- La importancia del programa académico: En las tres Normas (2012, 4.7) (2018, 4.9), (2022, 3.11), el programa académico de las residencias médicas es elaborado por la universidad y está incluido en el plan de estudios de las especialidades y el programa operativo, por el hospital para la implementación del programa académico.
- Involucramiento de las universidades en la evaluación de las residencias médicas: La responsabilidad de la evaluación de los cursos queda compartida entre la jefatura de enseñanza, el profesor titular y la universidad que da el aval de los cursos (2012, 5.7.5) (2018, 6.2.6) (2022, 5.2.6). A partir de 2018 (2018, 6.2.7), se incluye la evaluación de los profesores de la especialidad a cargo de los jefes de enseñanza y en 2022 (2022, 5.2.7), se especifica que los criterios de evaluación de los mismos son definidos por las universidades.
- Involucramiento de las universidades en la evaluación de los residentes: En el artículo sobre las calificaciones en la residencia, se especifica que deben ser por lo menos trimestral y que es responsabilidad del profesor titular de entregarlas a los residentes (2012, 10.4). A partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 10.4) (2022, 9.4), se hace referencia a lo establecido en los programas académico y operativo,

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

por lo que implica que ambos programas tengan la modalidad de evaluación establecida desde antes de iniciar los programas y avalada por la Universidad. Es un aspecto importante para los residentes.

- Involucramiento de las universidades en la utilización de subsedes por las sedes: La Norma en sus tres versiones, refiere que la sede se puede apoyar en subsedes (2012, 6.2) (2018, 6.4) (2022, 5.4). En el Proyecto de Norma 2018, se menciona que las subsedes pueden recibir a los residentes hasta por el 35% de la duración de la especialidad, porcentaje que sube a 40% en la Norma 2022. A partir del Proyecto de Norma 2018, se reconocen dos órganos que aprueban las estancias en las subsedes: el de las universidades que dan el aval a través de su comité académico y el del hospital a través de su órgano colegiado.

Mayor enfoque a los aspectos académicos y de investigación de las residencias, sin dejar la importancia de las actividades asistenciales que deben llevar a cabo durante la residencia.

- Las guardias como espacios de aprendizaje: A partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 4.3) (2022, 3.4), se añade que las actividades de las guardias son académicas además de asistenciales, resaltando que la guardia no es solamente un medio de atender a los pacientes fuera del horario laboral normal del hospital y reconociendo su importancia para que el residente adquiriera conocimientos, habilidades y destrezas propias de su especialidad.
- Supervisión del trabajo: En el artículo 9.3 de la Norma 2022, se especifica que, en todo momento (jornadas regulares y guardias), el residente, que es un especialista en formación, debe contar con la asesoría de uno de los responsables de la enseñanza en la especialidad. En la Norma 2012 (2012, 10.5), sólo hacía referencia

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

a un médico adscrito para esta función. A partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 10.3), se habla del personal médico de la unidad y de las demás personas asignadas para esta función, ampliando los apoyos académicos con los que debe contar el residente. En cuanto a las urgencias que atienden los residentes, el Proyecto de Norma 2018 (2018, 11.5) y la Norma 2022 (2022, 9.21), indican que deben informar a sus superiores de manera a actuar con la asesoría de los mismos.

- Cambio de terminología de la jornada: En las definiciones (2018, 4.6) (2022, 3.7) se cambia “jornada laboral” de la Norma 2012, por “jornada”, dejando de reducir las actividades de los residentes al aspecto “laboral”, que hace referencia a las tareas asistenciales y dando un lugar así a las demás actividades del residente como las académicas y de investigación.

Mayor defensa del derecho de los residentes a ser tratados con respeto y sin maltratos.

- Regulación de las guardias: Las guardias y en especial su frecuencia y las guardias de castigo han sido un tema recurrentemente tratado por los residentes como una de las pruebas físicas y mentales más difíciles de sobrellevar durante la residencia. En los artículos 8.1, 8.6 y 8.7 de la Norma 2012, 8.4 del Proyecto de Norma 2018 y 7.4 de la Norma 2022, se puede observar una evolución importante en los últimos 10 años en su regulación. Por primera vez con la Norma 2012, se prohibieron las guardias de castigo al autorizar exclusivamente las guardias programadas. A partir del Proyecto de Norma 2018, el texto plantea tanto la obligación de los residentes de cumplir exclusivamente con las guardias programadas como la obligación de los responsables del programa de respetarlo. Además, se añade que los residentes no pueden asignar guardias a otros residentes, prohibiendo así una práctica de castigo común entre residentes de mayor jerarquía sobre residentes de menor jerarquía, en

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

forma de “guardias de castigo”. A partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 8.6) (2022, 7.6), se regulan también los cambios de guardia que requieren autorización previa de las autoridades de la residencia, o en caso de emergencia de la mayor autoridad presente en ese momento, con notificación posterior al jefe de enseñanza. Esta regulación evita acuerdos entre residentes que se pueden prestar a “pago” de guardias. El pago de residencia suele realizarse con dinero o con intercambio de guardias.

- Cambio de terminología: En las versiones 2012 y 2018, se hablaba de “disposiciones” generales, para los hospitales y para los profesores, pero de “derechos y obligaciones” del residente, marcando claramente la jerarquía durante los estudios de especialidad. En la Norma de 2022, se cambió “derechos y obligaciones” del residente por la misma terminología que para los demás involucrados en la residente: “disposiciones”, reduciendo así el sello jerárquico de la residencia.
- Cambio de sede de residencia: La posibilidad de cambio de sede fue evolucionando con las Normas, al ser prohibida en la Norma 2012 (2012, 5.6) para todas las especialidades de entrada directa e indirecta, fue autorizada para las especialidades de entrada indirecta en el Proyecto de Norma 2018 (2018, 5.6) y para ambos tipos de programa en la 2022 (2022, 4.6). En el caso de los cambios de especialidad, estaban prohibidos en todos los casos en la Norma 2012 (2012, 5.6), se permitieron solamente en las residencias de entrada indirecta (lo que se conocía antes como subespecialidad o alta especialidad) en el Proyecto de Norma 2018 (2018, 5.6) y la 2022 (2022, 4.6). Por lo tanto, al día de hoy, quien quiera cambiar de especialidad de entrada directa debe darse de baja de la especialidad en curso y volver a presentar el Examen Nacional de Aspirante a Residencias Médicas para

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

ganarse un lugar en la nueva especialidad. La apertura a ciertos cambios con el paso del tiempo es un avance, cara a los problemas de maltratos de los residentes ya que se ha visto como una salida sin perder la posibilidad de seguir con los estudios de especialidad cuando la situación no se resuelve de otro modo.

- Posibilidad de mayores fuentes de ingreso: La Norma 2022 (2018, 4.14) (2022, 3.8) quita el requisito de dedicación de tiempo completo de los residentes, por lo tanto, abre la posibilidad a que realicen alguna otra actividad profesional adicional a la residencia, lo cual puede beneficiarlos para conseguir ingresos adicionales a la beca de residentes que reciben mensualmente. Sin embargo, sus horarios en la residencia de un promedio semanal de 80 horas de dedicación, implican que cualquier otra actividad sea limitada.
- Evaluación colegiada de las sanciones por indisciplina: A partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 6.12) (2022, 5.12), se incluye la obligación que, ante indisciplina grave o conductas no éticas, el órgano colegiado del hospital y el profesor titular determinen las sanciones de acuerdo al reglamento del hospital y con notificación de la universidad. El hecho de contar con un proceso que no depende de una sola persona, sino de varias personas, en principio reduce el riesgo de injusticia en las sanciones.
- Evaluación colegiada y por escrito de incidencias con el residente: A partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 6.13) (2022, 5.13), se incluye la obligación de tener procedimientos documentados en caso de incidencias con los residentes, se informa también a la universidad a lo largo del estudio y resolución del caso. Este artículo es un avance para atención más justa de los problemas que se generan con los residentes.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

- Derecho a recibir alimentos y contar con un espacio para descanso y aseo personal: Si bien la Norma 2012 (2012, 6.9) mencionaba la obligación de los hospitales de contar con un comedor, el cambio de redacción para el Proyecto de Norma 2018 (2018, 6.14) y la Norma 2022 (2022, 5.14) es mucho más específico en que deben darse los alimentos a los residentes y no solo contar con comedor. Se añade en 2018, la necesidad de dar un área de aseo a los residentes de guardia, además del área de descanso, lo cual se mantiene en la versión de 2022. Sobre el uso de las áreas de descanso, en la Norma 2012 (2012, 10.10), se especificaba que era posible durante las guardias. A partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 10.10) (2022, 9.10), se añade el derecho al uso de las áreas de aseo personal y no se restringe a las guardias.
- Derecho a recibir uniformes por parte del hospital: Si bien el número de uniformes que debe recibir el residente es el mismo en las tres versiones de la Norma, en la de 2012 (2012, 10.8), se especificaba que deben ser blanco y a partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 10.14) (2022, 9.14), se deja en función de lo que establezca el hospital. En la Norma 2022, añaden que son uniformes “completos”, por lo que se entiende que incluye zapatos. Esta prestación que puede parecer trivial, es de mucha importancia para los residentes, debido a sus ingresos económicos limitados.
- Retiro de la obligación de presentar un certificado de buena salud física y mental para ingresar a la residencia: El requisito de presentación del certificado de buena salud física y mental, presente en las Normas 2012 y 2018 (2012, 7.1.3) (2018, 7.1.3) se retira en la Norma 2022. La principal explicación a esto es el riesgo de que pudiera haber discriminación por motivos de salud (física o mental) para el ingreso a la residencia. Sin embargo, es importante considerar que ciertas

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

- condiciones de salud pueden empeorar durante la residencia por la exigencia física y mental per se de los estudios y que el contar con una evaluación del estado de salud de los residentes también podría permitir a los diferentes actores involucrados en las residencias, prevenir una evolución clínica deletérea durante la especialidad o bien ofrecer alguna adaptación que haga más compatible la especialidad con las necesidades específicas de los residentes.
- Autorización para hacer uso de los espacios de descanso en las guardias: En cuanto a los permisos para poder ocupar las áreas de descanso durante las guardias, también ha evolucionado en los últimos años. En la Norma 2012 (2012, 8.2), se especificaba que, fuera de cuando se requerían sus servicios, podían descansar previa autorización del responsable del servicio. En el Proyecto de Norma 2018 (2018, 8.5), se mantuvo una redacción similar, pero en el 2022 (2022, 7.5), se cambió, añadiendo que los residentes pueden descansar cuando la carga de trabajo lo permite y solo notificando al responsable del servicio y no pidiéndole su autorización como era antes. Este cambio que parece menor no lo es, ya que deja la posibilidad al residente de evaluar si su carga de trabajo le permite o no descansar y no a su superior, lo que puede al mismo tiempo evitar abusos en cuando a privación de sueño durante las guardias sin un motivo de peso y por otro lado podría facilitar abusos por parte de residentes que cumplen solamente parcialmente con sus responsabilidades para poder descansar.
 - Tiempo de trabajo durante la residencia, incluyendo las guardias: En cuanto a la frecuencia de las guardias, entre las Normas 2012 (2012, 8.3) y 2018 (2018, 8.1), se espaciaron de 3 a 2 por semana como máximo, es decir de un esquema de guardias “AB” o “ABC” a un esquema “ABC” o “ABCD”. Esta modalidad de calendarización de las guardias consiste en que se dividen los residentes en equipos

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

que se nombran con letras y las letras se asignan de manera consecutiva a los días de la semana. En el esquema “AB”, un residente de la guardia “A” tendría así guardia los lunes, miércoles, viernes y domingo en la primera semana del mes, martes, jueves y sábado en la segunda semana, para repetir este orden en las siguientes semanas. Las guardias “AB” dan un promedio de 104 horas semanales de trabajo. En el esquema de guardias “ABC”, al mismo residente de guardia “A”, le tocaría guardia los lunes, jueves y domingo en la primera semana, miércoles y sábado en la segunda semana, martes y jueves en la tercera semana, etc... En este esquema, el promedio de horas laboradas por semana es de 80 por semana, estando en el rango permitido por las normas 2018 y 2022. En el esquema “ABCD”, el promedio semanal de horas de trabajo es de 72. La Norma permite que se puedan hacer ajustes a los esquemas de guardia en función de las necesidades de atención de los pacientes. Considerando este punto, el esquema de guardias “ABC” no permitiría la realización de ninguna guardia adicional para mantenerse en el rango de horas semanales promedio permitido, por lo que el esquema de rotación de guardias ideal para respetar la norma sería de tipo “ABCD” con algunas guardias adicionales en el año, en promedio 2 guardias mensuales adicionales.

- Evaluación del desempeño del residente en la especialidad: Los profesores deben evaluar a los residentes conforme a sus programas de universidad y del hospital (2012, 9.3.3). A partir de 2018 (2018, 9.3.4) (2022, 8.3.4), además se pide que notifiquen a los residentes sus resultados por escrito y de manera personal.
- Derecho a recibir la educación de especialidad en un ambiente de respeto: El artículo 10.3 de la Norma 2012 relativo al derecho a la educación de posgrado, incluye al final del párrafo la referencia a un ambiente de respeto. Era el tercer artículo por orden en el apartado de derechos de los residentes. A partir del

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Proyecto de Norma 2018 (2018, 10.1) y manteniéndose en la 2022 (2022, 9.1), se coloca como el primer artículo del apartado, se pone desde el inicio del mismo la referencia específica al ambiente de “respeto a los derechos humanos”, y se añade “equidad e igualdad”, dando un lugar especial a este tema que ha sido tratado cada vez con más interés en los últimos años.

- Ampliación de los motivos para ausencias justificadas, acordes con la Política de Igualdad de Género: En la Norma 2012 (2012, 12.1), se presentan los motivos por los que se pueden presentar inasistencias de los residentes, entre los cuales: enfermedad, accidentes, maternidad o cuidados maternos. Dichas inasistencias se pueden justificar con la documentación acorde a las normas del hospital. Hace referencia al artículo 7.2, el cual indica que, para mantenerse en la residencia, se requiere cumplir los reglamentos del hospital y de la universidad. A partir del Proyecto de Norma 2018 (2018, 11.10), hay un cambio importante, no en los motivos de inasistencias, sino en la referencia al inciso que regula del derecho del residente a ser atendido para sus problemas de salud, dentro del hospital en el que trabaja. Esta referencia se mantiene en la Norma 2022 (2022, 9.26) y se añaden causas de inasistencia que tienen que ver con cambios sociales entorno a la igualdad y equidad de género: incluyen inasistencias por paternidad, además de maternidad y por cuidados parentales en vez de maternos, permitiendo así que el residente que es padre, también pueda dedicar tiempo al cuidado de su hijo.

Mayor reconocimiento del estatus de médico del residente a través de cambios de terminología.

- Del residente: En la versión del 2022, se retoma la terminología de la Norma de 2012 para nombrar al residente como “médico residente”, cuando la propuesta de 2018 era “personal que realiza una residencia médica”. El hecho de utilizar

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

“médico” residente recuerda que se trata de un profesional de la salud ya titulado y con cédula profesional que por lo tanto tiene la formación suficiente para emitir un juicio clínico, diagnosticar, tratar y dar seguimiento a los pacientes, con toda la responsabilidad que ello implica y el respeto que merece.

- De la tarea educativa y de supervisión de los responsables de la residencia: En la Norma de 2018, se introduce el concepto de “asesoría”, el cual se mantiene en la versión de 2022, para describir las actividades de apoyo formativo de los profesores con residentes: supervisión, demostración, observación o tutoría directa presencial o a distancia. Tanto la palabra como su descripción demuestra la intención de enmarcar las actividades académicas de la residencia en una relación tutorial personalizada y muy vinculadas con la práctica clínica asistencial.

En resumen, los cambios a la Norma Oficial Mexicana que se dieron en las versiones 2018 y 2022 y que se encuentran vigentes reflejan un avance significativo en el reconocimiento del residente como un médico que cursa una especialidad y realiza su residencia con el objetivo de aprender los conocimientos, habilidades y destrezas propias de la disciplina, además de la tarea asistencial, y para lograrlo, requiere de un ambiente favorable (respeto a sus derechos humanos) y una supervisión y apoyo académico en cada momento, el cual se logra con la colaboración de la universidad con el hospital.

La revisión de las normas permitió identificar también que los residentes de mayor nivel no están autorizados a ser profesores de los residentes de niveles inferiores ya que el artículo 8.2.1 de la Norma 2022, estipula que se requiere tener la cédula de especialista para poder dar clases en una residencia. Esta regla ha permanecido en el tiempo con la intención mantener cierto nivel en los programas, sin embargo, en los hechos los residentes asumen con frecuencia tareas de enseñanza teórica y práctica con los residentes de menor jerarquía, a

solicitud del profesor o por iniciativa propia. Este aspecto es importante a tomar en cuenta para el capítulo de propuestas que se presenta más adelante en este trabajo.

Iniciativas Recientes para Reducir los Maltratos en la Educación Médica en México.

Desde finales del 2021, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A.C. (AMFEM), ha demostrado un particular interés en atender el problema de los maltratos en la educación médica. La AMFEM es una asociación fundada hace 65 años y que agrupa 104 escuelas y facultades de medicina de todos los estados de la república y que tiene como misión:

Impulsar el desarrollo permanente de la educación médica de calidad con el objetivo de responder a las necesidades de salud de la sociedad y fomentar la innovación de modelos articulados de formación, atención e investigación, utilizando conocimientos científicos, tecnológicos, bioéticos y ecológicos de vanguardia que vincule lo local con lo global (Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, 2021).

Con el objetivo de iniciar una reflexión académica a nivel nacional sobre el tema del maltrato en la educación médica, la AMFEM organizó a finales del mes de octubre 2021 la CII Reunión Extraordinaria de la Asociación, con un panel sobre “Estrategias para la prevención del maltrato, acoso y violencia en la educación médica”. En este panel, participaron especialistas de Universidades de diferentes entidades federativas, hablando del fenómeno y de las acciones tomadas en sus instituciones para remediar el problema. Este foro demostró la intención de romper con el silencio que envolvió por muchas décadas el maltrato y trabajar en conjunto, desde las universidades para un mejor diagnóstico y entendimiento del maltrato, para luego generar un cambio real. De esta reunión, nació un grupo de trabajo de “Espacios seguros” en la educación médica por iniciativa del Dr. Ramón Esperón y con la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

colaboración de académicos de varias universidades. Este tipo de iniciativas es muy novedoso en México y marca un paso importante en la educación médica.

Por otra parte, en el ámbito de la concientización a nivel social sobre el maltrato, cabe destacar la iniciativa de la Asociación Symbiosis (Symbiosis, 2021), integrada por profesionistas de diferentes áreas con interés en la calidad de la atención en salud y está enfocada a generar soluciones integrales y multidisciplinarias a problemas de salud y que produjo el cortometraje “Resiste residente”, documental que reúne opiniones de actores políticos, especialistas de salud mental y testimonios de residentes para describir el problema del maltrato (Symbiosis, 18 de septiembre 2021). Dicho documental se empezó a difundir en septiembre del 2021 y ha generado mucha sensibilización e interés en el tema en ámbitos tan diversos como el académico, el hospitalario y el social.

A continuación, después de ver el eco mediático y social que está teniendo el problema de los maltratos en las residencias médicas, particularmente en los últimos meses y años en México, profundizaremos en un aspecto sociológico que se ha asociado al fenómeno y que mencionamos anteriormente en este mismo trabajo que es el de la violencia simbólica, descrita y estudiada por el sociólogo francés Pierre Bourdieu.

Capítulo Tercero: El Maltrato en la Residencia desde la Perspectiva Sociológica de la Violencia Simbólica.

El filósofo y sociólogo Pierre Bourdieu (1930-2002) publicó en 1998 el libro “La dominación masculina” en el que describe y explica el concepto de violencia simbólica en el ámbito de la relación entre los hombres y las mujeres y que más adelante se ha aplicado a otros ámbitos, entre los cuales, el educativo. A continuación, presentaremos los elementos de la violencia simbólica descrita por el autor, que permiten entender algunas de las prácticas

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

violentas en la residencia médica, así como su mantenimiento en el tiempo a pesar de su condena.

En sus análisis, Bourdieu parte de la constatación de que la sociedad occidental como muchas otras sociedades, es androcéntrica, es decir que todas las actividades sociales, familiares y profesionales están marcadas por una distinción sexual establecida desde un principio por los hombres que tienen una posición dominante natural en todas las actividades, que ha sido aceptada de manera inconsciente por las mujeres dominadas. Esta observación inicial le permitió identificar la violencia simbólica y estudiarla. Según Bourdieu, la violencia simbólica se opone a la violencia física en el sentido de que la violencia física es más visible y su objetividad más evidente y la violencia simbólica es más subjetiva, sin embargo, la experiencia de esta violencia es objetiva (Bourdieu, 1998, p.53-55).

La violencia simbólica, es una sumisión paradójica de una persona a otra que se caracteriza por ser suave, insensible e invisible para ambas partes, pero en especial para sus víctimas y en donde la relación entre el dominador y el dominado se expresa en el lenguaje y en el estilo de vida en el que están unidos. En la violencia simbólica, se respeta un orden establecido que parece fijo, a pesar de la evidencia de los privilegios y de las injusticias, y lo intolerable es tolerado (Bourdieu, 1998, p.12). El hospital también es considerado por Bourdieu como un espacio social androcéntrico sometido a las mismas reglas inconscientes de la violencia simbólica. Sobre esta institución donde se desenvuelven y forman los residentes, Bourdieu comenta lo siguiente:

El mundo del trabajo, de esta manera, está lleno de pequeñas estructuras profesionales aisladas (servicios de hospitales, oficina de ministerio, etc...) funcionando casi como una familia donde el jefe de servicio, prácticamente siempre un hombre, ejerce una autoridad paternalista, fundada sobre un involucramiento afectivo o la seducción, y, al

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

mismo tiempo que se encuentra con sobrecarga de trabajo y encargándose de todo lo que pasa en la institución, ofrece una protección generalizada al personal a su cargo principalmente femenino (Bourdieu, 1998, p.84)⁶.

La estructura del hospital, por lo tanto, fomenta que los esquemas de relaciones interpersonales se calquen sobre otras estructuras sociales donde existe la violencia simbólica. De hecho, en la descripción de la violencia simbólica, se pueden reconocer varias características de la violencia que se vive en la residencia médica, donde el residente de mayor jerarquía que llamaremos R+ ocupa el lugar de poder asimilado a lo masculino y el residente de menor jerarquía que llamaremos R-, el de sumisión asimilado a lo femenino. Ahí podemos identificar en especial la dificultad de las víctimas a reconocer la violencia, la normalización de las conductas objetivamente condenable, la aceptación como “tradición” de los maltratos, lo que explica en cierta medida la minimización del problema, así como el silencio que lo envuelve.

Así como descrito en la sociedad por Bourdieu (Bourdieu, 1998, p. 60), en el hospital, todas las tareas y actividades a realizar presentan una división sexual en la que como vimos en el párrafo anterior, los R+ asumen el papel masculino dominante y se espera de ellos que mantengan su poder a través de la dominación produciendo en el R- emociones fuertes como son la vergüenza, la humillación, la timidez, la ansiedad y el sentimiento de culpa que son característica frecuentemente expresadas como medio o consecuencia de los maltratos. Al mismo tiempo, se desarrollan sentimientos y pasiones complejas como el amor, la admiración y el respeto por parte del dominado hacia el dominador que lo mantienen en su posición de

6 “Le monde tu travail est ainsi rempli de petits isolats professionnels (service d’hôpital, bureau de ministère, etc.) fonctionnant comme des quasi-familles où le chef de service, presque toujours un homme, exerce une autorité paternaliste, fondée sur l’enveloppement affectif ou la séduction, et, à la fois surchargé de travail et prenant en charge tout ce qui se passe dans l’institution, offre une protection généralisée à un personnel subalterne principalement féminin (infirmières, assistantes, secrétaires), ainsi encouragé à un investissement intense, parfois pathologique, dans l’institution et celui qui l’incarne,” Trad. personal

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

poder y dominación. De algún modo, para que pueda mantenerse la violencia simbólica, debe existir una complicidad inconsciente en la que la complejidad de la relación y la dependencia mutua creada sirven de unión.

Veamos ahora lo que se espera de cada uno de los integrantes de la relación en la violencia simbólica, en función de la posición que ocupan. Según Bourdieu (1998, p.51), se espera del dominado, que se comporte con resignación y discreción, que se adelante a los deseos y necesidades del dominador, que sepa que va a disgustarle y lo pueda evitar. Su identidad es “negativa” es decir que esencialmente está constituida de prohibiciones. Esta descripción aplica sorprendentemente bien a los R- frente a los R+. Así como se espera cierta conducta y ciertas actividades de los dominados, existe una expectativa importante también de lo que debe hacer el dominador. Bourdieu identifica esta expectativa con la del privilegio masculino de la virilidad y de la violencia (Bourdieu, 1998, p.74), que es un deber que tiene el dominador de reafirmar en todas circunstancias. Entiende la virilidad, palabra que viene del latín *vir*: hombre, varón, como lo que hace a un hombre ser realmente digno de su propia idea de hombre y la virilidad está vinculada con la búsqueda de la conservación y el incremento del honor (p.22 y p.72). Para reafirmar la virilidad, el hombre recurre a la violencia (p.77), que también es una manera de demostrar su valentía y se opone a todo lo que se podría asimilar al sentimentalismo o la debilidad. Inconscientemente los dominados esperan de los que los dominan que cumplan con esas características. Otra manera de decirlo en el contexto de las residencias médicas es que los R- quieren R+ fuertes, lo que participa en validar y legitimar la violencia que estos últimos ejercen sobre ellos. Recordemos que la principal herramienta de maltrato en las residencias, es la palabra y en el siguiente párrafo veremos cómo el dominador usa la palabra.

Un aspecto adicional y de particular importancia para el contexto de los maltratos en los residentes descrito por Bourdieu, es la “palabra paterna” que se puede entender como

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

palabra del dominador (Bourdieu, 1998, p.98). En esta parte del libro, el autor analiza una escena del libro *“To the Lighthouse”* de Virginia Woolf y describe como la palabra paterna permite cultivar el estado de “todo poderoso” del padre (o dominador) con el ejemplo de tres oraciones cortas con las que anuncia un futuro temido frente a un reto del hijo: “No vas a lograrlo”, luego habla de su triunfo en retrospectiva: “Te lo dije” y finalmente expresa la decepción de no haber fallado en su predicción: “Esperaba que mi hicieras mentir”. Esas palabras “proféticas” del padre al hijo mantienen su poder psicológico, y no son sin recordar los tratos que dan los R+ a los R- ante los retos académicos teóricos y prácticos a los que están confrontados a lo largo de su formación de especialidad. La similitud de hecho es abrumadora y mantiene en una dominación silenciosa al R- que de algún modo acepta el estado de las cosas y se queda en una postura de sumisión. Con la sola palabra, así como el padre mata el sueño de sus hijos, el R+ mata el sueño del R-, lo humilla y lo deja en un estado pasivo de maltrato psicológico.

Todo lo que acabamos de describir con relación a la violencia simbólica de Bourdieu trasladada al modelo de educación de especialidad en los hospitales parece categorizada en dominación masculina y sumisión femenina y se podría cuestionar su aplicabilidad en un medio que está pasando por una feminización a nivel internacional y en el que encontramos cada vez más mujeres con puestos de responsabilidad tanto clínica como docente. Sin embargo, a pesar de la feminización de la medicina y de la educación médica, los maltratos en los hospitales siguen siendo de actualidad, por lo que nos podemos preguntar si sólo es cuestión de tiempo para ver un estilo distinto de tipo “dominación femenina” con características distintas de la “dominación masculina”. Sin embargo, también para ese tema, Bourdieu tiene una explicación que da luz al fenómeno (Bourdieu, 1998, p 96). El acceso a un puesto de poder por parte de las mujeres las coloca en una posición compleja por el hecho de que esos puestos de poder pertenecieron por muchos años, siglos o milenios a los

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

hombres. Si deciden actuar como mujeres, dan la impresión de no ser capaces de lidiar con la situación porque las personas que lideran no conocen este estilo de liderazgo e intuitivamente e inconscientemente esperan un liderazgo con algún grado de virilidad y violencia y si deciden actuar como hombres, se exponen a perder los atributos obligatorios de la feminidad y de algún modo cuestionan el derecho natural de los hombres a las posiciones de poder. Por lo tanto, finalmente, intentan legitimar su poder reproduciendo los estilos de liderazgo masculinos esperados por las personas de jerarquía inferior, permaneciendo algo parecido a la “dominación masculina”.

Finalmente, el último aspecto de las teorías sociológicas de Bourdieu que se abordará en este trabajo, es el de cómo romper con la violencia sistémica. El autor resalta que la violencia sistémica se encuentra sumamente anclada en las personas, participando de conductas profundamente incorporadas (en el sentido de fusionadas en el cuerpo) que dificulta el cambio. Es muy categórico cuando afirma que no se resuelve la violencia simbólica con la sola conciencia del problema y la voluntad de mejorarlo.

Las pasiones del hábito dominado (desde el punto de vista del género, de la etnia, de la cultura o del idioma), relación social somatizada, ley social convertida en ley incorporada, no son de las que se pueden suspender por el simple esfuerzo de la voluntad, fundado sobre una toma de conciencia liberadora. Si es totalmente ilusorio creer que la violencia simbólica puede ser vencida por las solas armas de la conciencia y de la voluntad, es que los efectos y las condiciones de su eficacia son duraderamente inscritos en los más

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

íntimo de los cuerpos bajo la forma de disposiciones.⁷ (Bourdieu, 1998, p. 60-61)

Bourdieu asegura que no existen soluciones sencillas y rápidas para un problema con esa complejidad y tan enquistado en el tiempo, en las estructuras sociales y en las personas. Lo primero que menciona es la necesidad de cuestionar lo que parece obvio (p.114) frente a instituciones y estructuras que tienden a cultivar permanentemente el orden establecido históricamente que se eterniza. Esta parte inicial puede ser promovida por las víctimas que tienen que reconocer que tienen una participación en la situación y a veces prefieren no pensar en ello por miedo a tener que reconocer que también son actores del problema (p.154). El segundo paso sería trabajar en identificar claramente qué se espera de la contraparte y porqué, ya que es lo que configura las acciones de los demás. Es decir que los R- deberían reflexionar sobre lo que esperan del R+ y comunicarlo y los R+ deberían hacer lo mismo ya que la dominación y la violencia simbólica son un problema relacional y ambas partes deben ser activos en la búsqueda de la solución. El hablar de las expectativas de cada parte reduce la invisibilidad de la violencia simbólica, así como la repetición de los mismos patrones de conducta. Finalmente, Bourdieu hace énfasis en que la violencia se ejerce por complicidad objetiva entre personas y entre estructuras y personas, de ahí la necesidad de implicar en las soluciones a las instituciones involucradas que no pueden deslindarse del problema. En el caso de las residencias, serían tanto los hospitales a través de sus jefaturas de enseñanza y de su profesorado, como las universidades.

⁷ Les passions de l'habitus dominé (du point de vue du genre, de l'ethnie, de la culture ou de la langue), relation sociale somatisée, loi sociale convertie en loi incorporée, ne sont pas de celles que l'on peut suspendre par un simple effort de volonté, fondé sur une prise de conscience libératrice. S'il est tout à fait illusoire de croire que la violence symbolique peut être vaincue par les seules armes de la conscience et de la volonté, c'est que l'effet et les conditions de son efficacité sont durablement inscrits au plus intime des corps sous forme de dispositions. Trad. personal

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

En resumen, los ámbitos hospitalarios y educativos son sumamente jerárquicos, siendo el terreno ideal para que se anclen estas conductas de dominación sobre los de jerarquía inferior y de sumisión por parte de estos últimos. Los de jerarquía superior disponen del poder que ocupan para dominar y los de jerarquía inferior se encuentran en una posición de servicio, de compromiso y de dependencia que dificulta la búsqueda de un cambio que parece inalcanzable. De esta manera, la violencia simbólica se vuelve violencia sistémica, es decir que se vive en un sistema complejo en el que cada uno conoce su posición y no la cuestiona. Los maltratos se encuentran como parte de un orden establecido en el que ambas partes involucradas piensan que se espera de ellas que actúen de cierto modo dentro del sistema hospitalario y educativo y cada uno asume su papel sin cuestionamiento, manteniendo el modelo heredado históricamente. Así es cómo vemos que cuando un residente sube en la jerarquía, hace lo que se espera de él en ese lugar y reproduce las conductas que padeció. En este orden establecido, ambos actores tienen parte activa por lo tanto se espera que, así como ambos son parte del problema, se requiera de las acciones conjuntas de ambos para la solución al problema, así como el involucramiento de las instituciones hospitalarias y educativas.

Después de revisar estos aspectos sociológicos previos que nos ayudan a entender mejor algunas de las características de los maltratos, en especial la relación de dominador-dominado y la complicidad que tienen en esa relación que explica el “*statu quo*” y el silencio en torno al problema, a pesar de las consecuencias negativas de las conductas, dedicaremos el siguiente capítulo a analizar algunos aspectos psicológicos complementarios que pueden explicar otras aristas del comportamiento tanto de las víctimas como de los victimarios y cómo los primeros se vuelven en segundos con el tiempo y el cambio de lugar en la jerarquía hospitalaria.

Capítulo Cuarto: Algunos Análisis Psicológicos de la Base del Maltrato

Cuando se analiza el fenómeno de los maltratos en residentes, llama la atención la pasividad de las víctimas y de los victimarios para tratar de resolver situaciones que de algún modo identifican y reconocen como inadecuadas, lo que lleva a aceptación, minimización y normalización forrados de un profundo silencio que protegen las prácticas y las mantienen en el tiempo. Ahora veremos el interesante concepto de disonancia cognitiva de la psicología social que ayudará a ver desde ambas perspectivas los mecanismos inconscientes que permiten la justificación de acciones que se saben no acordes con los valores y creencias de las personas.

Análisis Psicológico de los Maltratos desde la Perspectiva de la Disonancia Cognitiva de Festinger

La teoría de la disonancia cognitiva de León Festinger es una teoría de psicología social desarrollada al final de la década de los años 50s en su libro *“A Theory of Cognitive Dissonance”* de 1957 (Harmon-Jones y Mills, 2019), que tiene una importancia especial para explicar fenómenos como el que nos interesa. Cuando existe una consistencia o congruencia entre diferentes cogniciones como, por ejemplo, lo que uno piensa sobre un tema y cómo actúa con relación al mismo tema, se habla de la existencia de una consonancia cognitiva. Cuando se pierde esta congruencia, se genera una tensión psicológica por un conflicto entre valores o creencias que se expresa de diferentes maneras como la culpa, el enojo, la frustración o la vergüenza. De manera inconsciente, al encontrarse en este estado incómodo de tensión, el ser humano, utiliza varios recursos cognitivos para tratar de disminuir o eliminar la tensión como son retirar la cognición disonante, añadir una nueva cognición consonante, reducir la importancia de la cognición disonante o incrementar la importancia de la cognición consonante (Harmon-Jones y Mills, 2019, p 4). Para explicar este punto teórico, Festinger utiliza un ejemplo muy claro que es el del fumador habitual que se entera que fumar

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

es malo para la salud. En ese momento, experimenta disonancia por el conocimiento relativo al riesgo para la salud del consumo de tabaco que es disonante con el hecho de que fuma. Esta persona puede reducir la tensión producida por la disonancia cambiando su conducta, es decir dejando de fumar, lo cual sería congruente con el conocimiento que tiene sobre los daños del tabaquismo a la salud. Otras opciones para reducir la disonancia, serían (a) eliminar la cognición disonante, convenciéndose a sí mismo que fumar no tiene efectos tan nocivos sobre la salud (b) añadir cogniciones consonantes, pensando en los efectos positivos de fumar por ejemplo al bajar el estrés o disminuir el riesgo de subir de peso (c) reducir la importancia de la cognición disonante, considerando que el riesgo para la vida que representa fumar es menor que el riesgo de fallecer en un accidente automovilístico y finalmente (d) incrementar la importancia de la cognición consonante, resaltando que disfruta fumar y que es un placer importante para su vida.

Considerando que una persona puede desarrollar procesos cognitivos sobre conductas, percepciones, actitudes y sentimientos, estas teorías se han aplicado a numerosas áreas y situaciones desde los años 60s (Harmon-Jones y Mills, 2019, p.5-6).

En la Tabla 3 se comparan el ejemplo del fumador con el ejemplo del residente que sufre de maltratos y del residente que ejerce los maltratos, tomando en cuenta que la disonancia cognitiva en el fumador es que sabe que fumar es dañino para la salud, pero sigue fumando y en el caso de los residentes es que saben que maltratan o son maltratados y son acciones que reconocen como negativas o inadecuadas y que entran en conflicto con sus valores, pero siguen ejerciéndolas o recibéndolas.

Tabla 3

Comparación de la disonancia cognitiva en el fumador, el residente maltratado y el residente maltratador.

Ejemplo	Fumador	Residente maltratado	Residente maltratador
Cognición 1	Fumar daña la salud	El maltrato daña	El maltrato daña
Cognición 2	Fumo	Soy maltratado	Soy maltratador
Disonancia cognitiva	Fumo pero daña mi salud	El maltrato me daña	Daño al maltratar
Nuevos Procesos cognitivos			
Eliminar cognición disonante 1	Fumar no daña la salud	El maltrato no daña	El maltrato no daña
Eliminar cognición disonante 2	Dejo de fumar	Dejo de ser maltratado, dándome de baja u oponiéndome al maltrato	Dejo de maltratar, voy a contracorriente y rompo con la tradición del hospital.
Añadir cognición consonante	Fumar baja el estrés Fumar ayuda a no subir de peso	El maltrato me forma, me hace más fuerte El maltrato es necesario	El maltrato forma, hace más fuerte al residente. El maltrato es necesario
Reducir la cognición disonante	Fumar es un riesgo más bajo que manejar y manejo diario	Ser especialista es más importante que el maltrato.	El maltrato no es tan terrible, yo logré sobrevivir.
Incremento de la cognición consonante	Disfruto fumar, es una parte importante de mi vida	Soy fuerte y puedo hacer frente al maltrato. Otros lo han logrado	Es bueno maltratar, sólo hago lo que se espera de mí.

En el análisis de la disonancia cognitiva del residente maltratado, el conflicto de valores se origina en que el residente es maltratado y sabe que es algo malo que se debería evitar, pero por otro lado sigue siendo maltratado y la disonancia cognitiva se puede resumir en “El maltrato me daña”. La tensión generada por esta situación se podría disminuir decidiendo renunciar a la residencia o trabajar en poner un fin al maltrato. En los hechos, aún si muchos residentes piensan en renunciar, afortunadamente, no todos lo hacen y muy poco

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

también deciden actuar para poner fin al maltrato. La mayoría entra en nuevos procesos cognitivos para disminuir la tensión (a) eliminando la cognición disonante, negando el daño producido por el maltrato, (b) añadiendo una cognición consonante, convenciéndose de que el maltrato es parte de la formación, que lo hace más fuerte y es necesario, (c) reduciendo la cognición disonante, aludiendo a que ser especialista amerita sacrificios y vale la pena aguantar los maltratos para lograr el objetivo, (d) incrementando la cognición consonante, pensando que finalmente es suficientemente fuerte para hacer frente al maltrato y que otros lo han logrado.

Desde el punto de vista del residente maltratador, el conflicto de valores se ubica en que sabe que el maltrato daña y que es maltratador, lo cual es algo malo que debería evitar. Sin embargo, lo sigue haciendo. La primera opción para resolver la tensión de disonancia cognitiva sería dejar de maltratar, ir a contracorriente y en contra de la tradición del hospital, en contra de lo que se espera de algún modo de él. En los hechos, esa decisión sí sucede, pero al igual que dejar de fumar, darse de baja de un programa o rebelarse ante un trato injusto, es una decisión difícil de poner en práctica. Las alternativas llevan a las conductas más comunes a través de los nuevos procesos cognitivos, (a) eliminando la cognición disonante, negando el daño producido por el maltrato, (b) añadiendo una cognición consonante, convenciéndose de que el maltrato es parte de la formación, que hace más fuerte al residente y es necesario, (c) reduciendo la cognición disonante, sosteniendo que el maltrato no es tan terrible, que él logró sobrevivir, (d) incrementando la cognición consonante, pensando que finalmente, maltratar tiene aspectos buenos y que sólo hace lo que se espera de él. Podemos notar argumentos en espejo, comparando los análisis, en los que se ve que los mismos argumentos, al mismo tiempo justifican el esfuerzo para aguantar los maltratos, o para perpetrarlos.

Este ejercicio ayuda a entender cómo los residentes maltratados construyen nuevos procesos cognitivos que, a pesar de que saben que lo que está sucediendo está mal y les hace

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

daño, los mantiene dentro del círculo vicioso de la sumisión y del maltrato por un lado o del abuso y de la dominación por el otro.

Aronson y Mills, en el texto de Harmon-Jones y Mills (2019, pp.6 -7), explican otra conclusión de un experimento interesante para nuestro objeto de estudio. Se trata de un experimento en el que se expone a una persona a diferentes pruebas de tipo ritos de iniciación para el ingreso a un grupo. Las pruebas eran todas desagradables en diferentes grados (desagrado medio y severo) y producían un rechazo franco por parte de los sujetos de experimentación. Por la similitud ya descrita entre los maltratos en los residentes y los ritos de iniciación y novatadas, se considera pertinente este experimento. Se observó que cuando las pruebas desagradables impuestas a una persona tenían un grado mayor de disonancia cognitiva para ella, se tiende a evaluar más favorablemente al grupo al que se quiere incorporar. Esta persona había creado a través de la disonancia cognitiva, una mejor opinión del grupo a mayor prueba que los autores refirieron como el *paradigma esfuerzo-justificación*. En resumen, a prueba de iniciación más dura, mayor esfuerzo requiere y mayor justificación se encuentra a pesar de la mayor disonancia cognitiva. El paradigma esfuerzo-justificación permite explicar por qué los residentes que quieren ingresar y permanecer en instituciones de gran prestigio, están dispuestos a aguantar maltratos severos, y los justifican, con tal de pertenecer el selecto gremio del grupo de especialistas egresados de ese hospital.

Análisis de los Motivos Psicológicos por los que las Víctimas se vuelven Victimarios

Parecería de primera intención que el vivir y sufrir los maltratos durante los años de formación en los escalones más bajos de la jerarquía hospitalaria permitiría desarrollar una sensibilidad especial al problema y produciría en el R+, una empatía natural y espontánea hacia el R- y cuidaría no repetir el patrón que lo hizo sufrir. Sin embargo, si ese fuera el caso, el maltrato habría desaparecido hace mucho y, por lo contrario, comúnmente las víctimas se

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

vuelven victimarios. Existen varias explicaciones a este fenómeno, las cuales describimos a continuación.

Reflexionemos sobre lo que permite que una persona realice algo que ella y su entorno saben que es éticamente condenable y puede ser hasta legalmente penado. Primero, simplemente porque lo puede hacer, es decir que se encuentra en la posibilidad material de hacerlo y que nadie la detendrá. Es lo que sucede cuando existe una ausencia de autoridad o que la autoridad no cumple con su función y, por lo tanto, ni castiga lo prohibido, ni premia lo autorizado. Desafortunadamente, es un hecho que el involucramiento de las autoridades hospitalarias e universitarias en la regulación de los maltratos en las residencias médicas es mínimo o nulo y que este vacío facilita que se lleven a cabo. Segundo, dentro de la estructura organizacional y de la tradición institucional, es lo que, conscientemente e inconscientemente, se espera del rol del R+, tanto por parte de sus subordinados, como de sus compañeros de misma jerarquía y de sus superiores. Este aspecto quedó explicado a profundidad en la característica sistémica de la violencia simbólica de Bourdieu. Contribuye a mantener la posición de poder del R+. Tercero, a través del mecanismo de disonancia cognitiva de Festinger en el que la víctima y el victimario establecen mecanismos psicológicos cognitivos de justificación de las conductas disonantes. A través de este mecanismo, se perpetua la aceptación de las conductas violentas y se facilita que se lleven a cabo. Cuarto, es la ocasión para los que fueron víctimas de llegar a una posición jerárquica que les permite vengarse de los tratos recibidos, desquitarse con los de debajo de todo lo que sufrieron y aunque es un sentimiento poco racional, el aplicar los maltratos puede dar una sensación de satisfacción y además demuestran a sí mismos que pasaron satisfactoriamente la etapa de ser las víctimas. Quinto, si acudimos a las teorías del aprendizaje social de la agresión desarrolladas por Albert Bandura de la Universidad de Stanford, se relaciona la observación y experiencia directa de agresiones con la repetición de las mismas conductas

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

por parte de la víctima. A pesar de que las teorías de Bandura fueron desarrolladas en el contexto principal de la agresión en la delincuencia organizada, ciertos aspectos de las mismas encontraron aplicaciones en campos mucho más amplios. A continuación, se profundizará en el análisis de las conductas agresivas socialmente aprendidas.

Bandura (1980), define a la agresión como “la conducta que produce daño a la persona y destrucción a la propiedad” (p.309), pudiendo ser el daño físico o psicológico. También reconoce que las personas no nacen sabiendo cómo agredir, sino que “las personas pueden adquirir estilos agresivos de conducta, ya sea por observación de modelos agresivos o por la experiencia directa” (p.312). En el caso del aprendizaje de las conductas por observación, se puede dar deliberadamente o inadvertidamente por la influencia del ejemplo. La persona que observa puede posteriormente repetir las conductas violentas o utilizarlas para trascenderlas y crear nuevas estrategias y conductas violentas. Sin embargo, no todas las personas repetirán las conductas observadas, aún si han adquirido la capacidad para actuar agresivamente, en especial si es una conducta que no ven como útil para ellos o si es sancionada negativamente (p.313). Si la conducta observada fue aprendida e integrada, el contexto social será determinante para que actúe con violencia. El contexto puede aportar lo que Bandura llama las *influencias del modelamiento* (familia, subcultura o medio en el que se desenvuelve o imágenes y palabras como en el modelamiento simbólico), (p.315), que va a favorecer o al contrario limitar el actuar violento. En cuanto al aprendizaje por experiencia directa, Bandura menciona una técnica exitosa utilizada en los grupos delictivos, en la que los niños que tienen una actitud pasiva son agredidos en múltiples ocasiones para producir en ellos las conductas agresivas hacia otros (p.319). Si aplicamos esta teoría al ámbito de nuestro estudio, vemos varios mecanismos de psicología social que contribuyen a que un residente maltratado, maltrate a otros cuando su avance jerárquico se lo permite. Aprende esas conductas por observación, al ver de manera permanente cómo sus compañeros son

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

maltratados de diversas formas, psicológicas o físicas, observa la conducta de los R+ que son sus superiores, además experimenta en carne propia los maltratos, completando la combinación ideal del mecanismo de aprendizaje de las conductas violentas. Si añadimos que el contexto en el que crece dentro del hospital tiene la característica de no penalizar las conductas violentas hacia los R- y, al contrario, las fomenta, el riesgo de que se repitan los maltratos es muy alto.

En el análisis del aprendizaje social de la agresión, el siguiente paso descriptivo que da Bandura es en relación a los instigadores de la agresión (p.320). Además de adquirir patrones de agresión, se genera un odio individual y colectivo hacia cierto grupo y se identifican situaciones (palabras, circunstancias, acciones) que activan o desencadenan la agresión, que suele llevarse a cabo cuando el entorno es suficientemente seguro para minimizar el riesgo de castigo. Por otro lado, las conductas humanas son muy sensibles a los estímulos de modelamiento (el ejemplo, el modelo del otro), por lo tanto, la manera más eficaz de producir una conducta agresiva en una persona es que otros lo hagan también. Además, normalmente la violencia “gratuita” o sin justificación clara, suele ser censurada socialmente y condenada por la propia persona y por lo general acompañada de un castigo. Sin embargo, cuando se ejerce ese tipo de violencia y el entorno es indiferente, no lo castiga o hasta lo aprueba, se comunica al agresor, no sólo que es una conducta aceptable sino esperada por el grupo (p.321). Esta teoría permite entender algunos aspectos adicionales del maltrato en las residencias donde se forma una imagen negativa de los residentes de menor rango, sólo por ser R-, merecedores de odio, aunque pertenezcan o hayan pertenecido en algún momento a ese mismo grupo. Cualquier error o infracción a una regla del grupo (como puede ser sentarse en la fila del salón “tradicionalmente” reservada a un residente de mayor jerarquía), es el gatillo para la manifestación de la violencia, del maltrato. Como se trata de agresiones que suelen ejercer la gran mayoría de un mismo grupo, también existe el efecto de

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

modelamiento, donde se normaliza la práctica y se ve hasta como deseable o esperable, porque los demás también lo hacen y no es sancionada.

Otro concepto de la teoría del aprendizaje social de la agresión que es interesante y aplicable al tema de estudio, son las condiciones de mantenimiento de las agresiones. Para que las conductas permanezcan en el tiempo, debe haber consecuencias que hacen que valga la pena mantenerla (p.331). La agresión también es influenciada por sus consecuencias que pueden ser de diferentes tipos, como una recompensa que ejerce un reforzamiento positivo. Esa recompensa puede ser de tipo social y de estatus, puede también ser una autorrecompensa que suele estar vinculada con el orgullo personal. En el contexto de las residencias, el estatus de R+ va ligado con el permiso implícito de las autoridades de ejercer maltratos a los R- y, por lo tanto, agredirlos refuerza la posición en la jerarquía, da un estatus especial y un reconocimiento social del grupo, el cual también nutre el orgullo del R+.

Una consecuencia para el agresor, por lo contrario, lejos de ser satisfacción personal, puede ser la autocondenación (p.338). La autocondenación suele venir de la mano con mecanismos de neutralización o justificación para reducir el castigo que representa el automenosprecio. Entre los mecanismos que desarrollan los agresores que viven la autocondenación está la atenuación de la agresión por comparación ventajosa, es decir disminuir el alcance de las acciones propias, comparándolas con acciones ajenas peores. En la residencia, podría ser algo como: “Esta guardia de castigo no es nada, a mí me dejaron de guardia de castigo por una semana completa.”. Otro mecanismo es la justificación de la agresión en función de principios más elevados: “Es por su bien, para hacerlo más resistente y fuerte, es formativo, me lo agradecerá cuando esté en el R2”, el desplazamiento de la responsabilidad: “Me dijo el R3 que lo castigara con la guardia, sólo obedecí”. También existe el mecanismo de la difusión de la responsabilidad: “Todos los R2 castigamos con guardia a los R1 que se quedan dormidos en la entrega de guardia” y el de deshumanización

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

de las víctimas (tratando los R- como objeto, dejando de llamarlos por sus nombres).

Adicionalmente, atribuyen la culpa a las víctimas: “Es su culpa, si él fue quien se quedó dormido en la entrega de guardia” o falsean las consecuencias: “Al fin, no pasa nada que no duerma esa noche adicional”. Finalmente, el maltratador acaba encontrando una serie de justificaciones internas que le permiten mitigar el “remordimiento” que siente ante la agresión que ejerce.

En Figura 7, reproduce el análisis del aprendizaje social de que incluye los aspectos que acabamos de describir y que permiten explicar la generación y el mantenimiento de los maltratos en la residencia desde el punto de vista psicológico del agresor (p.311).

Figura 7

Diagrama que describe los orígenes, los instigadores y los reforzadores de la agresión dentro de la teoría del aprendizaje social

ANÁLISIS DEL APRENDIZAJE SOCIAL DE LA AGRESIÓN

ORIGEN DE LA AGRESIÓN	INSTIGADORES DE LA AGRESIÓN	REFORZADORES DE LA AGRESIÓN
Aprendizaje por observación Ejecución reforzada Determinantes estructurales	Influencia del modelamiento desinhibitoria facilitadora activadora acrecentamiento del estímulo Tratamiento aversivo asaltos físicos amenazas e insultos reducción adversa del reforzamiento frustración Móviles de incentivos Control por instrucciones Control simbólico y grotesco	Reforzamiento externo recompensas tangibles recompensas sociales y de estatus expresión de las heridas alivio del tratamiento aversivo Reforzamiento vicario recompensa observada castigo observado Autoreforzamiento autocastigo autorrecompensa neutralización del autocastigo justificación moral comparación ventajosa difusión de la responsabilidad deshumanización de la víctima

Nota: Adaptado de *Modificación de conducta: análisis de la agresión y la delincuencia* (p.311), por A. Bandura, 1980, Trillas.

En este capítulo, pudimos presentar una serie de teorías psicosociales que dan una explicación del ejercicio de los maltratos sobre los de escalones más bajos de la jerarquía de las residencias, así como de la normalización, minimización, aceptación de las prácticas por parte de las víctimas y de la repetición del patrón de violencia cuando las víctimas suben en la jerarquía. A continuación, presentaremos algunas de las consecuencias de los maltratos para dimensionar su efecto objetivo y contemplarlo para las estrategias de prevención y atención del problema.

Capítulo Quinto: Las Consecuencias Objetivas del Maltrato

En este capítulo, intentaremos revisar brevemente algunos aspectos relacionados con las consecuencias de los maltratos. Si bien el objetivo principal de este trabajo es reflexionar sobre las causas de los maltratos, la intención de proponer soluciones nos implica también hacer una revisión breve de sus consecuencias ya que es necesario tomarlas en cuenta para dimensionar el problema y atenderlo adecuadamente. Las principales consecuencias han sido mencionadas en la introducción de esta tesis, en especial su frecuencia reportada en varios estudios. Ahora, haremos una descripción más cualitativa de las mismas.

Los trastornos mentales

Cualquier tipo de maltrato tiene repercusiones sobre las emociones, las cuales suelen ser negativas y persistentes, en especial cuando los maltratos suceden en niños que están en pleno desarrollo psicoemocional, social y educativo. En el caso de los residentes, se encuentran en la etapa adulta joven de su vida a la que, en ocasiones llegaron con ciertos rasgos de vulnerabilidad psicológica debido a su historia personal y familiar, pudiendo ser los maltratos, un factor desencadenante o precipitante de un trastorno mental latente. En los

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

próximos párrafos abordaremos algunos de los trastornos mentales más comúnmente asociados a los maltratos, aunque no se disponga en este momento de elementos suficientes para establecer con certeza absoluta una relación causal entre maltratos y trastornos mentales.

La Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son unas de las patologías mentales más comunes entre los residentes. Se distingue la ansiedad del miedo porque en el caso del miedo existe un objeto que lo produce, la amenaza está bien definida (Dupont, 2005). En el caso de la ansiedad, la amenaza es interna y algo vaga y la respuesta se anticipa al potencial daño. También la ansiedad se distingue del estrés que es una respuesta fisiológica adaptativa para enfrentar situaciones potencialmente peligrosas. Existen diferentes trastornos de ansiedad como la ansiedad generalizada, las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, las crisis de pánico y los trastornos por estrés postraumático. Todas estas entidades patológicas tienen en común la presentación de síntomas emocionales (inquietud psíquica, nerviosismo, desasosiego, aprensión, sensación de peligro, pánico, temor difuso, inseguridad, etc...), cognitivos (preocupaciones excesivas, anticipación del peligro, hipervigilancia), conductuales (inquietud psicomotora, llanto, sentimiento de impotencia, exageración de respuesta de alarma), motores (sobresaltos, sacudidas musculares, cefaleas, cansancio) y somáticos (febrícula, sofocación, escalofríos, sudoración, etc...) (Ferre, 2011). Los trastornos de ansiedad son enfermedades incapacitantes, que interfieren de manera significativa en la calidad de vida de quienes los padecen y en sus actividades de la vida diaria y profesional. El DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría conocida como APA: *American Psychiatric Association*) relaciona este grupo de patologías con la ideación y el intento de suicidio.

Esta descripción de la ansiedad permite apreciar la interferencia que tiene para los residentes que la padecen con la capacidad de dar una atención adecuada a los pacientes. Es

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

de llamar la atención que la prevalencia global de la ansiedad entre los residentes se encuentre por mucho arriba de la prevalencia de la población general. En efecto, en población abierta, la ansiedad afecta al 16% a nivel internacional y a 8.1% a nivel nacional contra una prevalencia de 39% a 69.9% en residentes, encontrando niveles más altos en 2do año (Jiménez-López, Arenas-Osuna y Ángeles-Garay, 2015). Nos encontramos por lo tanto con una enfermedad mental incapacitante que es más de 2 a 8 veces más frecuente en nuestra población de interés que en la población general.

La Depresión

La depresión es un trastorno afectivo que puede ser primario es decir de causa endógena o secundario es decir en reacción a un evento extrínseco (Dupont, 2005). También es uno de los trastornos mentales más frecuentemente encontrados entre los médicos en general y entre los residentes en particular. Entre sus principales manifestaciones afectivas, se encuentran la tristeza patológica, la apatía, la anhedonia, la desesperanza, el decaimiento, la irritabilidad, llanto fácil, pesimismo, culpa, pérdida del apetito, pero se puede acompañar de síntomas cognitivos como alteraciones de la memoria o del habla y somáticos (pérdida de peso, lentitud o agitación psicomotora). Este estado afectivo dura por más de 6 meses y puede durar varios años. Al igual que en el caso de la ansiedad, la calidad de vida de la persona que la padece se encuentra muy significativamente y negativamente afectada e interfiere con el desempeño académico y laboral. También se asocia con ideación suicida e intento de suicidio. Al igual que para la ansiedad, la prevalencia de depresión entre residentes médicos es significativamente mayor a la encontrada en la población general. En efecto, en el mundo, encontramos tasas de depresión del 5.8% en hombres y del 9.5% en mujeres, número significativamente menor en México con 2.5% en hombres y 5.8% en mujeres. Sin embargo, entre los residentes, los datos de prevalencia medida varían de 25% a 79.6% en el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuando a nivel internacional las cifras se encuentran entre 47%

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

y 20% (Jiménez-López, Arenas-Osuna y Ángeles-Garay, 2015). Los residentes son por lo tanto cerca de 10 veces más propensos que el resto de la población mexicana a sufrir depresión.

En un meta-análisis que incluyó 54 estudios de investigación sobre depresión y síntomas depresivos en un periodo de 1963 a 2015 (Mata et al., 2015), se encontraron datos similares a los reportados en México por Jiménez-López, Arenas-Osuna y Ángeles-Garay (el cual fue incluido en el meta-análisis), con el 20.9% a 43.2% de los residentes con depresión o síntomas depresivos, aunque los autores resaltan que prácticamente todos los estudios utilizaron cuestionarios autoadministrados para la obtención de datos que no tienen la misma especificidad y sensibilidad que los instrumentos aplicados por los psiquiatras y que son estándar de oro.

El *Burnout*

El *burnout* es un síndrome (conjunto de signos y síntomas) que aún no se incluye en la clasificación de los trastornos mentales de Estados Unidos (DSM-V), ni de Europa (CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades), sin embargo, fue reconocido desde el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral importante porque afecta la calidad de vida, la salud mental y puede poner en riesgo la vida de quien lo padece. También se conoce como síndrome de desgaste profesional, síndrome del quemado o de sobrecarga emocional. La Dra. Christina Maslach desarrolló el instrumento de evaluación de *burnout* actualmente más utilizado en el mundo (*Maslach Burnout Inventory*) y tiene tres dimensiones evaluadas, el agotamiento emocional, la despersonalización y reducida realización personal (Olivares-Faúndez, 2017). Este síndrome fue inicialmente descrito en profesionales de la salud mental antes de extenderse a otros profesionales de la salud y luego a todos los ámbitos laborales. Maslach define el *burnout* como una respuesta prolongada al

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleador.

El *burnout* ha sido muy descrito entre los residentes médicos. En un meta-análisis realizado por investigadores de Brasil con metodología PRISMA y que incluyó más de 4,600 residentes médicos, se encontró una prevalencia global de *burnout* del 35.7% con variaciones importantes entre las especialidades. En un primer grupo integrado por las especialidades de cirugía general, anestesiología, ginecología y obstetricia y ortopedia, la prevalencia del *burnout* fue la más elevada, llegando a 40.8%. En el grupo de medicina interna, cirugía plástica y pediatría, la prevalencia fue del 30% y en otorrinolaringología y neurología fue de 15.4% (Rodrigues et al., 2018)

El *burnout* también se ha asociado al suicidio entre residentes médicos. Un estudio holandés en más de 2100 residentes a los que se les aplicó el cuestionario de Maslach y se les preguntó sobre la ideación suicida, se encontró que el 20.6% de los residentes padecía *burnout*. La ideación suicida fue significativamente más frecuente entre los estudiantes con *burnout* (20.5%) que entre los que no tenían *burnout* (7.6%) (Van der Heijden et al., 2008).

La Muerte

A diferencia de lo que sucede en las novatadas, en las que la principal causa de muerte es la ingesta desmedida de alcohol o algún traumatismo accidental o producido, en el caso del maltrato en residentes, la principal causa de muerte es el suicidio. La presencia de trastornos mentales clasificados en el DSM, es uno de los principales factores de riesgo para la ideación, el plan y el intento suicidio. Borges en México, (Borges et al., 2005) hizo en población general en el que pudo demostrar que presentar una enfermedad mental estuvo presente en el 60.9% de las personas con ideación, el 75.6% de las con plan y 74.6% de las

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

con intento suicida. En el otro sentido, el tener una enfermedad mental, multiplica por 4.8 la ideación suicida y por 10 el plan o intento suicida.

A nivel internacional, investigadores del Consejo Acreditador de las Escuelas de Medicina en Estados Unidos (ACGME, por sus siglas en inglés), realizaron un estudio sistemático y amplio en todas las escuelas y facultades de medicina acreditadas por el organismo con un total de más de 381,000 residentes en los 14 años que abarcó el estudio, de 2000 a 2014, para conocer las causas de muerte entre los residentes (Yaghmour et al., 2017). Este estudio, publicado en la Revista de la Asociación de Colegios Médicos Americanos: *Academic Medicine*, reveló que 324 residentes fallecieron en el periodo (220 hombres y 104 mujeres) y la primera causa de muerte entre residentes hombres fue el suicidio. En las mujeres, el suicidio fue la segunda causa de muerte, después de las neoplasias y adelante de los accidentes. El suicidio se presentó más frecuentemente al inicio de la residencia y durante el primer y tercer cuatrimestre del año académico, siendo el método utilizado principalmente el uso de arma de fuego y en la misma proporción la sobredosis medicamentosa, seguido por caída de altura y asfixia por ahorcamiento. Los autores concluyen que el suicidio es la causa de muerte prevenible más importante y que se requieren intervenciones preventivas, así como estrategias de seguimiento y detección temprana de enfermedad mental.

Entre los residentes que sufren maltratos y que desarrollan trastornos mentales como los que mencionamos en los párrafos anteriores, existe un riesgo de ideación suicida considerable. Sin embargo, en un estudio sobre el perfil de personalidad de los residentes, salud mental e ideación suicida (Vargas-Terrez et al., 2015), se encontró una prevalencia de 8.0% de ideación suicida entre residentes de los cuales, solamente un 44% pertenecía al grupo de residentes con psicopatologías. El mismo estudio encontró más casos de ideación suicida entre residentes de 2do año, de género masculino y sin pareja. A pesar de que no se dispone de grandes estudios sobre los datos de suicidio entre residentes, se sabe que el 50%

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

de las personas que consuman el suicidio tenía un trastorno depresivo y en menor medida ansiedad y abuso de alcohol y, por otro lado, la presencia de un trastorno mental multiplica por 5 el riesgo de un intento de suicidio (Jiménez-López, Arenas-Osuna y Ángeles Garay, 2015). Existen pocos estudios en residentes sobre la ideación suicida que es el mejor indicador predictor de intento suicidio como los intentos lo son de la consumación. En estudiantes de medicina en México, la ideación suicida se ha encontrado en 1.4% contra hasta 32.3% entre los residentes, siendo 12% el promedio (Jiménez-López, Arenas-Osuna y Ángeles Garay, 2015).

Si bien los medios de comunicación en México han hecho eco de varios casos de suicidio entre residentes en los últimos años, no existe un registro publicado de estos desafortunados desenlaces. El suicidio es la expresión más violenta del malestar existencial que resienten los residentes. Los objetivos del suicidio pueden ser de cuatro tipos, buscar perder la vida como tal, llamar la atención, acabar con el sufrimiento (la ausencia de existencia parece mejor que la existencia sumergida en el sufrimiento intolerable) o vengarse de alguna figura de autoridad (Jiménez-Tapia y González-Forteza, 2003).

Nos encontramos por lo tanto frente a una situación de vulnerabilidad en cuanto a salud mental por parte de los residentes, la cual es muy llamativa y es atribuida por parte de los residentes, por lo menos parcialmente a los maltratos (Derive et al., 2018). Otros factores descritos han sido el perfil de personalidad del médico (Vargas-Terrez et al., 2015), el estrés propio del contacto permanente con la muerte y el sufrimiento ajeno (Jiménez-López, Arenas-Osuna y Ángeles-Garay, 2015), así como comorbilidades físicas y mentales, incluyendo el consumo de alcohol y drogas.

Los Aspectos Educativos y Sociales

Según Vargas-Terrez et al. (2015), “El desarrollo de signos y síntomas mentales en los residentes interfiere con su capacidad de concentración, aprendizaje y en las habilidades clínicas, lo que conlleva un riesgo en la calidad de atención de los pacientes”. Se trata de una observación que puede parecer obvia a la luz de la sintomatología de estos padecimientos que son una de las principales causas de incapacidad laboral en el mundo. Por lo tanto, existen dos grandes consecuencias: (a) el “desperdicio” de recursos humanos y la falta de oportunidad de formación adecuada de los especialistas para los países, lo cual tiene consecuencias sobre el segundo punto, (b) la atención deficiente de los pacientes, por un lado por parte de los residentes durante su entrenamiento que nos les da las condiciones óptimas para sus tareas asistenciales y por otro lado por parte de los especialistas que atenderán en el futuro a sus pacientes con las deficiencias de aprendizaje que tuvieron durante su residencia.

Por lo tanto, existe un vínculo estrecho entre las consecuencias educativas y las consecuencias sociales de los maltratos. Los servicios de salud de calidad son una de las bases fundamentales para tratar de alcanzar el mejor desarrollo social y la mejor calidad de vida y bienestar posible para la población de un país. Obviamente está relacionado con otros conceptos de políticas públicas importantes como la seguridad, el empleo, la estabilidad económica y política, sin embargo, es un aspecto esencial que se está descuidando al dejar que exista la cultura del maltrato en los hospitales.

Otro problema social asociado con los maltratos en los residentes es la acumulación de errores médicos debido a las condiciones físicas y mentales en las que los residentes atienden a los pacientes, así como el maltrato que ellos mismos imponen a los pacientes debido a su propio estado de ánimo. La prestigiosa revista *JAMA Internal Medicine* publicó un estudio realizado en residentes sobre los efectos adversos en hospitales y sus causas (Jagsi et al., 2005). El estudio fue realizado en 689 residentes, entre los cuales el 55% reconoció

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

haberse preocupado por eventos adversos en pacientes, por un procedimiento o por un medicamento y de los cuales dos tercios fueron efectos serios. Atribuyeron el 24% de estos eventos adversos a errores propios, en 19% de los casos por exceso de trabajo, en 20% por falta de supervisión (recordamos que en ocasiones es un tipo de maltrato académico cuando se hace de manera deliberada) y problemas con las entregas de pacientes en 15%. En otro estudio, más del 50% de los residentes reconocieron que trataban mal a sus pacientes debido a los maltratos que ellos mismos recibían (Derive et al., 2018). La misma Suprema Corte de Justicia de la Nación reconoce que para garantizar el derecho a la salud, es necesario contar con servicios de salud de calidad, lo que se logra con educación de calidad, capacitación permanente, experiencia y acceso a la tecnología (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2009). Por lo tanto, los procesos que interfieren con una educación óptima y de calidad, impacta en la calidad de los servicios de salud y finalmente en el derecho a la salud.

Capítulo Sexto: Los Derechos Humanos y La Dignidad del Médico

Cualquier tipo de violencia o maltrato interfiere negativamente con el ejercicio de los Derechos Humanos. Los maltratos en residentes no son una excepción y este hecho explica porque la reacción espontánea frente a los maltratos suele ser la indignación.

Los derechos humanos reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) son derechos que las personas tienen por el simple hecho de ser seres humanos y por lo tanto no dependen de que sean o no reconocidos por los gobiernos o cualquier otra autoridad. Son derechos universales e inherentes a la condición humana, independientemente de cualquier característica personal como la raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (Asamblea General de la ONU, 1948).

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

A continuación, se presentan algunos artículos referentes a derechos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) (Asamblea General de la ONU, 1948) que se seleccionaron por su relevancia en relación con el tema de estudio.

Derechos Humanos de los Residentes

Los tratos recibidos por los residentes durante su formación de especialidad interfieren con el artículo 1 sobre la libertad e igualdad en dignidad y derechos. La rígida jerarquía hospitalaria hace del estudiante de medicina (Interno o pasante de Servicio Social) el último eslabón jerárquico, directamente seguido por el residente de menor año de formación. Como se ha mencionado antes, los principales responsables de los maltratos son residentes de mayores años de formación y médicos con distintos papeles asistenciales y educativos. A menor jerarquía, menor respeto de sus derechos.

De igual manera, atendiéndonos a la definición de discriminación (CONAPRED, 2020), existe evidencia de tratos discriminatorios en las residencias médicas (Derive et al., 2018) que se encuentran proscritos en el Artículo 2 de la DUDH, como lo demuestra la prevalencia de la discriminación socio-económica (14%), de género (18.8%), cultural y étnica (3.5%), religiosa (4.2%), por enfermedad (13.3%), por orientación sexual (4.2%), discriminación hacia la mujer (17%) entre las cuales: solicitar prueba de embarazo negativa como condición para obtención de una plaza de residencia (19%) o amenazas de dar de baja en caso de embarazarse (15%).

El Artículo 3 de la DUDH hace referencia al Derecho a la vida, la libertad y la seguridad de su persona y está relacionado directamente con el Artículo 5 sobre la prohibición de la tortura, penas y tratos crueles, inhumanos o degradantes. En relación a este derecho, se encuentran problemas en la residencia en cuanto a la seguridad de su persona. Los actos violentos en los que consisten los maltratos en ocasiones afectan la seguridad física

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

del residente, en especial las agresiones físicas y el acoso sexual que sufren un porcentaje significativos de los residentes. Podemos ampliar el concepto de seguridad a aspectos relacionados con los maltratos psicológicos que pueden mermar la seguridad de la persona en su integridad. Los maltratos psicológicos son los más frecuentes en todos los estudios y consisten principalmente en humillaciones, gritos, faltas de respeto, culpabilidad por errores de otros. Como consecuencia, pueden llevar a los residentes a daños auto infligidos que van desde el consumo de sustancias ilegales hasta el suicidio, interfiriendo con el derecho a la vida y la seguridad, aunque la intervención de un tercero para llevar a la muerte no sea directa.

Según la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura adoptada por la Organización de los Estados Americanos en 1985, se define la tortura como

“todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflija a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.” (Organización de los Estados Americanos, 1985)

Aunque puede ser controvertido, algunos de los tratos sufridos por los residentes se asemejan a técnicas de tortura como medio intimidatorio o castigo personal como es la privación voluntaria de sueño sin relación a las necesidades de atención de los pacientes y como castigo, la privación de alimentos o la negación del acceso al baño también como castigo. Se han reportados estas tres conductas entre los maltratos físicos en prevalencias

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

importantes: 35% en el caso de la privación de alimentos, 21% en el caso del acceso al baño y 52.2% en el caso de la privación de sueño y descanso o la obligación de realizar guardias de castigo (Derive et al., 2018), las cuales están prohibidas por la Norma Oficial Mexicana de residencias médicas desde 2012 en su artículo 8.1 (NOM-001-SSA3-2012, 2013) y en el artículo 7.1 de la Norma 2022 (NOM-EM-001-SSA3-2022, 2022). El ambiente intimidatorio logrado con estos tratos contribuye a mantener la “ley del silencio” que existe en torno a las prácticas de maltratos en el ámbito hospitalario. El miedo a las represalias de diferentes tipos: bajas de los programas de especialidad o del hospital, calificación reprobatoria, acusación ante la jerarquía, castigo, son algunos de los motivos por los que los residentes no reportan los tratos inapropiados que reciben.

En el Artículo 16, se defiende la Protección de la familia y el artículo 25 incluye la protección a la maternidad que está ligada a la protección de la familia. Este derecho está vinculado en el caso de los residentes con las pruebas de embarazo realizadas a las mujeres que se mencionaron en el análisis del artículo 2 sobre la discriminación y que claramente no abona a la protección de las familias de los residentes. El requisito de prueba de embarazo negativa para ingresar a la residencia o las amenazas de baja en caso de embarazo durante la residencia ejerce una presión importante sobre las residentes que les impide ejercer libremente su derecho a fundar una familia. En México, la Norma Oficial Mexicana para Residencias (NOM-EM-001-SSA3-2022, 2022), no contempla ninguna protección especial de las mujeres residentes embarazadas, solamente la justificación de las ausencias por incapacidad, a diferencia de otros países y el embarazo es visto como una condición indeseable porque la incapacidad por maternidad y en algunos casos por enfermedad que acompaña el proceso fisiológico del embarazo, implica un menor rendimiento laboral. Sin embargo, debe ser obligación de la jefatura de enseñanza del hospital el encontrar opciones desde la organización del trabajo en los servicios y la eventual contratación de personal

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

suplente para cubrir las necesidades de atención clínica dentro del hospital para permitir a la futura madre que pueda gozar de los tiempos contemplados por la ley del trabajo para atender su salud y su hijo. Igualmente, en el caso de la maternidad, el hecho de que una mujer esté embarazada, en vez de ser protegida durante su maternidad, es discriminada para el ingreso a la residencia o amenazada de baja. Además, no se contemplan ajustes de horarios ni funciones acordes a sus necesidades de salud en los programas de residencia.

El residente médico tiene dificultades para hacer valer su derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión reconocido en el artículo 18 de la DUDH. el 10.5% de los residentes dice haber tenido que realizar procedimientos que van en contra de su conciencia (Derive et al., 2018). El derecho a la objeción de conciencia para médicos y enfermeros se encuentra reconocido en México en el artículo 10 bis de la Ley General de Salud publicado el 11 de mayo 2018 en el Diario Oficial de la Federación (Ley General de Salud, México, 1984). Sin embargo, a pesar de que los residentes son médicos titulados y con cédula profesional y deberían poder ejercer su derecho a la objeción de conciencia, en la residencia, existe una presión jerárquica con amenazas de baja de programas altamente competitivos cuando no realizan los procedimientos solicitados.

En el Artículo 23 se menciona el derecho a remuneración equitativa y satisfactoria, que podemos poner en paralelo con el Artículo 24 sobre el Derecho al descanso, disfrute del tiempo libre, limitación razonable de la duración del trabajo. El sueldo promedio de los residentes en México es de \$12,000 a \$14,000 mensuales (Gaceta del Senado, 2019) que son pagados en forma de una beca que pueden percibir los residentes con la prohibición de realizar cualquier otra actividad remunerada durante sus estudios. El número promedio de horas semanales laboradas varía entre los diferentes tipos de especialidad. En las quirúrgicas, el rango es de 68 a 100 horas y en las médicas de 48 a 86 horas (Prieto-Miranda et al., 2015), lo que correspondería a un sueldo promedio de 32 a 67 pesos por hora por responsabilidades

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

muy altas sobre la vida y la salud de los pacientes. Uno de los reclamos más importantes de los residentes es que consideran su remuneración insuficiente para llevar una vida digna, lo cual es entendible cuando se sabe que el 42% de los residentes tienen uno o más dependientes económicos (Derive et al., 2018).

Finalmente, el Derecho a la educación, reconocido en el Artículo 26, cobra una especial relevancia en nuestro tema de estudio debido a las características formativas de la residencia médica. Es común que los residentes sean vistos por los hospitales como “mano de obra” de bajo costo y se privilegien las tareas asistenciales (atención clínica de los pacientes) sobre las actividades de enseñanza, llegando a existir el maltrato académico que es el 2do tipo de maltrato más común en la residencia (Derive et al., 2018). Consiste en castigar al residente mediante una medida académica como negar el acceso a la enseñanza (reportado por 37.1% de los residentes). Es sumamente paradójico pensar que se castiga a un estudiante, retirando el derecho a estudiar. Si bien el derecho a la educación en el sentido de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se refiere a la educación básica gratuita, se puede interpretar en un sentido más amplio y extrapolar a las residencias médicas. Cabe mencionar que, en México, ni las Universidades, ni los Hospitales tienen la obligación de remunerar a los profesores titulares de los programas de residencia, los jefes de servicio y médicos adscritos que deben supervisar las actividades académicas de los residentes. Esta falta de remuneración de la actividad docente en el hospital tiene varias consecuencias: la falta de motivación de los profesores, el sentimiento de que se le resta importancia a la actividad docente, el dejar en segundo plano la docencia frente a la carga asistencial o el delegar esta responsabilidad a residentes de años más avanzados. En ocasiones, no reciben ni siquiera una constancia de valor curricular por haber tenido a su cargo un programa de residencia. No sería correcto generalizar, algunos médicos asumen esta función de manera heroica por una profunda vocación de transmisión del conocimiento en su especialidad, facilitada por el

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

enfoque docente de su institución hospitalaria, como es el caso de los Institutos Nacionales de Salud o los grandes “hospitales-escuela” que atraen a excelentes médicos-docentes por dicha característica. Sin embargo, no es el perfil más común de los responsables de programas de residencia. Existe una negación del gobierno a reconocer como prioritario la retribución económica de los profesores de especialidad y no se ha asignado presupuesto para tal efecto, lo que contribuye de alguna manera a mantener la baja valoración de la docencia.

El análisis de Jongitud y Vázquez-Martínez (2021) sobre la regulación de las residencias médicas en México y derechos humanos, en el que estudian tanto la norma oficial vigente como el proyecto de norma del 2018 pone en evidencia varios aspectos importantes de destacar. El estudio tuvo el propósito de evaluar si las normas cumplen con los requerimientos para garantizar la protección de los derechos humanos reconocidos tanto en tratados internacionales como a nivel del Estado mexicano, durante la formación de recursos humanos en salud. Si bien el objetivo de la NOM-001-SSA3-2012 es “garantizar la formación óptima de los médicos especialistas sin menoscabo de la seguridad de los pacientes o de la atención a la salud de la población” (NOM-001-SSA3-2012, 2013), y el proyecto de Norma 2018 incluye el punto 10.1 que reconoce el derecho a recibir “una educación de posgrado en un ambiente de respeto de sus derechos humanos, equidad e igualdad”, ninguna de las dos normas permite garantizar que se logren los objetivos por ausencia de definición de mecanismos para investigar y sancionar las infracciones a las normas. Después de la publicación del estudio de Jongitud y Vázquez-Martínez, se publicó la Norma 2022 (NOM-EM-001-SSA3-2022, 2022) que reconoce los derechos antes mencionados en los mismos términos en su artículo 9.1, sin embargo, tampoco se aclara cómo se implementa y garantiza estos derechos.

Al concluir la revisión de todos los derechos de los residentes afectados por los maltratos, parece importante reflexionar sobre la justicia que debe ser garantizada por el

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Estado. En algunas de sus formas, los maltratos sufridos por los residentes están tipificados como delitos en el Código Penal Federal de México (1931). Por ejemplo, son delitos penales: el robo, (art.367), las lesiones (art. 288), el abuso sexual (art. 260), el hostigamiento sexual (art. 259) y el delito de amenazas (art. 282), los cuales son frecuentes como se describió en la introducción a esta tesis. Sin embargo, son poco denunciados y perseguidos (Derive et al.,2018), evitando así que se haga justicia, contribuyendo a una impunidad que permite que se mantengan esas prácticas dañinas.

Deberes de los Residentes

En el entendido de que siempre corresponden deberes a derechos y que los sujetos de derechos tienen deberes, la Declaración Universal de los Derechos Humanos incluye dos deberes que inician y concluyen dicho documento internacional, enmarcando así por su relevancia todos los derechos. Estos deberes son obligaciones de toda persona y obviamente aplican también a los médicos en general y a los residentes en particular. El primero está plasmado en el Artículo 1 (Asamblea General de la ONU, 1948, DUDH, Art. 1) y consiste en el deber de comportarse fraternalmente los unos con los otros. El gremio médico para los médicos que han concluido sus estudios suele estar muy unido y vivir la fraternidad, compartiendo códigos éticos que guían su práctica clínica y que también tienen una función protectora ante la sociedad. En muchos países, los médicos acostumbran demostrar esta solidaridad fraterna absteniéndose de cobrar honorarios a sus colegas médicos y sus familias. De hecho, en los países francófonos, los médicos se dirigen los unos a los otros con la palabra de “*confrère*” o “*consœur*” cuya traducción literal sería “cohermano” o “cohermana” para demostrar la unión fraterna que los vincula, que comparten una misma profesión y que se encuentran en igualdad social. En 1948, la Asociación Médica Mundial publicó una actualización del juramento hipocrático que se conoce como la Declaración de Ginebra o Juramento de Fidelidad Profesional (Asamblea General de la Asociación Médica Mundial,

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

1948). Dicho juramento suele leerse al momento de la obtención del título de médico, en una ceremonia solemne. Incluye entre sus preceptos el siguiente: “Considerar como hermanos a mis colegas”, demostrando la relevancia de la fraternidad en la profesión médica. Sin embargo, durante la residencia, la relación entre superiores jerárquicos y residentes dista mucho de tal fraternidad, mostrando al contrario conductas opuestas donde la agresión y la humillación dominan. No es sin recordar lo mencionado previamente en cuanto a las diferentes etapas de los ritos de iniciación en el primer capítulo de esta tesis, como si los maltratos fueran antropológicamente un paso necesario para alcanzar la fraternidad.

La segunda referencia a deberes en la Declaración Universal de los Derechos Humanos aparece en el Artículo 29.1. “Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad” (Asamblea General de la ONU, 1948, DUDH, Art. 29). En cuanto seres humanos, los deberes de los residentes son los mismos que los de cualquier otra persona, sin embargo, podemos cuestionarnos sobre los deberes propios del médico hacia la comunidad que parecen ser el cuidado de su salud, incluyendo la prevención, la atención y la rehabilitación de enfermedades, con la mayor calidad posible. El residente, siendo médico en formación, por lo tanto, tiene como principal deber hacia la sociedad, el alcanzar el mayor y mejor grado de preparación tanto desde el punto de vista científico como humano para poder servir a la comunidad en sus necesidades de salud. Al ser víctima de maltratos, existe una interferencia importante con la capacidad de aprendizaje que podríamos llamar un “desperdicio formativo” con una pérdida de oportunidad de enseñanza de calidad. Los residentes con enfermedades mentales, secuelas de los maltratos como lo comentamos previamente no pueden aprovechar los espacios y tiempos de desarrollo de competencias profesionales de manera óptima. La inversión de los recursos públicos en la formación de los residentes, la cual es sumamente costosa, no da los frutos esperados. la eficiencia educativa se ve afectada significativamente.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Finalmente, se trata de un problema de justicia dado que la persona más afectada en todo este proceso es la que se encuentra en la situación más vulnerable; es decir, el paciente, el enfermo. Y con esta idea, pasamos al siguiente párrafo en el que brevemente veremos de qué manera se afectan los derechos humanos de los pacientes a causa de los maltratos en residentes.

Derechos Humanos de los Pacientes

Cuando consideramos el funcionamiento de los hospitales, y en especial de los hospitales públicos, el primer actor de la atención de salud de los pacientes - que además pueden encontrarse sumergidos en varias condiciones de vulnerabilidad como la enfermedad, la discapacidad, la dependencia, la edad avanzada, el nivel socioeconómico o cultural bajo - suele ser el residente. Todas las personas tienen reconocido su derecho a la seguridad social y a la asistencia médica (Asamblea General de la ONU, 1948, DUDH, Art. 22) pero los maltratos en residentes tienen como consecuencia una mala atención de los pacientes como lo reconocen el 58% de los residentes al momento de preguntarles sobre este delicado tema (Derive et al., 2018). Si sumamos a esta percepción que el cansancio y la privación de sueño se asocian con errores en la práctica médica (Jagsi et al., 2005), finalmente, el paciente acaba pagando un costo alto por los maltratos hacia los residentes y sus derechos relacionados con la atención de salud se ven afectados. Entre los diferentes tipos de violencia dentro de los hospitales y sistemas de salud, el de la violencia obstétrica está cobrando cada vez más relevancia y ha motivado un análisis a nivel internacional en la Organización de Naciones Unidas, el cual fue publicado en 2019 con el nombre de “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”. En dicho informe, entre las causas identificadas de la violencia obstétrica, y de manera acorde con las publicaciones citadas antes, se hace referencia a las malas condiciones de trabajo del personal de salud que

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

atiende a las mujeres embarazadas, haciendo explícito que el círculo de violencia en el que vive el residente afecta también a la calidad de la atención obstétrica (Asamblea General de la ONU, 2019, D.39 y 40).

A modo de conclusión del análisis de los maltratos en residentes desde la perspectiva de los Derechos Humanos, dichos maltratos se enmarcan en un contexto de violencia interpersonal presente durante la etapa de formación de especialidad y ejercida principalmente por personas con papel educativo importante en el proceso de aprendizaje. Por definición, la violencia y por lo tanto el maltrato entra en conflicto con los Derechos Humanos. El análisis detallado de cada uno de los múltiples tipos de maltrato permite identificar los derechos afectados; algunos de ellos son fundamentales. Por otro lado, se puede encontrar cierta similitud entre los maltratos en residentes y la tortura como la combinación de diferentes tipos de castigos con componentes psicológicos y físicos que tienen consecuencias muy serias sobre el desarrollo de las personas. Finalmente, se hace visible con este estudio que el residente no es la única víctima de los maltratos que sufre, sino que los pacientes y la sociedad en su conjunto también lo son, lo cual da un alcance al problema mucho mayor al que aparece a primera vista. Los beneficios que se podrían obtener de una mejora en los maltratos en residentes son muchos y ésta podría ser una motivación para movilizar diferentes actores para trabajar en conjunto en soluciones eficientes al problema, como los hospitales, las universidades, el gobierno, las asociaciones de estudiantes o la sociedad en general.

Dignidad del Médico

¿Qué es la Dignidad Humana?

El reconocimiento de los derechos de las personas marca una serie de obligaciones que se imponen a cada uno de los miembros de una sociedad para lograr una convivencia armoniosa. Los derechos y obligaciones dentro de las sociedades dependen de los valores que

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

se quieran defender o custodiar en esa sociedad y por lo tanto de un contexto cultural específico, en un momento histórico particular. La dignidad humana se puede ver como el valor supremo de todos los valores y es lo que impone desde el punto de vista moral el respeto al otro, a su persona y a sus derechos. La dignidad es la cualidad intrínseca de todo ser humano que impone a sí mismo y a los demás seres humanos una obligación moral de trato respetuoso irrenunciable. La dignidad de una persona por lo tanto no depende de sus características individuales o de su capacidad de realizar ciertas funciones, sino del simple hecho de ser un ser humano con un sentido de vida propio y que es un fin en sí mismo. “Lo que llamamos dignidad humana denota conciencia del valor del ser humano.” (Kuçuradi, 2016, p 101). En este sentido, todos los seres humanos tienen una igual dignidad y de la dignidad humana surgen los derechos humanos.

¿Existe Alguna Situación Especial que Hace Distinta la Dignidad del Médico de la de Otras Personas?

De manera tradicional, podemos decir que el médico ejerce una profesión ampliamente reconocida a nivel social por el servicio a la comunidad que representa y es una figura de autoridad moral en todas las culturas que le otorga una dignidad especial acompañada de un respeto popular marcado. Hasta hace menos de 100 años, el médico era el único enlace real de la comunidad con la ciencia y la técnica vertidas al servicio de la salud de la gente, lo cual contribuyó a enaltecer su figura social ya que se evidenciaba el alto valor de sus conocimientos y habilidades. Según la clasificación de García-Cuadrado de los diferentes tipos de dignidad humana, (García-Cuadrado, 2012) el médico cumple con las características para poseer las cuatro acepciones de la dignidad humana: *la dignidad natural* que poseen todos los seres humanos, *la dignidad social* que es el prestigio social que alcanza una persona por el modo excelente en que ejerce su profesión, *la dignidad pública* que corresponde a una persona en virtud del puesto de poder que desempeña en la sociedad y la

dignidad moral que es aquella a la que toda persona está llamada según el recto uso de su libertad y que se encuentra en las personas virtuosas.

El médico, al igual que las personas que tienen otros poderes en la sociedad como los religiosos, los abogados o los políticos, aparece como una persona con una posición social con alto compromiso con relación a la dignidad propia y de los demás, en especial de sus pacientes. A continuación, analizaremos cómo los maltratos tienen consecuencias sobre la dignidad del médico.

¿Cuáles Son las Consecuencias de los Maltratos en Residentes Sobre la Dignidad del Médico?

En su libro “*Le combat pour les droits de l’homme. El combate por los derechos humanos*” y en el artículo “*The concept of human dignity and its implications for human rights*” (Kuçuradi, 2019) la Dra. Ioanna Kuçuradi, tratando de explicar la relación entre filosofía y derechos humanos en una entrevista periodística dice que “si consideramos la tortura desde el punto de vista ético y filosófico, nos damos cuenta que la tortura no socava la dignidad humana de la víctima ni la degrada” (Kuçuradi, 2016, p.97). A primera vista, se contradice aquí lo que se entiende comúnmente por tortura y dignidad y como menciona la autora, hasta los conceptos que se ven reflejados en el título de la “Convención contra la tortura y otras penas y tratos crueles, inhumanos o degradantes” de las Naciones Unidas. La autora continua para explicar su argumento⁸:

[la tortura] socava la dignidad humana de quien tortura. Protegemos la dignidad humana o la socavamos con lo que hacemos y *no* con lo que nos

⁸ “*Elle porte atteinte à celui qui torture. Nous protégeons la dignité humaine ou nous lui portons atteinte par ce que nous faisons et non par ce que nous endurons, mais il s’agit de notre propre dignité humaine, car nous sommes responsables de ce que nous faisons et non de ce que les autres nous font. Ce que nous faisons ou nous abstenons de faire dépend de chacun d’entre nous, autrement dit, agir conformément à la dignité humaine dans nos relations avec les autres êtres humains est un problème qui concerne notre relation éthique avec nous-mêmes, bien que nos actions soient dirigées vers les autres*”. Trad. personal

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

hacen sufrir a nosotros, pero no se trata de *nuestra propia* dignidad humana, porque somos responsables de lo que hacemos y *no* de lo que los demás nos hacen. Lo que hacemos, o dejamos de hacer, depende de cada uno de nosotros, dicho de otro modo, actuar de conformidad con la dignidad humana en nuestras relaciones con los demás seres humanos es un problema que concierne nuestra relación ética con nosotros mismos, aunque nuestras acciones estén dirigidas hacia los demás (Kuçuradi, 2016, p.97).

A la luz de este sólido argumento y aplicando un razonamiento similar, sólo sustituyendo la tortura por los maltratos que, como vimos anteriormente, tienen cierta similitud, nos encontramos que lo que se afecta en los maltratos en residentes es la dignidad del victimario, del médico especialista o del residente de mayor jerarquía ya que es responsable de sus acciones no éticas y no actúa de manera acorde a su propia dignidad humana hacia las víctimas. De este modo se invierte la impresión inicial errónea de que la víctima está perdiendo su dignidad por los maltratos. Más bien, la víctima mantiene su dignidad, aunque estén afectados sus derechos y el victimario actúa en contra de su propia dignidad humana.

Roberto Spaemann coincide con este análisis y aporta elementos complementarios cuando afirma que:

La dignidad del hombre es inviolable en el sentido de que no puede ser arrebatada desde fuera. Únicamente puede ser lesionada por otro en la medida en que no es respetada. Quien no la respeta, no se apropia de la dignidad del otro, sino que pierde la propia. Lo que puede ser arrebatado a otros es, en todo caso, la manifestación externa de la dignidad (Spaemann, 1987).

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Por lo tanto, cuando se lleva a cabo una humillación en el marco de un maltrato a un residente, el maltratador no se apropia la dignidad de la víctima, volviéndose él mismo más digno, sino al contrario, pierde su propia dignidad y la víctima, en su humillación no es capaz de manifestar la plenitud de su dignidad como hombre, sin embargo, no la pierde. Por la situación accidental, no puede expresar su dignidad en su grado máximo.

Si observamos al residente de jerarquía superior y al médico especialista titulado como el victimario de los residentes de niveles jerárquicos inferiores, nos encontramos con una imagen del médico en oposición total con la figura social esperada del médico que debería participar con el ejercicio de su profesión en la custodia de los derechos de las personas y del absoluto respeto a su dignidad. Este hecho contribuye, junto con otros elementos como el cambio en el modelo de relación médico-paciente, a la pérdida de prestigio de la figura del médico y conforme se haga más luz sobre este fenómeno y sea del conocimiento público, se dañe más la figura y la autoridad moral del médico. La dignidad del médico tiene un lugar especial en el panorama de valores morales y sociales que es importante mantener junto con su prestigio en la más alta posición, evitando por su propio bien, el de sus víctimas, el de sus pacientes y de la sociedad en general, a toda costa el maltrato que ejerce sobre quiénes son y serán sus colegas profesionales. Si un médico es capaz de infligir tratos crueles a sus subordinados o a sus pares, ¿qué confianza puede inspirar a sus pacientes y a la sociedad? Como pacientes, ¿nos gustaría poner uno de nuestros bienes más valiosos entre sus manos? ¿Le confiaríamos la salud de nuestros hijos, padres, cónyuges o hermanos?

Después de este análisis de los aspectos sociológicos, antropológicos y psicológicos de los maltratos en residentes, haremos un breve recuento de las razones para una condena moral de estas prácticas.

Capítulo Séptimo: Las Razones para una Condena Moral del Maltrato y Necesidad de Recuperar la Confianza en el Médico

En capítulos anteriores se trató de entender si los maltratos se pueden considerar como algún tipo de rito de iniciación, rito de paso o de integración al gremio muy reconocido socialmente de los médicos especialistas. A pesar de que es posible reconocer cierta analogía entre los maltratos y estos ritos, existen elementos que nos hacen pensar que no se trata solamente de eso. Aún si lo fueran, con un sentido antropológico y sociológico profundamente arraigado, no se podrían justificar ciertas prácticas sumamente destructivas ya que también los ritos tienen sus límites en cuanto a lo moralmente justificable.

Posteriormente evaluamos a los maltratos bajo el enfoque de las novatadas que son una práctica muy antigua que está vinculada de algún modo a los ritos de paso. Las novatadas comparten características con los maltratos como lo analizamos en detalle, pero también son distintas en varios aspectos relevantes, motivo por el cual tampoco se pueden asimilar los maltratos a las novatadas. Aún si fuera el caso, las novatadas son condenables en todos los excesos peligrosos para la salud física y mental de los novatos. No olvidemos que estas prácticas siguen cobrando la vida de jóvenes cada año en diversas partes del mundo.

Algunos defensores de estilos docentes enfocados en el miedo, el castigo físico, la humillación del estudiante, dirán que la “letra con sangre, entra” y que son estrategias que han probado ser eficaces por mucho tiempo. Encuentran ahí una manera de justificar los maltratos. Sin embargo, los tiempos han cambiado y se han logrado grandes avances en la enseñanza y en el desarrollo del conocimiento dejando atrás estos métodos que antes se pensaban indispensables. La búsqueda de una motivación genuina y profunda para el estudiante, la admiración que puede tener por su maestro como modelo de conocimiento y como modelo humano a seguir tienen un poder admirable para facilitar y fomentar el estudio y el aprendizaje.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Los maltratos en sí mismos son condenables desde el punto de vista moral, por la obvia interferencia con el goce de los derechos humanos de las víctimas. Lo son también por su crueldad y por sus consecuencias sobre los residentes, sobre los pacientes y todo el sistema de salud. Sin embargo, no podemos olvidar tampoco sus efectos negativos sobre el victimario, tienen efectos de deshumanización ya que actúa en contra de la expresión plena de su propia dignidad humana. Afecta la calidad humana del médico y al mismo tiempo merma la confianza del paciente de manera individual y grupal hacia el médico y la profesión médica en general, contribuyendo al desprestigio de la figura del médico. Desde la antigüedad, el médico se dio cuenta de la importancia de la ética profesional en la profesión médica para construir y resguardar el prestigio profesional y plasmó los principios éticos en diversos textos entre los cuales, el más conocido y difundido aún en la actualidad, es el juramento hipocrático. La transmisión de los conocimientos de una generación de médicos a la siguiente, así como el tipo de relaciones que deben existir entre discípulo y maestro se expresa claramente. El juramento hipocrático tiene como primer compromiso adquirido solemnemente por el médico ante los dioses, el respeto a sus maestros al mismo nivel que a sus padres, y a los hijos de sus maestros como a sus hermanos. Se plantean también tres tipos de estudiantes a los que cada médico se compromete a formar: sus propios hijos, los hijos de sus maestros y los discípulos que hayan prestado el juramento de los médicos. En el texto griego original traducido por Lara Nava et al. (2000), el médico jura en primera persona:

Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciere falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si es que tuvieran necesidad de aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato; hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y todas las demás enseñanzas de mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que hayan

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

suscrito el compromiso y estén sometidos por juramento a la ley médica, pero a nadie más.

El enfoque de las recomendaciones sobre la relación entre maestro y discípulo se hace en el sentido de las obligaciones que tiene el estudiante hacia su maestro que incluye un compromiso más allá de las actividades de aprendizaje ya que contempla el hacerse cargo de las necesidades materiales del maestro como lo haría el estudiante con sus padres. Poco dice de lo que se espera del trato del maestro hacia los estudiantes, aunque queda claro que el estudiante está llamado a ser maestro y que el tipo de relaciones dentro del gremio es similar a las relaciones familiares ya que utilizan las figuras de los padres, hijos y hermanos para describirlas. El lugar que ocupa la ética de la relación entre el que enseña y el que aprende en el juramento hipocrático demuestra lo fundamental que es para el prestigio de la profesión, lo cual permite entender mejor también, cómo una relación violenta, de maltrato y humillaciones, afecta el prestigio de la figura médica y de la profesión. La Declaración de Ginebra (Asociación Médica Mundial, 1948) o “Promesa del médico” que mencionamos previamente en este texto como el Código de Ética Médica internacional incluye un apartado dedicado a la relación estudiante – maestro que está redactado en los siguientes términos: “OTORGAR a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen”. Se puede observar que en esta actualización del juramento hipocrático se evidenció la necesidad de un trato respetuoso por todas las partes y también, a través de la palabra “gratitud” que tanto maestros como colegas y estudiantes, tienen algo que aportar, ofrecer y compartir en la relación y en la comunidad médica. El romper la promesa solemne del médico tiene claras consecuencias negativas para él mismo, para el gremio y para la sociedad, en este aspecto, como en cualquiera de los demás incluidos en la Declaración (respeto a la dignidad del paciente, no discriminación de los pacientes, respeto del secreto profesional, etc...).

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Por lo tanto, independientemente de la arista por la cual se quiera analizar el fenómeno del maltrato, nos encontramos ante la necesidad de expresar una firme condena moral.

Como lo presentamos en este trabajo, los maltratos contribuyen a mermar la confianza que tiene la sociedad en la figura del médico. En los siguientes párrafos, analizaremos la necesidad de recobrar la confianza en el médico.

En su artículo “*Recovering the confidence in science: The social prestige of science*”, el Dr. Evandro Agazzi (Agazzi, 2016) demuestra cómo el prestigio social y cultural que adquirió la ciencia entre mediados del siglo XIX y mediados del siglo XX en el mundo occidental, se debió al alto nivel de conocimiento aportado por la ciencia, con características de conocimiento de la verdad, certidumbre y universalidad, así como el crecimiento de las ciencias naturales. Las ciencias naturales adquirieron prestigio tanto en el plano teórico como en el plano práctico, demostrando el alcance de lo que puede hacer el hombre y cómo la tecnología se logra poner al servicio del hombre y de su bienestar. Los avances científicos se han apreciado particularmente, aunque no exclusivamente, en el área de las ciencias de la salud en general y de la medicina en especial, y han participado en la concepción positivista de la sociedad y de la civilización, permitiendo el “progreso” en la sociedad occidental. Se asumía que los científicos hacen su trabajo en conciencia y existía una confianza plena en la ciencia, conocida como científicismo que es la teoría según la cual los únicos conocimientos válidos son los que se adquieren mediante las ciencias positivas. Este pensamiento marca significativamente la civilización moderna. Si bien se reconocía que podían existir riesgos y peligros de la tecnología, se consideraban solamente como un mal uso de algo bueno en sí. El autor explica que después de esta etapa de confianza plena en la ciencia y como consecuencia de la destrucción masiva de las bombas atómicas que marcaron el final de la segunda guerra mundial, se empezó a condenar el uso militar de los desarrollos tecnológicos nucleares y más

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

adelante civiles con el accidente de la central nuclear de Chernóbil. Luego, con el deterioro del medio ambiente, la contaminación del aire, agua y suelo, se empezó a considerar que la ciencia disminuye la calidad de vida del ser humano y creció la hostilidad contra la ciencia y la tecnología, con movimientos sociales y culturales anti-ciencia totalmente opuestos al cientificismo. La pérdida del prestigio científico práctico se acompañó de pérdida de prestigio científico teórico y se pasó de ver a la ciencia como capaz de resolver todos los problemas humanos, a la anti-ciencia, a pesar de que existen buenas razones de creer en la tecnología. Entre otros elementos, el autor reflexiona sobre la importancia de la integridad científica en la investigación como elemento fundamental para la construcción de la dignidad y el prestigio de la ciencia. En base a este análisis, si ponemos atención en lo que sucedió con la medicina, vemos que se trata de la rama práctica de las ciencias naturales que ha puesto al alcance de la población una manifestación directa y concreta del progreso científico. Reconocemos en el médico, la figura emblemática del científico que lleva los avances tecno-científicos al pie de la cama del paciente y participa así en el control de su dolor y sufrimiento, en la prolongación de su esperanza de vida y en su calidad de vida. En el periodo del cientificismo marcado por la confianza plena en la ciencia, la relación médico paciente se caracterizaba por ser paternalista, con un médico poseedor del conocimiento científico y técnico, merecedor de confianza total, poco sujeto a los cuestionamientos de sus pacientes y un paciente en un rol más pasivo, receptor del conocimiento del médico que consideraba sería siempre aplicado en conciencia y para su bien. El médico gozaba de un prestigio social y cultural alto, de la plena confianza de sus pacientes y de la sociedad y diversas tradiciones gremiales (entre los cuales los códigos deontológicos y juramentos, sociedades y asociaciones médicas de actualización y acreditación profesional, entre otros) los unía y permitían el mantenimiento de su prestigio. Existía una importante asimetría en los conocimientos científicos y la capacidad de uso de la tecnología entre el médico y el paciente que hacía del médico una persona de poder y

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

ampliamente respetada. En las últimas décadas, el modelo de relación entre el médico y su paciente ha cambiado significativamente al mismo tiempo de su prestigio social y cultural ha ido disminuyendo, de manera sincrónica con el movimiento anti-ciencia. Empezó a crecer el escepticismo hacia la ciencia y a pesar de los avances tecno-científicos objetivamente buenos, la relación médico-pacientes se volvió un contrato entre un usuario de un servicio y el prestador de ese servicio y ha crecido la desconfianza hacia los médicos. Se sospecha de su integridad y de su ética, en especial en cuestiones económicas o relacionadas con conflictos de interés con la industria farmacéutica o biomédica, han crecido las demandas legales hacia los médicos y se ejerce una “medicina defensiva”, poniendo criterios defensivos en la atención de pacientes por encima de los criterios médicos y humanos. La autoridad moral del médico ha ido disminuyendo conforme al incremento de la autonomía del paciente. Si bien la autoridad del médico en ocasiones se pudo haber confundido con autoritarismo y es impensable que actualmente el paciente sea mantenido en la ignorancia sobre sus procesos de salud-enfermedad, tampoco se puede considerar que el paciente goza de una autonomía absoluta y el médico es solamente un ejecutor de las decisiones del paciente. No queda duda que el acceso a la información permitido por la tecnología actual ha cambiado significativamente la relación médico-paciente y que estamos presenciando un momento en el que se está ajustando dicha relación de forma dinámica para lograr colocar cada integrante de la relación en su justo lugar y con una justa participación. Adicionalmente, en una sociedad en la que se ha buscado la igualdad, el respeto de la dignidad y de los derechos humanos y se ha condenado en ese proceso, abusos anclados y normalizados por mucho tiempo en la sociedad, no es de sorprender que poco a poco salgan a la luz y levanten la indignación social, los que suceden dentro del hospital y de la universidad como es el caso del tema que nos interesa. Las prácticas humillantes y violentas, como lo hemos visto ampliamente a lo largo de este trabajo, se suman a la lista de elementos que han hecho entrar la profesión

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

médica en la crisis de confianza por la que pasa actualmente. Dicha crisis no es conveniente ni buena para ninguna de las partes involucradas y las aportaciones que se puedan hacer para contribuir a mitigar o mejorar alguno de los aspectos que participan en el desprestigio como lo son los maltratos en la educación médica, tiene un valor propio y se ve como necesario, aunque será insuficiente si no se logra un cambio en las demás áreas. En el siguiente capítulo, presentamos una propuesta con un enfoque principalmente centrado en la educación.

Capítulo Octavo: ¿Qué Hacer en la Práctica? Una Propuesta desde la Perspectiva Educativa

El médico en su persona e imagen gremial debe ser merecedor de confianza por parte de sus pacientes y de la sociedad en general. ¿Cómo se logra esta confianza en el médico? Debe existir una unidad del médico como persona, como clínico y como profesor. Es inconcebible que un médico pueda ser un buen médico si es mala persona o mal profesor, como es inconcebible que ser una buena persona o un buen profesor sea suficiente para garantizar que el médico sea bueno. Esa unidad de vida que implica que todos los aspectos del médico sean congruentes, esa vida íntegra, se construye desde la infancia, con la educación familiar y escolar temprana, pero se consolida durante los estudios superiores en cada etapa y requiere de un plan de formación específico, visible, congruente, progresivo y sólido que no puede ser un “apéndice” menor humanista, poco valorado, anexo a un plan de formación centrado exclusivamente en la ciencia y la tecnología. El compromiso de formación en la integridad personal debe ser visible y recordado periódicamente de manera individual y grupal para que sea un compromiso gremial, generacional, en el que la unión fraterna con los colegas sea una fortaleza para lograr su implementación en la vida profesional diaria. A continuación, con la propuesta para generar un cambio favorable frente al problema del maltrato en las residencias médicas, integraremos los diversos aspectos

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

estudiados a lo largo de los capítulos previos de este trabajo para elaborar una propuesta sólida que parte de la educación universitaria.

Aportaciones del Estudio de las Causas de los Maltratos a la Propuesta

A lo largo del desarrollo de este trabajo, integramos conceptos de diferentes áreas del conocimiento que son complementarios en el entendimiento del fenómeno del maltrato en las residencias. De las teorías sociológicas de Van Gennep, Gluckman, Turner y Leach, aprendemos que parte de estas conductas violentas se puede asimilar a unos ritos de iniciación, de paso o de integración que tienen un sentido humano profundo, sociológicamente anclado en los comportamientos humanos desde las sociedades primitivas y que ha permanecido con algunas modificaciones en el tiempo. Segalen y Aizpún nos muestran cómo las novatadas - con las que también los maltratos en la residencia comparten aspectos significativos – son una expresión de esos ritos que seguimos encontrando en las sociedades modernas y que tienen un significado importante y arraigado en la educación universitaria. Querer simplemente suprimir o eliminar por medidas represivas esas prácticas no permitiría que se cumpla con esa necesidad humana de ritos para la integración de un individuo a un grupo. De hecho, como lo vimos en este trabajo, los intentos que se han hecho en este sentido desde el Emperador Justiniano han fracasado porque no se veía la función de fondo con la que se trataba de cumplir a través de las novatadas. Por lo tanto, la propuesta debe estar enfocada a sustituir las prácticas que tienen consecuencias negativas graves, por otras que permitan cumplir con el objetivo de integración al grupo, reforzar el sentido de pertenencia a una profesión, a una institución educativa o hospitalaria, evitando la violencia o las humillaciones que incluyen los procesos actuales.

Por otro lado, con el análisis de los maltratos bajo la perspectiva de la violencia simbólica de Bourdieu, se evidencia la importancia de reconocer la responsabilidad de los residentes de menor rango jerárquico (los dominados) en el problema, de cuestionar lo obvio

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

en las relaciones, de involucrar al hospital y la universidad en la corrección de las prácticas abusivas y de hablar con claridad de lo que cada quien espera del otro. El residente de menor jerarquía debería esperar del residente de mayor jerarquía o del médico adscrito que sea para él un compañero, un padrino, un educador, un mentor, un apoyo, un líder positivo y el residente de mayor jerarquía o cualquier profesor debería esperar tener en su alumno o en el residente de menor jerarquía un compañero, un alumno, una oportunidad de crecimiento personal y profesional, un miembro de un equipo de trabajo del que tiene que sacar el mayor potencial profesional y humano. La característica central de la relación entre R+ y R- debería ser la fraternidad y el compañerismo.

Desde los aspectos psicológicos que fomentan que los maltratos se acepten y se justifiquen a través de la disonancia cognitiva de Festinger, aprendemos la importancia de la concientización de qué son los maltratos y de sus consecuencias, así como de la dificultad que existe para romper con esas prácticas por la justificación inconsciente de las conductas que entran en conflicto con nuestros valores para evitar el malestar psicológico producido por la disonancia cognitiva. Conservamos también de este estudio la importancia de incrementar la resolución de la disonancia cognitiva mediante el reconocimiento de las acciones contrarias a nuestros valores y la creación de nuevas conductas apegadas a ellos, eliminando la cognición disonante del maltrato, en vez de la justificarla.

De los fenómenos psicológicos del aprendizaje social de la agresión de Bandura, que explica la transmisión de las conductas violentas de una generación a la otra y como las víctimas se vuelven victimarios, resaltamos la importancia de la denuncia de los maltratos, de la condena de los mismos y de las sanciones que son una herramienta útil para evitar su normalización y la repetición del patrón violento.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Para la elaboración de la propuesta, también son relevantes las experiencias académicas de varias universidades en relación a las iniciativas centradas en diversos aspectos de la educación médica y que tuvieron o prometen tener resultados positivos medibles en los próximos años como las de Lau et al., Lind et al. o Leisy et al..

Finalmente, las iniciativas de las agrupaciones de estudiantes y universidades, en especial las de los últimos años que se describieron en los capítulos anteriores, también se tomarán en cuenta para la propuesta.

Propuesta de Acciones desde la Universidad

La formación de una persona inicia desde sus primeros años en el seno de la familia y luego con la educación primaria, secundaria y la preparatoria. Este comentario obvio viene a colación para enfatizar que la educación y la formación de las personas es un proceso continuo y que pretender que todo las fortalezas o dificultades que se encuentran en las etapas de educación universitaria se deben a las acciones de la Universidad sería incorrecto. Algunos de los rasgos de la personalidad de los estudiantes que se desarrollan desde antes de la etapa universitaria serán más favorables que otros para un buen desempeño en los estudios y en la profesión, como tener una buena autoestima y confianza en sí mismo sin que llegue a la arrogancia, ser responsable o tener una buena estabilidad emocional, entre otros. La autoestima alta se ha relacionado con una mayor resiliencia durante los estudios de medicina (Kubrusly et al., 2019), y tiene sentido tomarlo en cuenta para la selección de los candidatos a ingresar a las escuelas de medicina, de tal manera que cuenten con herramientas personales favorables para lograr ser médicos. Sin embargo, este tema no se desarrollará en el presente trabajo y nos limitaremos a proponer acciones con los estudiantes que se encuentran inscritos a los programas de licenciatura y posgrados en medicina. Así como la preparatoria “prepara” para el ingreso a la Universidad como su nombre lo indica, el pregrado “prepara” para la especialidad. A lo largo de los estudios de medicina, la participación directa de la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Universidad en los procesos formativos va cambiando. Conforme el estudiante pasa más tiempo en prácticas en el hospital, se reduce el contacto que tiene con la Universidad, el cual se vuelve muy reducido durante los estudios de especialidad. Sin embargo, la Universidad tiene mucho que aportar en cada una de las fases de la formación médica y, de manera congruente con la tendencia que se refleja en las Normas Oficiales Mexicanas, se requiere de un mayor involucramiento de la Universidad en la especialidad, en especial en la atención del ambiente de aprendizaje de la residencia. La formación de médico es un proceso largo y continuo que inicia con la licenciatura para concluir con la subespecialidad y cada paso de esta formación es un ladrillo que se va sumando a la construcción del edificio del conocimiento médico, el cual necesita cimientos sólidos desde la licenciatura. Por este motivo, empezaremos con propuestas para el pregrado que consideramos de importancia para el tema que no ocupa.

Pregrado

El Desarrollo de las Habilidades Blandas.

En México, los estudios de medicina de pregrado se desarrollan en promedio entre los 18 y los 24 años de edad, momento del desarrollo del adulto joven en el que las relaciones interpersonales son fundamentales tanto entre pares como entre estudiantes de distintas generaciones, entre estudiantes y profesores y entre estudiantes y autoridades de la Universidad. En los primeros años de los estudios, existe una ventana de oportunidad importante para incidir en la calidad de estas relaciones desde la Universidad ya que se trata del momento de interacción más cercana con el estudiante. La construcción de relaciones de calidad depende de muchos elementos que pocas veces se encuentran en los planes de estudios, pero que en los últimos años han sido motivo de discusiones académicas cada vez más frecuentes en el ámbito de la educación médica y que son conocidas como habilidades blandas o “*soft skills*”. Las habilidades blandas en la educación médica, se han vinculado con

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

seguridad del paciente y calidad de la atención (Goldman y Wong, 2020), a mejores habilidades blandas, mayor seguridad del paciente y mejor calidad de la atención médica. Goldman y Wong las definen como “las habilidades necesarias para trabajar con personas y equipos, que generalmente se aprenden con el tiempo, en escenarios experienciales (por ejemplo, la gestión del cambio, el liderazgo, la reflexión y evaluación crítica de proyectos”. Se contraponen a las habilidades duras (“*hard skills*”) que son aquellas habilidades susceptibles de ser enseñadas y aprendidas en escenarios educativos tradicionales. A pesar de que se distinguen los dos tipos de habilidades, existe una vinculación fuerte entre ellas. Entre las propuestas de Goldman y Wong para el desarrollo de las habilidades blandas en la educación médica, resaltamos la importancia que da a la enseñanza multidisciplinaria, en especial la sociología, la administración y la bioética, de la cual hablaremos ampliamente más adelante. La discusión interdisciplinaria permite llegar a colaboraciones de más largo plazo. El autor considera también que, así como hace unas décadas, se hizo un esfuerzo para integrar las ciencias fundamentales o básicas con las clínicas, desde los primeros años de la carrera, ahora, se tiene que trabajar en la integración de las habilidades blandas dentro de los planes de estudio junto con las habilidades duras. Por otro lado, es necesario tomar en cuenta las habilidades blandas en la evaluación de la educación médica, a pesar de que las habilidades duras son más fáciles de evaluar porque son más cuantitativas y medibles con evaluaciones tradicionales. La evaluación de las habilidades blandas es más cualitativa y requiere de una mayor cercanía del profesor con el estudiante. El profesor debe poder observar al estudiante durante sus interacciones con los demás, para evaluar qué tan capaz es de negociar, colaborar o liderar (entre muchas otras habilidades), darle retroalimentación y pedir retroalimentación de otras fuentes (compañeros, otros profesores, pacientes...), ayudar al estudiante a elaborar un portafolio de actividades, entre otras estrategias de evaluación.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

La incorporación a los programas de la enseñanza y de la evaluación de las habilidades blandas por parte de las Universidades, se presenta como una necesidad para mejorar las herramientas con las que cuentan los estudiantes para mejorar su comunicación con los demás y prevenir dificultades que surgen en el ámbito hospitalario al margen del conocimiento científico duro. Algunas de las habilidades blandas que se consideran importantes son: el autoconocimiento, la capacidad resolutive, el pensamiento crítico, el pensamiento creativo, el manejo del estrés, la toma de decisiones asertivas, la actitud positiva, la motivación, la curiosidad, la gestión eficiente del tiempo, el trabajo en equipo, el trabajo colaborativo e interdisciplinario, la inteligencia emocional, el liderazgo, la empatía, el equilibrio de vida, la prevención y el manejo del *burnout*, la resiliencia, la flexibilidad y la adaptabilidad, la comunicación eficiente, la ética profesional, el compromiso con el otro, la honradez y la integridad académica. Todas las habilidades antes mencionadas rebasan claramente los contenidos de una materia clásica de ciencias básicas o clínicas, sin embargo, se pueden trabajar en todas las materias, de manera paralela e integrada con los contenidos científicos duros de los programas. Tomemos como ejemplo una materia fundamental del primer año de la carrera: la anatomía. Esta disciplina requiere de mucho estudio de conocimientos teóricos y práctico de las estructuras macroscópicas del cuerpo, su morfología y su relación con otros órganos. Esta materia, en la que generalmente los estudiantes viven su primer contacto con la muerte, también puede ser ocasión del desarrollo de habilidades blandas importantes como el trato respetuoso al cadáver, parte de la ética profesional y primer paso del trato respetuoso al animal de laboratorio y más adelante al paciente. De igual manera, las prácticas de disección son uno de los primeros escenarios donde los estudiantes integran un equipo de trabajo manual en torno a un “paciente”, el cual requiere de un líder y de una comunicación adecuada dentro del equipo. Deben aprender a colaborar para encontrar las estructuras buscadas, aprovechando las fortalezas de cada uno de los miembros del equipo

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

y supliendo sus debilidades. Los estudiantes tienen que tener curiosidad y al mismo tiempo ser pacientes para encontrar cada estructura, a veces descubren variaciones anatómicas y aprenden que no todo es tal y como está dibujado en el libro; trabajan de este modo su flexibilidad. Aprenden a controlar su estrés para no lesionar estructuras frágiles con movimientos brusco y a manejar adecuadamente sus tiempos de trabajo para poder llegar al objetivo de la práctica en el tiempo asignado. Tienen que desarrollar resiliencia y tolerancia a la frustración cuando la práctica no les sale como querían. Durante la disección, implementan el método científico, con una hipótesis, por ejemplo, sobre la localización de una arteria, que tratan de comprobar con un experimento práctico que consiste en buscarla en el lugar indicado por la teoría, para finalmente llegar a una conclusión concreta, desarrollan su pensamiento analítico. En los últimos años, en parte debido a la complejidad y el alto costo de adquisición y conservación de los cadáveres humanos y en parte debido a los avances tecnológicos, se ha visto una tendencia a sustituir las prácticas en anfiteatros con cadáveres por prácticas en simuladores, en mesas de disección virtual, con imágenes digitales de alta definición que se pueden ampliar a voluntad, reconstrucción 3D, recorridos virtuales endocavitarios, etc... Si bien toda esta tecnología tiene un alto valor para el aprendizaje, el tener todas las respuestas a la curiosidad por descubrir la anatomía a un “click” de distancia, es también una pérdida de oportunidad de adquisición de las habilidades blandas que mencionamos anteriormente, por lo que se debería considerar estos nuevos recursos didácticos como complementarios de las prácticas tradicionales de anfiteatro.

Este ejemplo de la integración del desarrollo de las habilidades blandas junto con las habilidades duras en la anatomía, se puede replicar en muchos otros escenarios de aprendizaje, en especial los que son teórico-prácticos y requieren de trabajo en equipo. ¿Qué relación tiene la adquisición de las habilidades blandas en el pregrado con los maltratos en la residencia? Forma parte de las herramientas que la Universidad puede ayudar a desarrollar y

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

consolidar en los estudiantes para tener una formación más integral y que les permita afrontar de manera más positiva y constructiva las dificultades propias de la residencia y lograr relaciones interpersonales y estilos de comunicación con sus pares, con otros estudiantes y con sus autoridades que sean asertivas.

La Formación de los Valores.

Además de los conocimientos científicos que han sido el centro de la educación médica, en los últimos 100 años, en especial con los avances tecno científicos aplicados al área de la salud tanto en diagnóstico como en tratamiento y rehabilitación, las Universidades deben hacer un esfuerzo especial para la formación de valores de sus estudiantes, desde su ingreso a los primeros años de la licenciatura. Con valores, nos referimos a valores humanos universales, dirigidos a buscar el bien objetivo y evitar el mal objetivo. La formación de valores no es tarea fácil y no inicia con la etapa universitaria, sin embargo, es un buen momento para reforzarla. Una formación humana antropológica y filosófica que invita al estudiante a reflexionar sobre qué y quién es el hombre, más allá de sus aspectos biológicos ampliamente tratados en la carrera, permite tener una mirada distinta hacia el paciente, el colega, el compañero y hacia uno mismo. Presenta los fundamentos de valores tan importantes en la profesión médica como lo son: el servicio, la empatía, la paciencia, la bondad, la gratitud, la humildad, la sinceridad. Desde el punto de vista práctico, esta formación teórica se ve muy bien complementada con actividades de labor social que son oportunidad de vivir esos valores. La entrega de tiempo y conocimientos (aún si son limitados al inicio de los estudios) a los más pobres y los que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad consolida los valores esenciales esperados del médico. La Universidad puede propiciar este tipo de actividades desde el pregrado, tanto para la formación de su comunidad universitaria como para la retribución social.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Más adelante en sus estudios, con una buena y sólida formación humanística previa, los estudiantes cuentan con los fundamentos para poder estudiar bioética. En la actualidad, prácticamente todas las escuelas y facultades de medicina incluyen en su plan de estudios de la licenciatura, como materia obligatoria u optativa, por lo menos una materia de bioética. El estudio de la bioética, con su carácter constitutivo interdisciplinario, aporta elementos valiosos para la formación de las conciencias y para la toma de decisiones éticas en escenarios clínicos complicados. En los programas de materias de bioética de pregrado, se esperaría que se incluya la presentación de la historia del nacimiento de la bioética, conceptos filosóficos fundamentales como la dignidad humana, los derechos humanos, la persona, los principios de la bioética (autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia, subsidiariedad, solidaridad, bien común, riesgo-beneficio, mal menor, no discriminación, equidad, transparencia, la justicia distributiva, etc...) , la descripción de las principales corrientes bioéticas actuales, los marcos legales normativos en los que se ejerce la profesión médica y que tienen una vinculación directa con la bioética, los principales problemas bioéticos a los que se ven confrontados los estudiantes y más adelante los profesionales de la salud, entorno al inicio de la vida, el final de la vida, la ética de los trasplantes, la relación médico-paciente, los derechos de los pacientes, los derechos del médico, la ética de la investigación básica, clínica, en salud pública, en situación de emergencia epidemiológica, en animales, los métodos de deliberación de casos bioéticos, el funcionamiento de los Comités de Ética de la Investigación, de los Comités Hospitalarios de Bioética y los Comités de Trasplantes, la ciencia y biotecnología y sus aplicaciones, los fines de la medicina, el transhumanismo, el posthumanismo, la ecología y el medio ambiente, las políticas de salud, los problemas éticos de la migración, la pobreza, los conflictos de interés en la medicina, entre otros temas. Esta enumeración no es ni exhaustiva ni limitativa, sin embargo, permite percibir la amplitud de los temas bioéticos relacionados con la salud y el ejercicio de la medicina. Idealmente, la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

enseñanza de la bioética debería ser interdisciplinaria, con la participación en los cursos de profesores de distintas áreas del conocimiento, principalmente de las tres disciplinas troncales de la bioética: la filosofía, el derecho y las ciencias de la salud. Siendo la bioética una rama de la ética aplicada, se espera también que los estudiantes adquieran habilidades resolutivas frente a problemas bioéticos de la vida diaria del médico. Para lograr este objetivo, la discusión de casos médicos con contenido bioético es útil y permite de poner en práctica los métodos de deliberación dentro de los mismos grupos de estudiantes. Las herramientas y habilidades que se adquieren en estas materias, darán a los estudiantes, durante su entrenamiento hospitalario, un mejor acercamiento a los problemas encontrados dentro del hospital, tanto con los pacientes como con sus compañeros o sus autoridades, los identificarán mejor, de manera más sistematizada, los analizarán a la luz de los conflictos de valores y tendrán la capacidad de visualizar los diferentes cursos de acción extremos e intermedios, teniendo más discernimiento para la toma de decisiones.

Otra manera de participar en la formación integral de los estudiantes es fomentar en ellos un estilo de vida sano desde el inicio de sus estudios. En muchas ocasiones, el ingreso a la carrera de medicina, con su gran carga de estudio, implica que cambie significativamente el estilo de vida del estudiante en comparación con la etapa de la preparatoria. A veces deja a su familia para ir a vivir solo cerca de la universidad, tiene poco tiempo para hacer ejercicio, seguir practicando sus aficiones artísticas o de esparcimiento, cultivar su espiritualidad, convivir con sus amigos y su familia, preparar sus alimentos o bien tiene carencias económicas con impacto en todas las esferas antes mencionadas. La Universidad no puede resolver todos los problemas de los estudiantes, sin embargo, debe apoyar a los estudiantes para que puedan tener acceso a actividades culturales, artísticas, deportivas, que puedan profundizar en su vida espiritual (facilitar que puedan asistir a las fiestas o eventos propios de su religión) y participar de la vida universitaria y tener actividades sociales. Se pueden

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

proponer campañas para el cuidado a la salud, la correcta alimentación, la higiene del sueño y la prevención de adicciones e invitar a los estudiantes que formen agrupaciones estudiantiles que permitan la sana convivencia intergeneracional, organicen diferentes tipos de proyectos con valor formativo y sean incluidos a través de sus representantes en la toma de ciertas decisiones de la Universidad. Algunas iniciativas de grupos estudiantiles tienen un efecto positivo sobre la apropiación y consolidación de los valores, como lo es por ejemplo la creación de “Comités de Honor y Justicia” que les permite analizar problemas y situaciones de contenido ético moral que suceden en su entorno para evaluarlos y llegar a conclusiones sobre las medidas a tomar para sancionar a los responsables e implementar estrategias de prevención de conflictos.

Estos aspectos de formación humana integral del estudiante de medicina abonan a la competencia del profesionalismo del perfil de competencias del médico mexicano (Abreu et al., 2008). Dicho documento fue elaborado por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, con el objetivo de plasmar las 7 competencias que la Universidades deben comprometerse a desarrollar en sus estudiantes de medicina. Las competencias integran conocimientos, habilidades, actitudes, siendo un muy buen ejemplo de la combinación y complementación de habilidades duras y blandas. La competencia del dominio ético y profesionalismo incluye el compromiso con el paciente, con la sociedad y el humanismo, con la profesión y el equipo de salud y consigo mismo además del manejo ético de los conflictos de interés. El compromiso con el equipo de salud menciona entre otros apartados, que se logra “combatiendo el abuso, el maltrato, la intimidación o el hostigamiento del personal de salud.” (Abreu et al., 2008, p. 22), recordándonos que la competencia del profesionalismo bien desarrollada y consolidada incorpora el compromiso firme de ayudar a reducir los maltratos en las residencias.

Los Programas de Salud Mental.

Durante el pregrado, los estudiantes se ven confrontados a múltiples retos en cada etapa de su formación, los cuales pueden afectar su salud mental y tener un impacto sobre su desempeño académico que en ocasiones concluye en una baja de los programas. La elaboración de un programa de salud mental en el que se identifiquen estos retos y se ajusten acciones preventivas en forma de pláticas, talleres grupales o atención individual, además de ofrecer atención de los problemas de salud mental ya instalados, permite mitigar el impacto negativo a corto, mediano y largo plazo que pueden tener para el estudiante. Los principales retos del pregrado de medicina son la adaptación a la etapa universitaria y en especial al estilo de estudio que se debe ajustar a una fuerte carga de trabajo, el manejo del tiempo y del estrés, el primer contacto con el cadáver y la muerte, el inicio del contacto con los pacientes y con ellos con el sufrimiento ajeno, el presenciar la muerte, el incremento de las responsabilidades dentro de los hospitales a partir de los cursos clínicos, el Internado Médico de Pregrado, el Servicio Social, las guardias, la reducción del tiempo de sueño, el trabajar bajo la estricta jerarquía hospitalaria y la preparación al Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas. Si la Universidad identifica claramente los momentos de mayor tensión y prueba emocional, así como sus causas, puede poner a disposición de sus estudiantes, un plan de atención que contribuya a cuidar la salud mental de los estudiantes, desde la prevención y la atención.

Para los estudiantes de pregrado, contar con estos apoyos y desarrollar recursos propios para afrontar los retos de la residencia puede significar vivir la especialidad de manera distinta, más favorable o con consecuencias menos destructivas en situaciones adversas.

La Ceremonia de la Bata Blanca.

Las Escuelas y Facultades de medicina suelen contar con algunos eventos formales y públicos que marcan el inicio o la conclusión de los estudios como lo son las ceremonias de inicio de curso, de fin de curso o las graduaciones. Más adelante retomaremos la importancia de dichos eventos. Entre estas ceremonias, existe una con significado muy particular, que se lleva a cabo durante el pregrado, pero tiene un impacto positivo en diferentes sentidos y en especial en la prevención de los maltratos en la residencia. Se trata de la ceremonia de la bata blanca, conocida en Estados Unidos como “*White Coat Ceremony*”, abreviada “*WCC*”, que se inició a finales de los años 80s en ese país y actualmente se ha difundido en varias partes del mundo. A continuación, haremos una descripción de la misma con algunas recomendaciones para reforzar el valor simbólico de rito de iniciación y de integración de los más jóvenes y fomentar relaciones intergeneracionales sanas desde la licenciatura.

Como hemos comentado anteriormente en este trabajo, los estudios de pregrado de medicina comienzan con las ciencias fundamentales para luego pasar a las ciencias clínicas en las que los inicia el contacto con los pacientes. Los estudiantes empiezan a usar la bata blanca (distinta de la bata de laboratorio), para acercarse a los pacientes para realizar historias clínicas. Al ponerse la bata, se identifican con el gremio médico, la bata blanca limpia y bien planchada, tiene un papel, cara a la higiene, pero también simboliza la pureza, la sabiduría y el compromiso del médico con su paciente. Suele estar bordada con el nombre del estudiante y tener el escudo institucional, lo que permite que el estudiante se identifique frente al paciente, tanto de manera individual como grupal, reconociendo su pertenencia a cierta universidad. Por lo tanto, el portar la bata blanca de su universidad da un sentido de pertenencia importante que une a los estudiantes de diferentes generaciones. El sentido de organizar una ceremonia solemne para entregar a cada estudiante su propia bata blanca, es primero el de reconocer la importancia del paciente y de una presentación digna y pulcra ante

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

él, para generar confianza y establecer una buena relación médico-paciente. Segundo, es un reconocimiento público, ante la sociedad, los seres queridos, las autoridades de la universidad y los compañeros estudiantes, de un fuerte compromiso de servicio que se adquiere a partir de este momento y en el que se concentran los conocimientos científicos y habilidades en el fin concreto de la medicina que es la atención al paciente. Es de particular importancia involucrar a amigos y familiares en las celebraciones de este tipo, debido a que refuerza los vínculos con los estudiantes y que, contar con una red de apoyo familiar y amigos mientras se estudia medicina, es uno de los factores que permite desarrollar una mayor resiliencia y satisfacción con los estudios (Kubrusly et al., 2019). Tercero, se demuestra con la bata la pertenencia a un grupo de estudiantes, de una generación y una institución específicas que los identifica y los identificará a lo largo del resto de sus estudios y de su práctica profesional.

Para describir este tipo de eventos, se presentará el ejemplo de la ceremonia de la bata blanca de la Universidad Panamericana que se sumó a la iniciativa anglosajona organizándola por primera vez en 2006 gracias al impulso del Dr. Gregorio T. Obrador y del Dr. Carlos Fernández del Castillo, para marcar el paso del tercer al cuarto semestre de la Licenciatura que corresponde al primer ingreso al hospital con la materia de fisiopatología y propeútica. El evento es público, con la asistencia de invitados y familiares de los estudiantes, profesores y autoridades de la Escuela de Medicina y la máxima autoridad de la Universidad (Universidad Panamericana, 2022). Participa una persona destacada del ámbito médico como invitado especial con un discurso sobre el significado de la bata blanca. Se procura busca a un médico ejemplar como médico y como persona, que sea un modelo digno de admiración para los estudiantes.

Las palabras del Dr. Enrique Ruelas Barajas durante la ceremonia de la bata blanca de la generación 2018-2024 de la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana, reflejan muy bien el “poder” de la bata blanca:

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Con sus batas blancas se abrirán para ustedes de par en par las puertas de los hospitales, de las clínicas, de los consultorios. También se abrirán las almas de sus pacientes, ansiosos de alivio. Del alivio que esperarán de ustedes. Las batas blancas les conferirán poder...pero también una enorme responsabilidad.⁹

Se da también la palabra a un representante de los estudiantes, al director de la carrera y al Rector de la Universidad. Se entregan las batas de manera individual, en un acto solemne donde los estudiantes pasan al estado, reciben su bata y se la ponen frente al público. Posteriormente, cuando todos los estudiantes tienen su bata puesta, se voltean hacia los asistentes y leen en voz alta el Juramento Hipocrático por primera vez en sus estudios (la segunda se hace durante la ceremonia de graduación), adquiriendo un compromiso ético fuerte delante de sus seres queridos, compañeros y profesores. Para concluir, se ofrece un vino de honor, donde se comparten alimentos en un ambiente fraterno. El evento, que se transformó en una tradición después de más de 15 años de celebrarse cada año, tiene un fuerte componente ritual, con la inclusión del himno universitario por excelencia, el *Gaudeamus Igitur* (“Alegrémonos pues”) y del himno propio de la Universidad. Con el paso de los años, se fueron añadiendo nuevos símbolos a la ceremonia inicial y el más significativo fue la inclusión de la figura del “padrino”, propuesta por el Dr. Carlos Fernández del Castillo. El padrino es un estudiante de generaciones anteriores que es elegido por uno de los estudiantes de tercer semestre para que sea quien le entrega y le pone su bata durante la ceremonia. Ser padrino es voluntario, pero es significativo para el estudiante de nivel superior, es a la vez un honor y una responsabilidad, la de estar presente y guiar al estudiante apadrinado durante sus estudios. Ser padrino se ha vuelto algo a lo que los estudiantes más avanzados en la licenciatura aspiran, que les permite ver el avance y buen desempeño de los

⁹ Discurso de invitado especial, pronunciado por el Dr. Enrique Ruelas Barajas durante la Ceremonia de la bata blanca 8 de noviembre 2019, Auditorio de la Universidad Panamericana, Campus Ciudad de México.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

estudiantes de primeros años como una tarea compartida con la Universidad, no solamente en aspectos académicos sino también en cuestiones emocionales y éticas. Los padrinos los miran como otro yo que les recuerda sus propios primeros pasos en la clínica y los identifican como miembros de un equipo, de su equipo universitario y pronto hospitalario. Del lado de los apadrinados también existe una identificación con sus mayores, ven en ellos su futuro, cómo serán más adelante, les tienen admiración y confianza, les pedirán consejos y orientación y empiezan a crear un vínculo profesional basado en la fraternidad. De acuerdo con las teorías de la violencia simbólica de Bourdieu en la que existe expectativas poco conscientes de parte del dominado hacia el dominante y *viceversa*, construir una relación diferente no basada en la violencia ejercida (“porque es lo que esperan de mi”) por un lado y padecida pero aceptada (“porque es lo que esperan de mi”) del otro lado marca un cambio significativo. Este tipo de eventos permite establecer, desde la licenciatura, una relación en la que los estudiantes más jóvenes esperan de sus mayores que sean sus compañeros, padrinos, educadores y líderes positivos mientras los mayores ven en los más jóvenes a un miembro de su equipo, que apoya en su proceso de educación médica y su crecimiento profesional para lograr su mayor potencial y con el que comparte la alegría de sus logros.

Por otro lado, los antecedentes vivenciales que dan estas ceremonias son una buena preparación para dar un cauce distinto a la resolución de la disonancia cognitiva de Festinger. Es más fácil reconocer como cognición disonante que es necesario eliminar la de ser maltratador o maltratado y evita reducir la cognición disonante o añadir o incrementar la consonante.

En el momento en el que el padrino va a entregar su bata al estudiante, el maestro de ceremonia nombra a ambos y los invita a pasar al estrado. El padrino, quien porta su propia bata blanca con su nombre y el escudo de la Escuela de Medicina, abre la bata del estudiante y se la coloca. De manera espontánea, algunos padrinos han tomado la iniciativa de incluir un

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

pequeño regalo para el apadrinado que suele consistir en un pin de la Escuela de Medicina o en libros o fichas de bolsillo con algunos contenidos útiles para el estudio del paciente al pie de la cama. De manera a reforzar el vínculo simbólico que se crea entre ambos en el momento de la entrega de la bata y tomando en cuenta las fases de los ritos y el poder de las palabras, se recomienda que el padrino sea quien nombre su apadrinado y no es maestro de ceremonia, para reconocerlo como persona y que utilice una fórmula verbal que tenga un contenido parecido a lo siguiente: “Javier, hoy te entrego tu bata, símbolo de tu compromiso con tu paciente, con la sociedad y contigo mismo. Pórtala con dignidad y orgullo. Cuenta conmigo en las dificultades que encontrarás en el camino y compartiré tus logros con alegría”. Al momento de recibir su bata, el estudiante respondería con una fórmula similar a la siguiente: “Pablo, recibo esta bata con responsabilidad y acepto tu apoyo en este largo camino, acudiré a ti como a mi hermano y mentor”. La entrega de la bata puede concluir con un abrazo o un apretón de manos para sellar el compromiso mutuo. En la siguiente fase de la ceremonia en la que se realiza la lectura del Juramento Hipocrático, se recomienda que los padrinos acompañen a los estudiantes (por ejemplo, que estén atrás de ellos y coloquen su mano sobre su hombro) para renovar su propio compromiso y recordar en ese mismo momento, con las palabras de Hipócrates, el tipo de relación que se espera que una los miembros de la comunidad médica. La organización de una ceremonia de esta naturaleza requiere de reuniones previas, convocadas por la Universidad, para explicar a cada parte, qué papel le corresponde. El involucrar a los consejos o agrupaciones estudiantiles dichas reuniones facilita que la tradición se construya desde todos los actores de la Escuela de Medicina y que los estudiantes la hagan suya. Además, para que el estudiante pueda elegir un padrino con el que tiene cierta afinidad, se requiere que haya habido antes de la ceremonia de la bata blanca, una serie de eventos de convivencia intergeneracional dentro de la Universidad, en el ámbito académico, social, cultural o deportivo, los cuales pueden llevarse

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

a cabo por iniciativa de las autoridades de la Escuela de Medicina o de los consejos o agrupaciones estudiantiles.

Entre las acciones propuestas anteriormente, se incluyeron habilidades blandas para el desarrollo de relaciones interpersonales e intergeneracionales sanas y para ayudar al estudiante a contar con herramientas para enfrentar positivamente diferentes retos y adversidades propias de la educación médica. También se abordó la importancia de la formación de valores y del cuidado a la salud mental y finalmente se evidenció la importancia de la creación de ritos y tradiciones desde el pregrado que permitan una transición cargada de significado y de vínculos sólidos entre generaciones, para pasar de una etapa de la formación a la otra. Las propuestas se enfocaron a formar y preparar a los estudiantes para los retos de la residencia, tanto para cuando puedan ser víctimas como para cuando les toque ocupar el lugar en el que se espera de ellos que sean victimarios. Ahora abordaremos las propuestas que pueden partir de la iniciativa de las Universidades para su implementación en el posgrado.

Posgrado

En este apartado, presentamos algunas propuestas que se pueden implementar durante la residencia mediante una colaboración entre la Universidad y el Hospital pero que consideramos que deben ser iniciativas universitarias, como un medio de mantener las Escuelas y Facultades de Medicina más estrechamente involucradas en la residencia de lo que se encuentran habitualmente en este momento.

La Creación de una Comisión de Mediación e Investigación.

Algunos autores como Quine (2002) y Lind et al. (2019) han recomendado la creación de una comisión especialmente creada para atender los conflictos generados en torno a los maltratos durante los estudios de medicina, la cual llama “Comisión de mediación e investigación”. Es conveniente que las universidades tomen la iniciativa en la creación de

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

este tipo de órgano colegiado, involucrando a algunos representantes del hospital, de los alumnos y profesores, así como autoridades universitarias. Esta comisión debe tener procedimientos claros y establecidos por escrito, funcionar de manera colegiada y siempre dar la palabra a ambos bandos para conocer todas las versiones del problema. Tiene un papel a la vez de observador y de árbitro. Sus funciones son la elaboración e implementación de las políticas anti-maltrato que se describen en el apartado posterior, la medición periódica del maltrato, la cual puede ser con instrumentos cuantitativos o cualitativos, la entrega y publicación de los resultados de esta medición, la recepción de las quejas y denuncias e investigación de los hechos, la mediación entre las partes y la deliberación para proponer las sanciones a las personas facultadas para aplicarlas en la universidad y el hospital.

Las Políticas Anti-maltratos.

Si recordamos la teoría del aprendizaje social de la agresión de Bandura que explica el fenómeno psicológico por el que las víctimas se vuelven victimarios (ver páginas 86 a 90), así como los autores del ámbito de la educación médica como Leisy et al., Lind et al. y Lau et al., queda clara la importancia de contar con políticas anti-maltratos que incluyan una tolerancia cero a los maltratos. Para que unas políticas de este tipo sean exitosas, es decir que cumplan adecuadamente con su objetivo, se deben contemplar tres aspectos básicos de las mismas: (a) su desarrollo, (b) su difusión, (c) su aplicación. Cada una de estas etapas secuenciadas requiere de un trabajo cuidadoso por parte de las autoridades universitarias, pero no exclusivamente de ellas. Las políticas anti-maltratos tendrán un mayor efecto si son fruto de la colaboración de los estudiantes con los profesores, la escuela o facultad de medicina y las sedes hospitalarias, a través de la Comisión de mediación e investigación. Todas las partes también se deben comprometer a su difusión y su aplicación. Por otro lado, la creación de estas políticas tiene la ventaja de dar una mayor visibilidad y reconocimiento al problema de la violencia en entorno educativo en medicina. El desarrollo de las políticas anti-

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

maltratos debe ser colegiado y ser precedido por una definición consensuada de qué es y qué no es un maltrato y en qué representa un problema para la educación médica de calidad. La importancia de involucrar a estudiantes de diferentes niveles y profesores en estas definiciones consiste en que las brechas generacionales dificultan el reconocimiento del fenómeno como lo señalan Lau et al. (2017) y Lind et al. (2019) en sus estudios. Desde su concepción, las políticas deben ser fundamentadas, tanto en la vertiente de prevención como en la de detección y atención. El reporte y las sanciones derivadas de las infracciones, deben ser aplicables en el contexto real de los programas de residencia ya que, de lo contrario, no habría manera de implementarlas y no tendrían ningún impacto positivo. Deben incluir un plan de prevención de los maltratos y otro de atención a las víctimas para finalmente definir la modalidad de evaluación de los conflictos y las sanciones que se pueden imponer. Durante el proceso de reporte de los problemas de maltratos, es importante cuidar que la víctima se sienta en confianza para hablar y que no se exponga a represalias. En este entendido, a pesar de que habitualmente, el anonimato da cierta sensación de seguridad a la víctima, la atención de este tipo de problemas no puede ser óptima si la denuncia es anónima porque el anonimato imposibilita la evaluación integral de la situación y el seguimiento del caso, en especial el apoyo a la víctima. En hecho de que la Universidad sea el interlocutor y receptor de la queja inicialmente podría hacer la denuncia menos difícil que si se hace con personas más cercanas a las personas involucradas con el problema dentro del hospital (otros residentes o profesores de los cursos hospitalarios). La siguiente etapa es la difusión de las políticas anti-maltratos que se pueden presentar como un apéndice al reglamento de residentes de la Universidad. Al igual que los demás reglamentos a los que están sometidos los residentes, dichas políticas deben llegar y ser conocidas por los residentes de todos los niveles, la jefatura de enseñanza y los profesores del hospital. La parte más delicada y difícil es la implementación de las medidas anti-maltrato y la aplicación de las sanciones. Requiere de un compromiso tanto de

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

la Universidad como de las sedes hospitalarias y que cualquier reporte se tome con seriedad y a la vez con la firme intención de ser justos para el denunciante y el acusado. Las sanciones se deben adecuar a la gravedad de la falta y podrían ir desde una amonestación verbal, hasta la expulsión del programa de residencia o la baja del hospital. Cuando sea posible, se debe privilegiar un enfoque educativo sobre un enfoque punitivo en las sanciones. En todos los casos, las sanciones deben ser acordes con lo estipulado en el reglamento del hospital y en el de la Universidad, así como en la Norma Oficial Mexicana vigente. Finalmente, además de las sanciones, deben contar con un mecanismo claro de atención de las víctimas, en especial en aspectos de salud mental, debido a las consecuencias psicológicas de los maltratos. En caso de que se cometa, dentro del contexto de las residencias, un acto que se pueda clasificar como delito con sanciones penales, se debe tener contemplado el apoyo a la víctima para realizar la denuncia correspondiente con las autoridades judiciales.

La Atención de las Víctimas y de los Agresores.

Las universidades tienen un papel importante que jugar en la atención de las víctimas de los maltratos, así como en la de los agresores. La mayoría de los residentes que sufren maltratos, tiene repercusiones en su salud mental como se describió antes en este trabajo, en forma de depresión, ansiedad y *burnout* principalmente. Por lo tanto, es fundamental ofrecerles el apoyo psicológico que requieren para reparar o mitigar el daño producido por estas violencias. La universidad debe asegurarse que el hospital puede ofrecer un servicio de atención de salud mental de calidad a sus estudiantes que lo requieren, a través de los servicios de psicología y/o psiquiatría del propio hospital, el cual, en principio, es su obligación otorgar según el artículo 9.16 de la Norma Oficial Mexicana vigente (NOM-EM, 2022). El tener el apoyo dentro del hospital y sin costo, facilita al residente la adherencia al tratamiento y es el escenario más favorable. En caso de que, por sus características, el hospital no cuente con este servicio, la universidad debe dar acceso a los residentes a los

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

servicios de salud mental dispuestos para la comunidad universitaria y asegurarse que el costo de los mismos no sea un impedimento para una adecuada atención. En el momento de la firma del convenio entre la universidad y el hospital sede de la residencia, es un punto que se debe tener en cuenta, para facilitar el cumplimiento del acuerdo. Entre los servicios de atención a las víctimas, se debe contar con atención de crisis, de preferencia por atención telefónica las 24 horas, en su defecto, compartir con los residentes los números telefónicos de instancias del gobierno que dan este servicio de manera continua, en especial para la prevención del suicidio.

Por otro lado, en ocasiones, las reacciones agresivas del victimario (estudiante o profesor) pueden estar asociadas a un trastorno psicológico, una psicopatología o un abuso de sustancias. Los comités que evalúan los casos deben tenerlo en mente para condicionar el mantenimiento del agresor en el programa o en el hospital (cuando la gravedad del problema lo permite) a una atención psicológica o psiquiátrica para mejorar conductas, en especial cuando se trata de un problema recurrente. De igual manera, el hospital debería proveer el servicio, pero en caso de que no sea posible, es responsabilidad de la universidad asegurarse que el agresor se atienda, dentro o fuera de la universidad, mediante la entrega de certificado de atención médica o psicológica que, sin romper la confidencialidad de las consultas, emite el profesional de la salud para hacer constar que el agresor ha recibido las sesiones de terapia o tratamientos farmacológicos necesarios o solicitados.

La Calidad de la Educación en la Especialidad.

La calidad de la educación en las especialidades médicas depende de lo planteado por la escuela o facultad de medicina en el plan de estudios del programa y de la ejecución del mismo dentro de las sedes receptoras de residentes. En este apartado, nos enfocaremos a los aspectos de calidad de la educación que son responsabilidad directa de las universidades.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Primero, es tarea de las universidades reforzar con las sedes clínicas que el enfoque principal de la residencia es la enseñanza y que la actividad asistencial es un medio para lograr una buena formación en la especialidad y no el fin de la especialidad. Por otro lado, el paciente siempre debe ser un fin en sí mismo tanto para el personal del hospital como para el residente que debe aprender a hacer compatibles el estudiar con el atender. Gracias a las actividades docentes de la residencia, el residente debe aprender (saber), aprender a hacer y aprender a ser. Adicionalmente, se espera del residente que participe en la generación de nuevos conocimientos en la especialidad de su interés. De las tres grandes áreas de actividades de los residentes: la asistencia, el estudio de la especialidad y la investigación, ninguna puede ser tan preponderante sobre las otras que anula alguna de ellas. Es decir que no pueden dejar de atender pacientes por estar estudiando o investigando, ni dejar de estudiar o investigar por estar atendiendo pacientes. Este primer punto implica también que las universidades estén seguras de que las sedes clínicas cuenten con los recursos materiales (médicos, quirúrgicos y de enseñanza) y humanos para llevar a cabo el plan de estudios con calidad.

Segundo, las universidades deben asegurarse que existe una adecuada supervisión de los residentes a lo largo de su proceso formativo con una delegación progresiva de las responsabilidades. La supervisión incluye los diferentes procedimientos propios de la especialidad, así como la toma de decisiones y la ejecución de las mismas y está a cargo de la jefatura de enseñanza y del equipo de profesores vinculados con el programa.

Tercero, es necesario que las universidades tengan definido claramente el interlocutor institucional que está a la escucha de los residentes y que pueda ser para ellos un apoyo real y un mediador con el hospital cuando las situaciones así lo requieran. El profesor de la universidad a cargo de los programas de posgrado (director, subdirector o coordinador de posgrados), podría participar en representación de la universidad en el curso de introducción

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

a la especialidad para los residentes de nuevo ingreso para que tenga la oportunidad de presentarse personalmente con los residentes y establecer un primer contacto valioso para el seguimiento de la residencia.

Estas son condiciones generales por las que debe velar la universidad en su relación con las sedes de sus programas de especialidad. A continuación, presentaremos algunas recomendaciones a considerar para la elaboración del plan de estudios de toda especialidad. La primera consiste en la importancia de la calidad de cada tema abordado desde el punto de vista teórico en el programa. Con calidad, hacemos referencia a la secuencia de adquisición progresiva y lógica del conocimiento, a vigilar que los conocimientos que se transmiten están actualizados y que de fomento el aprendizaje basado en evidencia. Los hospitales deben incluir clases teóricas programadas y organizadas de acuerdo al programa avalado por la universidad y llevar a cabo las prácticas clínicas y demás actividades de integración del conocimiento necesarias para la adquisición de las competencias propias de la especialidad (estancias en el laboratorio, urgencias, hospitalización, quirófano, consulta externa, etc...), siempre con una adecuada supervisión. La segunda consiste en darle un lugar especial a aprender a tratar con ética y calidad humana a los pacientes y establecer buenas relaciones médico-pacientes que influirán positivamente sobre los desenlaces terapéuticos de los pacientes. Para lograr este objetivo, ponemos a consideración de las universidades, la inclusión de materias de bioética en los programas de especialidad, que describimos a continuación.

La Importancia de la Formación en Bioética Durante la Especialidad.

La formación en bioética en la especialidad da continuidad a la formación humana iniciada en el pregrado y tiene ventajas innegables. Una sólida formación bioética es necesaria para realizar investigación para tratar a los sujetos de investigación con el cuidado ético que merecen además de respetar los lineamientos nacionales e internacionales en

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

materia de investigación. Los conocimientos en ética de la investigación permiten preparar mejor los protocolos de investigación de cara a la evaluación por parte de los Comité de Ética en Investigación que deben aprobarlos antes de que se lleve a cabo la investigación. Las cartas de aprobación de dichos comités son necesarias para la publicación de los productos de la investigación. La reflexión bioética en torno a los principales problemas bioéticos encontrados en la especialidad ayuda a la toma de decisiones en la actividad clínica diaria y mejoran la calidad de la atención. Se pueden incluir un amplio abanico de temas de bioética clínica como la mala práctica en la medicina, la autonomía del paciente, los modelos de relación médico-paciente, la priorización para el uso de los recursos, la confidencialidad y el secreto médico, la vulnerabilidad, la justicia y el bien común en la medicina, los problemas bioéticos del final de la vida, entre muchos otros. Además de los problemas específicos de la especialidad, la bioética general tiene mucho que aportar a la formación de los residentes, como por ejemplo con los temas de dignidad humana o derechos humanos que se pueden aplicar por supuesto en la actividad clínica con el paciente pero que también hablan al residente para su relación con el equipo médico, con sus compañeros residentes, sus R+ y R- y sus autoridades. El fomentar que se trabaje dentro del hospital en fortalecer una “cultura bioética” a través de la bioética aplicada incorporada a las actividades clínicas habituales como el paso de visita y las sesiones de presentación de casos clínicos, sensibiliza a todo el hospital sobre el trato digno y respetuoso al otro y reduce la normalización de los maltratos. Algunos universidades, hospitales e institutos nacionales de salud empezaron en los últimos años a incluir la bioética en la formación de los residentes y los primeros resultados han sido alentadores y han permitido que se incluyan cada vez a más programas. Adicionalmente a la formación en bioética, se sugiere considerar que se dé un curso-taller periódico de prevención de la violencia en el hospital a todo el personal médico del hospital, que participe directamente o no en los programas de residencia. Las universidades podrían ofrecer este

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

servicio a los hospitales con los que colaboran en las residencias, con la participación de sus profesores.

La Valorización de la Labor Docente en el Hospital.

Las actividades docentes en el hospital, por lo general se suman a las actividades asistenciales, administrativas y de investigación de los médicos y se suele decir que los médicos participan como profesores en las especialidades “por amor al arte”. En algunos hospitales e institutos considerados como “hospital-escuela”, estas actividades son más visibles dentro del hospital. Lo que se espera que propicie la universidad en torno a la enseñanza en la residencia es que entregue nombramientos a los diferentes tipos de profesores, que dé apoyos a los profesores para formarse, en especial con un plan de formación continua y que se remunere el profesor por esta valiosa labor. Además, podría organizar un reconocimiento especial a los mejores profesores que sea una motivación para hacer una carrera docente. Retomando cada uno de los puntos anteriores, en cuanto a los nombramientos de los diferentes tipos de profesores, la universidad debe por norma oficial dar su aval para todos los profesores que participan en la residencia y pueden ser: titular, adjunto, auxiliar, invitado externo, ayudante o otros, como lo estipula el artículo 8.4 de la Norma vigente (NOM, 2022). Además del aval, se espera que la universidad emita una constancia con valor curricular acorde a cada nombramiento. Dichas constancias son de mucha utilidad para la certificación o recertificación por parte de los colegios médicos de especialidad y son valoradas por los profesores. Los profesores titulares y adjuntos deben ser especialista titulado de la residencia correspondiente (artículo 8.2.1, NOM 2022), sin embargo, los demás profesores no tienen esta obligación, lo que permite incorporar al profesorado del programa un biólogo especializado en pruebas de laboratorio clínico de inmunología en la formación de especialidad de reumatología, sólo por mencionar un ejemplo concreto. Esta disposición permitiría también que los residentes de mayor nivel (R+)

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

participen en los programas de residencia con los R-. Dedicaremos un apartado específico a este importante punto más adelante. Las universidades deben fungir como promotoras del valor de la actividad docente y para ello, pueden ofrecer cursos de formación docente como el diseño de programas por competencias o la elaboración de reactivos para evaluación de alumnos para sólo citar dos ejemplos, también pueden facilitar a los profesores de especialidad el acceso a su biblioteca física o virtual, así como a plataformas educativas digitales y recursos materiales para docencia. Otra opción de apoyo que la universidad puede ofrecer a sus profesores de posgrado son apoyos en forma de becas para la asistencia a congresos de educación médica y otras actividades académicas universitarias desarrolladas por la universidad o externas. Finalmente, pueden ofrecerles participar en proyectos conjuntos de investigación en educación médica que se benefician de la sinergia universidad-hospital. Dentro del fomento al plan de formación continua de los profesores de la residencia, la universidad tiene mucho que aportar con cursos y talleres de educación médica o propios de la especialidad, con invitación a que participen en algunas materias dando clases de pregrado en la universidad para hacer una “carrera universitaria” o organizando juntos eventos académicos como simposios, jornadas o congresos. Existe un tema muy controvertido y que se ha tratado en múltiples ocasiones en diferentes foros e con distintas instancias que es el de la remuneración del profesor de especialidad. Al día de hoy, no existe en México obligación ni por parte de la universidad ni del hospital de pagar las clases y otras actividades docentes de los profesores de especialidad, ni siquiera del titular del programa. Si bien se reconoce en teoría el valor de las actividades docentes dentro del hospital, no se ha logrado conseguir un acuerdo sobre el presupuesto del que debería salir dicho pago. Lo justo sería que los profesores que tienen actividad docente en el hospital o sean remunerados por la universidad o tengan una categoría especial dentro del hospital que implique un tabulador de sueldo distinto al que sólo tiene actividad asistencial. Los hospitales universitarios de Europa

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

y Estados Unidos incorporan a toda su estructura organizacional el valor de la docencia, justamente al tener nombramientos específicos dentro del hospital vinculados con mejores sueldos para los médicos-profesores. De hecho, dejan de ser llamados “doctores” para ser llamados “profesores” que es el más alto nombramiento jerárquico dentro del sistema hospitalo-universitario. En México, ante la ausencia de obligación, acuerdo y presupuesto, el mínimo compromiso de apoyo material y económico que se espera que den las universidades a los profesores son los mencionados anteriormente, para compensar de alguna manera la falta de pago por la labor docente.

En complemento de lo antes expuesto, la universidad puede también motivar a sus profesores para que traten de superarse dándoles retroalimentación a través de las evaluaciones docentes que hacen los residentes y dando un reconocimiento o un premio especial a los profesores que los estudiantes valoran como los mejores docentes. El establecimiento de un premio periódico que se entrega públicamente en un evento académico organizado por la universidad en colaboración con el hospital es un excelente y emotivo aliciente para los profesores.

El Desarrollo del Residente como Educador, Reconocimiento y Valorización de la Labor Docente del Residente.

A partir del paso al segundo año de residencia, es frecuente que los residentes de mayor nivel asuman *de facto* responsabilidades docentes con los residentes de menor jerarquía, en la teoría y en la práctica. Como mencionamos anteriormente, los residentes no pueden ser profesores titulares ni adjunto porque no cuenta aún con la cédula de especialista por razones obvias, sin embargo, sí pueden participar en actividades docentes previa autorización tanto del hospital como de la universidad. El presentar al R+ como parte formal del equipo docente de la residencia al R-, establece una relación para ambos que da continuidad a la figura del padrino de la ceremonia de la bata blanca. El R+ asume que debe

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

enseñar y contribuir al buen desempeño del R-, que queda bajo su responsabilidad y que forma parte de su equipo de trabajo. El R-, por su lado, reconoce su autoridad por su conocimiento y por lo que le aporta en su formación. Establecer entre ambos una relación enfocada a la docencia y no exclusivamente una relación de poder jerárquico en la que existe un dominante y un dominado, reduce el riesgo de abusos y violencias en esta relación. Para lograr que se establezcan papeles específicos y expectativas basadas en la enseñanza para ambos actores, se requiere de un planteamiento desde las universidades y los hospitales que lo propicien. Para empezar, el poder participar como profesor auxiliar o asistente en un programa de especialidad debería ser un privilegio reservado a los residentes que destacan por sus conocimientos, habilidades y actitudes y cuando son seleccionados por el profesor titular para participar en el curso, deberían recibir la aprobación universitaria para hacerlo y aparecer formalmente en el programa. También, al igual que los demás profesores, debería recibir una constancia de nombramiento con valor curricular y tener acceso a los mismos beneficios por parte de la universidad que los profesores especialistas como acceso a formación en educación médica, cursos y talleres de actualización docente, acceso a recursos bibliográficos y tecnológicos, apoyos para congresos, etc... y además recibir el apoyo necesario por parte del hospital para poder facilitar su asistencia a esas actividades y tiempos formativos. De la misma manera que los demás profesores pueden competir por recibir el premio de mejor profesor del curso de especialidad, la universidad debería plantear una categoría especial para premiar el mejor profesor residente. El residente que cumple con calidad con sus funciones docentes debería poder crecer en las responsabilidades docentes que se le den, “hacer carrera” dentro del hospital como profesor y aspirar a que ese reconocimiento se haga público en una ceremonia de entrega de premios o con un peso importante para la elección del jefe de residentes. La motivación de los residentes por destacar como docentes puede cambiar el tipo de relación que tienen con los más jóvenes y

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

los jóvenes pueden aspirar a ser buenos docentes en vez de aspirar a subir de nivel de residencia para poder dominar y maltratar a los más jóvenes. La mirada de los R- hacia los R+ puede modificarse para verlos como modelos a seguir. Mientras la función docente del R+ sea una actividad emergente, improvisada, no estructurada y no valorada, difícilmente se podrá incidir positivamente sobre una relación sana estudiante-profesor entre los residentes de diferentes niveles jerárquicos.

A continuación, explicaremos porque esta mirada puede ser clave en la prevención de los maltratos si se enfoca, supervisa y guía adecuadamente.

La Importancia del Profesor y el Residente como Modelo de Rol en la Formación de Especialidad.

Parte del compromiso que adquiere el médico al iniciar su carrera profesional y que se ve reflejado en el juramento hipocrático o la declaración de Ginebra, es el de transmitir su conocimiento a las nuevas generaciones. Si bien no todos los médicos desarrollan una carrera docente, muchos de ellos sí tienen actividad de enseñanza en el hospital durante su residencia o posteriormente en el ambiente universitario o clínico de pre y/o posgrado. Este compromiso va ligado con el de la actualización continua, sin embargo, pocos reciben una preparación específica para la docencia. Como en otras áreas del conocimiento teórico y práctico, no basta tener conocimientos especializados y habilidades clínicas buenas para ser un buen profesor, aunque es indispensable tenerlos. Adicionalmente, el profesor debe estar apasionado por su disciplina y transmitir esa pasión a sus estudiantes además de saber ajustar sus estrategias docentes y su lenguaje a su público. Sumado a estos puntos básicos, es de especial importancia en la educación médica, el “modelo de rol”. Benbassat (2014) entiende como modelo de rol (“role modeling” en inglés), la “demostración de habilidades y destrezas, la provisión de retroalimentación y la emulación de comportamientos profesionales específicos” y lo considera como un componente importante del entrenamiento clínico. Sin embargo, si el

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

modelo de rol es asumido por los residentes de manera pasiva como una imitación no selectiva y acrítica del entorno de aprendizaje, se reducen sus beneficios y pueden existir daños no deseados. El modelo de rol se considera como una herramienta de adaptación al entorno clínico para los estudiantes que se encuentran iniciando sus actividades académicas en escenarios nuevos y llenos de reto. En este contexto, una imitación acrítica puede llevar a incorporar prácticas inadecuadas, pensando que son una “norma” institucional, por ejemplo, en el trato al paciente, en la historia clínica centrada en el médico (y no en el paciente) o en las necesidades institucionales. El autor sugiere que el impacto positivo del modelo de rol puede mejorar al enfocarse en buenos modelos a seguir y al formar mejor a los docentes para esa función. La mejora de la evaluación crítica y reflexiva de los estudiantes sobre los docentes les permite formar un criterio con un buen discernimiento sobre lo que vale la pena imitar o evitar repetir. Un sistema muy jerarquizado en el que se exige de los residentes una obediencia absoluta a su R superior y en el que se espera que luego asuma el mismo papel y las mismas conductas, no facilita este ejercicio crítico. Benbassat propone cuatro recomendaciones para mejorar el impacto de modelo de rol en la enseñanza médica, (a) formar a los estudiantes avisándoles sobre los riesgos de la imitación acrítica de sus profesores que consideran como modelo de rol, (b) demostrando a los estudiantes que también sus modelos de roles tienen sus propias dudas e incertidumbres, (c) detectar los mensajes no deseados del entorno de aprendizaje y finalmente (d) tener un sistema de promoción y reconocimiento para los profesores que son buenos modelos de roles.

Jochemsen-van der Leeuw et al. de la Universidad de Ámsterdam (2013), realizó una revisión sistemática de los atributos del instructor clínico como modelo de rol en medicina que la literatura define como “la persona que demuestra una norma de excelencia digna de ser imitada”. El autor menciona la teoría del aprendizaje social de Bandura (1989, como se cita en Jochemsen-van der Leeuw et al., 2013), para explicar que los estudiantes de medicina

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

aprenden lo esencial de sus competencias profesionales observando un modelo de rol, gracias a la atención, la retención, la reproducción y la motivación que son necesarias para un aprendizaje observacional efectivo. Sin embargo, el efecto del modelo de rol sobre el aprendizaje puede ser tanto positivo como negativo dependiendo de sus atributos y este trabajo se enfocó a identificar los que distinguen al instructor clínico como un modelo de rol positivo o negativo para el estudiante. Los atributos de los modelos de rol se dividieron en tres categorías: atención a pacientes, docencia y características personales. El modelo de rol positivo es un clínico actualizado y que muestra excelencia científico-técnica pero que además da importancia y cuida la relación médico-paciente en todos sus aspectos; inspira y enseña al estudiante mientras realiza otras tareas, es paciente e íntegro, apasionado por su especialidad y reconoce sus límites, así como los logros y méritos de los demás miembros de su equipo. El modelo de rol negativo muestra características opuestas, preocupándose poco por sus pacientes y más por las enfermedades, mostrando una pobre comunicación con los pacientes, poca disposición para el trabajo en equipo, comportamientos antiéticos y falta de actualización; apoyo poco a los estudiantes y no les da retroalimentación y tiene dificultades para recordar nombres y caras; suele ser cínico, impaciente, injusto, inflexible y obstinado. El autor concluye en que la identificación de los atributos de los modelos de rol puede permitir a los estudiantes reconocer los aspectos valiosos a imitar a través de una evaluación crítica de la observación de su entorno clínico.

En resumen, con los modelos de roles, los estudiantes aprenden de lo que ven en la inmersión profesional, observan cómo trabaja su profesor en todos los aspectos, lo analiza y repite lo que piensa adecuado o normal. Este aprendizaje es de particular importancia para aspectos que suelen ser poco tratados en las aulas, como el trato a los pacientes, el lenguaje verbal y no verbal, desde la manera de saludar al paciente, hasta comunicarle malas noticias. Un médico profesor reconocido por su calidad científica también será evaluado por sus

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

estudiantes por su calidad humana. Las virtudes del maestro esperadas por el estudiante, son numerosas como unidad de vida, la integridad en su atención al paciente, la entrega, el sacrificio, la paciencia, la amabilidad, hablar con la verdad y con delicadeza, entre otras. Si se espera de todos los médicos especialistas que en algún momento asuman tareas docentes, es importante considerar una preparación para esta función, la cual debe considerar una concientización sobre la importancia del profesor como modelo.

Este fenómeno del modelo de modelo de roles es de especial interés para estudiantes que han sido formados en el análisis crítico porque hace pensar que un residente que tiene buenos conocimientos y buenas prácticas éticas con sus pacientes y con sus R- puede tener un impacto en romper el círculo vicioso del maltrato porque un grupo de residentes que tiene en algún momento a su cargo académico o bajo su responsabilidad clínica, lo imitará.

Propuesta de Acciones desde los Hospitales

Las propuestas mencionadas como acciones desde las universidades, no se pueden materializar sin una colaboración estrecha con las sedes hospitalarias, sin embargo, a continuación, exponemos algunos puntos donde la iniciativa del hospital es clave para aportar mejoras en el ambiente hospitalario en torno a la educación de los residentes para reducir los maltratos.

La Colaboración con la Universidad en la Implementación de los Programas Anti-maltratos

Las sedes hospitalarias o unidades médicas receptoras de residentes según su denominación oficial, tienen mucho que aporta en la elaboración y ejecución de los programas anti-maltratos. Deben participar activamente en los comités colegiados convocados por las universidades para aportar desde su perspectiva los argumentos y fundamentos que permiten que las medidas sean aplicables en el hospital. Su experiencia en

la implementación de los programas es única y complementaria de lo que pueden aportar las universidades.

Los Programas de Salud Mental en los Posgrados

En el apartado de las acciones de las universidades en el pregrado, comentamos ampliamente la importancia de los programas de salud mental para los estudiantes con objetivos de prevención y atención de psicopatologías. La necesidad de este tipo de programas no se limita al pregrado y los hospitales deben proponer medidas y programas específicos para el cuidado de la salud mental de su personal de salud, incluyendo los residentes de todos los años y los profesores. La pandemia de COVID-19 evidenció ante el mundo al mismo tiempo la fuerza y la fragilidad de la salud mental del personal de salud, poniendo en evidencia la necesidad de “cuidar a los que nos cuidan”. Tanta adversidad ha dejado el legado valioso de la concientización de la importancia del cuidado de la salud mental. Los hospitales no pueden olvidarlo ni verlo como algo facultativo, sino que deben dedicar esfuerzos y recursos para ofrecer servicios de salud mental de calidad. Dichos servicios permitirán también mejorar las condiciones de trabajo de los residentes afectados por los maltratos, entre otras adversidades que viven durante su formación.

Los Ritos y Tradiciones Propias del Hospital

Antes en este trabajo, hemos abundado en la importancia de no prohibir o quitar los ritos y las tradiciones que existen en la formación de especialidad en medicina, sino de sustituir los ritos con fuerte impacto negativo como son las novatadas o los maltratos en las residencias, por otros que logren los mismos propósitos, sin las consecuencias no deseadas. Comentamos también el efecto benéfico sobre las relaciones intergeneracionales de la ceremonia de la bata blanca. Dentro del hospital se pueden desarrollar otros tipos de ritos y tradiciones con beneficios similares. Hacemos algunas propuestas en este sentido a continuación.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

El inicio de la residencia es de suma importancia para los residentes que ingresan al primer año, para los demás residentes que cambian de año y para el hospital que se enfrenta al reto de una atención médica de calidad en un momento en que los residentes más experimentados se van del hospital y se incorpora un grupo de residentes sin experiencia a los que se va a tener que dedicar tiempo para su formación. En México, esta transición de generaciones de residentes sucede en los primeros días de marzo. El primer contacto de los residentes recién llegados con las otras generaciones de residentes del hospital y con sus profesores y autoridades es un momento fundamental en el que se establecen las bases de las relaciones interpersonales durante la residencia. Por este motivo, proponemos que se considere la organización de un evento especial anual de inicio de curso que retome algunos de los aciertos de las ceremonias de pregrado. Los objetivos de dicho evento serían (a) crear una identificación del R1 con la institución y con sus compañeros residentes del mismo y de otros años; (b) valorizar el rol del R+ y de los profesores con el R-, situando la relación entre ellos en un compromiso mutuo de aprendizaje en su etapa de formación de especialidad; (c) establecer canales de comunicación entre los residentes y las autoridades hospitalarias y universitarias; (d) generar vínculos basados en la confianza y la fraternidad entre las generaciones de residentes. Este evento, para cumplir con los objetivos planteados, deberá realizarse en presencia de representantes de la universidad, autoridades del hospital, jefatura de enseñanza, profesores del curso de especialidad y residentes entrantes y salientes. Para el primer objetivo, se propone que durante el evento se haga entrega de los uniformes que el hospital da a los residentes y que estén bordados con su nombre y tengan el escudo del hospital. De esta manera, pasarán a ser estudiantes de su universidad de pregrado, a ser parte del equipo de salud del hospital de su especialidad lo que reforzará su sentido de pertenencia a la institución. Compartirán uniforme con los R+, resaltando el hecho de que se integran a un equipo de trabajo identificable por su manera de vestir. Para el segundo objetivo,

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

pensamos que este evento podría ser un buen momento para reconocer públicamente la labor docente de los profesores y residentes de niveles superiores con la premiación de los mejores profesores por elección de los residentes. Los premios pueden ser materiales como una medalla, un libro o algún otro regalo especial junto con un diploma de mejor profesor de generación, firmado tanto por las autoridades hospitalarias como universitarias para darle más realce. Para el tercer objetivo, todas las autoridades deben estar reunidas en el evento, presentarse y compartir la vía de comunicación futura con ellos, explicando el papel que jugará cada quien durante su formación de especialidad. Para el cuarto objetivo, es importante que los residentes se puedan presentar por su nombre frente a todos y compartir algo de quienes son como personas. La personalización desde el inicio de la relación entre ellos dificulta una posible despersonalización más adelante que es uno de los primeros pasos para facilitar los maltratos. Al restarle humanidad al otro, es más fácil tratarlo como objeto y vulnerar su dignidad. Lo contrario también es cierto. Finalmente, este evento de bienvenida debería incluir un momento para compartir alimentos, que según Segalen (2005) es un ritual muy antiguo y con mucha presencia hasta nuestros días para vivir la fraternidad, la generosidad, la unión y el compañerismo. Una demostración de fraternidad que también se podría incluir en este evento es la despedida de la generación saliente, enfocada al agradecimiento por sus aportaciones docentes a los más jóvenes y por su entrega al servicio del hospital y de los pacientes.

Para sustituir las pruebas físicas de las novatadas o de los ritos de iniciación que tienen como objetivo demostrar la resistencia y el valor de los novatos pero que suelen llegar a extremos que ponen en peligro la salud y en ocasiones la vida de los estudiantes recién llegados, se propone la organización de competencias deportivas (de preferencia deportes en equipo) que también pueden poner al límite las capacidades físicas de los participantes o retos intelectuales. Estos retos físicos e intelectuales mantienen, aunque en una forma distinta, la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

idea de tener que probar algo frente a los demás y la competitividad que es una cualidad deseada en la profesión médica. De hecho, los concursos de conocimientos también se pueden realizar por equipo poniendo a competir distintas instituciones, lo cual permite que se consolide la idea de pertenencia a una institución, o bien, dentro del mismo hospital, formar equipos con estudiantes de diferentes años de residencia en la que se evidencie la complementariedad de los conocimientos para resolver los retos intelectuales. Al igual que en las competencias deportivas, las “olimpiadas de conocimientos” por equipo unen a los miembros de los equipos y aportan un sentido de pertenencia y hermandad entre los estudiantes. Estas actividades pueden ser impulsadas por las universidades o los hospitales, pero se benefician de la colaboración de ambos.

Después de presentar propuesta desde las universidades y los hospitales para trabajar en la reducción de los maltratos en las residencias, veremos algunas iniciativas que involucran diferentes agrupaciones e instancias regulatorias de la educación médica que pueden contribuir también a la misma causa.

Propuesta de Acciones desde las Agrupaciones y los Organismos Acreditadores Universitarios y Hospitalarios

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Las escuelas y facultades de medicina tienen la posibilidad de unirse en asociaciones que procuran, a través de comités, desarrollar iniciativas para mejorar la educación médica. La más importante y representativa en México es la Asociación Mexicana de Facultades y Escuela de Medicina (AMFEM) y ha conformado un grupo de trabajo sobre el tema del maltrato, del que hablamos en un capítulo anterior. El grupo de trabajo “Espacios seguros” inició una primera etapa que consiste en medir a nivel nacional la prevalencia de los maltratos durante los estudios médicos, desde el primer año de la carrera, hasta la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

subespecialidad. Este trabajo permitirá dar visibilidad al problema y hacer evidente la necesidad de acciones de prevención y atención del mismo. El hecho de unir a las universidades en este estudio es relevante en la medida en que se rompe el silencio del que las mismas universidades han sido cómplices desde siempre. Más adelante, la fuerza y el impulso que puede dar la asociación para tener logros en temas regulatorios y legales es alentador. La intención de AMFEM es buscar un acercamiento al Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A.C. (COMAEM) para los fines que se describen en el siguiente párrafo.

El Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A.C.

El COMAEM evalúa la educación médica en función de una serie de criterios de calidad. Las universidades deben demostrar el cumplimiento de estos criterios con indicadores y medios de verificación. La acreditación de las escuelas de medicina es necesaria para poder obtener acceso a los campos clínicos, lo cual da mucha relevancia a la acreditación. El proceso inicia con una autoevaluación que consiste en un estudio crítico por parte de las escuelas, de cada uno de los indicadores y que permite juntar las evidencias de todos los procesos de la escuela los cuales son entregados al COMAEM. Después de la revisión de los indicadores y las evidencias, el COMAEM hace una visita a la escuela para aclarar duda que se hayan generado con la revisión de la documentación. La intención del grupo de trabajo de “Espacios Seguros” de AMFEM, es en un segundo tiempo, después del diagnóstico, presentar a COMAEM en nombre de las Escuelas y Facultades de Medicina, una propuesta de inclusión de nuevos indicadores en la evaluación de las escuelas, que incluyan la elaboración, difusión y aplicación de las políticas anti-maltratos. Existe una iniciativa personal similar que está desarrollando el Dr. César Alberto Lucio Ramírez, como parte de su doctorado en educación médica y que se sumará a los esfuerzos de la AMFEM. La gran ventaja de buscar una alianza con COMAEM para este proyecto, es el poder de

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

convencimiento de la necesidad de acción que tiene una acreditación que abre las puertas a los campos clínicos.

Los Criterios para Poder Ser Sedes o Subsede de Residencias Médicas

Otro medio de presión para que los hospitales participen activamente en la solución del problema, es la inclusión de nuevos criterios para que para que las universidades y las unidades administrativas de la Secretaría de Salud permitan que los hospitales reciban estudiantes. Los hospitales, para volverse unidades receptoras de residentes deberían tener establecidas e implementadas y políticas anti-maltratos eficientes. En caso de quejas o incumplimiento de las políticas, las universidades podrían retirar a sus residentes de la sede o las unidades administrativas de la Secretaría de Salud retirarles a los hospitales el reconocimiento de sede para la residencia. Estas medidas culminan en el mismo efecto en ambos casos. Para un hospital, perder a sus residentes representa dejar de poder contar con una fuerza laboral indispensable, debido a que los hospitales no cuentan con suficiente presupuesto para sustituir a los residentes por médicos especialistas de base. Por lo tanto, esta medida tendría también un fuerte poder de convencimiento para que los hospitales colaboren en el cambio.

Otras Propuestas

Entre las otras propuestas, se encuentra el apoyo a los movimientos sociales fomentados por las agrupaciones de estudiantes y residentes que han permitido traer a las cámaras de diputados y senadores el tema de los maltratos en los residentes, en especial de la carga laboral, el sueldo bajo y los problemas psicológicos como consecuencia de sus condiciones de trabajo y los maltratos. El ingreso del tema a la agenda legislativa ha generado en los últimos años algunos cambios favorables en las iniciativas de modificación a la Ley General de Salud y la Ley Federal del Trabajo, así como en la Norma Oficial Mexicana para la organización y el funcionamiento de las residencias médicas. Estos cambios han sido

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

lentos, sin embargo, todos han ido en el sentido de pequeñas mejoras para las condiciones de trabajo de los residentes, lo cual es un avance significativo digno de ser reconocido y respaldado.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo, exploramos diversas características del fenómeno del maltrato en las residencias médicas, en sus aspectos antropológicos, sociológicos, psicológicos y educativos. Encontramos similitudes con los ritos de iniciación, de paso y de integración y también algunas diferencias con los mismos. Muchos ritos y figuras simbólicas se han desvanecido en la sociedad actual, sin embargo, algunos permanecen, como las novatadas con las cuales los maltratos en residencias también comparten ciertas características. Analizamos los maltratos a la luz de las teorías sociológicas de la violencia simbólica de Bourdieu que nos permitió entender el papel de la víctima y del ambiente social en el mantenimiento de esas prácticas. Las teorías de la disonancia cognitiva de Festinger nos ayudaron a entender mejor los fenómenos psicológicos inconscientes que participan en la justificación del maltrato por parte de la víctima y del victimario y que los mantienen a lo largo de las generaciones a pesar de la condena social de la violencia gratuita. Finalmente, con las teorías del aprendizaje social de la agresión comprendimos cómo la víctima se vuelve victimario. Para tratar de entender si estas prácticas son condenables desde el punto de vista moral, revisamos sus consecuencias, cómo interfieren con el goce de los derechos humanos y con la dignidad propia de las personas en general y del médico en particular. Evaluamos la relación entre estas prácticas y el desprestigio de la profesión médica y concluimos que definitivamente, los maltratos son condenables moralmente y deben ser combatidos firmemente. Desde el punto de vista antropológico y sociológico, se hizo evidente la importancia de los ritos y tradiciones y comprendimos que la prohibición de las prácticas

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

condenadas por su violencia, no es ni suficiente ni eficiente. Propusimos un enfoque formativo a través de un esfuerzo consciente, largo y estructurado, propiciado principalmente por las Universidades a través de: (a) la implementación de planes de estudios que den un papel relevante a las humanidades, a la formación de habilidades blandas y a la enseñanza de la bioética en pregrado y en los programas de especialidades, (b) el fomento a las relaciones intergeneracionales basadas en el respeto y la hermandad, (c) la creación de ritos y tradiciones como la lectura del juramento hipocrático, la entrega de la bata blanca o el evento de inicio de ciclo, (d) la valorización de la docencia en el hospital, (e) la prevención y atención de los maltratos, (f) el apoyo a la inclusión de nuevos criterios de políticas anti-maltratos en la evaluación de las escuelas y facultades de medicina y las sedes hospitalarias, en los sistemas de acreditación y (g) la participación en la movilización social, junto con las asociación de estudiantes para impulsar la elaboración de leyes que permitan el cambio a favor de un trato más digno de los estudiantes de medicina y en especial de los residentes.

Después del despertar de las conciencias que sucedió en el mundo occidental al terminar la segunda guerra mundial a iniciar los juicios de Núremberg, se generó una desconfianza hacia la ciencia en general y la medicina en particular. Los tratos recibidos por los civiles prisioneros de guerra en los campos de concentración donde eran sujetos de investigaciones crueles en contra de su voluntad, impulsaron la creación de los importantes tratados internacionales que se publicaron en los siguientes años. Entre ellos, se encuentran el código de Núremberg de 1947 que da los fundamentos éticos de la investigación en seres humanos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, emitida por la recién fundada Organización de la Naciones Unidas para reconocer y velar por el respeto de la dignidad de todas las personas y el Código Internacional de Ética Médica de 1949 de la Asociación Médica Mundial que indica los deberes del médico y protege los derechos de los pacientes en la atención médica clínica. Grandes esfuerzos de la medicina se enfocaron a

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

velar por el respeto a la dignidad del paciente, avance muy significativo para la humanidad y que se puede considerar como adquirido a nivel de la comunidad médica internacional, aunque requiere de una vigilancia permanente frente a los continuos desarrollos tecnológicos. La misión de rescatar la dignidad del paciente justificó el nacimiento de la bioética como disciplina. Ahora necesitamos recurrir nuevamente a la bioética para recuperar la dignidad del médico y con él de la profesión y de la educación médica que se ven dañadas por el desprestigio que acompaña los maltratos y las violencias hacia los especialistas en formación. Esta tarea no se puede lograr mediante los avances tecnocientíficos, sino que se logrará igual que para los pacientes, mediante las humanidades y en especial, la bioética.

Referencias

- Abreu, L. F., Cid A.N., Herrera, G., Lara J.V., Laviada, R., Rodríguez, C., Sánchez, J.A., (2008). Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Perfil por Competencias del Médico General Mexicano. Elsevier, Masson Doyma México, S.A.
- Agazzi, E. (2016). Editorial. Recovering the confidence in science: The social prestige of science. Recuperando la confianza en la ciencia: el prestigio social de la ciencia. *Bioethics UPdate*, (2), 1-7.
[https://www.bioethicsupdate.com/previous/BIOUP%20Vol%202%20\(2016\)/.listado.php](https://www.bioethicsupdate.com/previous/BIOUP%20Vol%202%20(2016)/.listado.php)
- Aizpún, A., García-Mina, A. (2013). *Novatadas comprender para actuar*. Madrid, España: Unión de Editoriales Universitarias Españolas.
- AAMC. Association of American Medical Colleges. (14 de marzo 2021). Who We Are. <https://www.aamc.org/who-we-are>
- AAMC. Association of American Medical Colleges. (14 de marzo 2021). Graduation Questionnaire (GQ). <https://www.aamc.org/data-reports/students-residents/report/graduation-questionnaire-gq>
- AAMC. Association of American Medical Colleges. (14 de marzo 2021). Medical School Graduation Questionnaire. 2020 All Schools Summary Report. <https://www.aamc.org/media/46851/download>
- Antuñano, S. (1965). San Agustín, Estudio introductorio. Confesiones contra los académicos. trad. Capánaga, V., Madrid, España: Gredos
- Arroyo, J. 14 de octubre 2017. Novatadas a estudiantes de medicina: «Te vamos a untar huevo y harina». *Redacción médica*, España. Recuperado de :

<https://www.redaccionmedica.com/la-revista/reportajes/novatadas-a-estudiantes-de-medicina-te-vamos-a-untar-en-huevo-y-harina--1874>

Atilf, Analyse et Traitement Informatique de la langue Française (2015). *Dictionnaire du Moyen Français de 1330 a 1500*. Université de Lorraine, Centre National de Recherche Scientifique, Francia (Consultado el 7 de Octubre de 2019: <http://www.atilf.fr/dmf/>)

Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. (1948). Declaración de Ginebra. Ginebra. Suiza.

Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA). (1985). Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. Cartagena de Indias, Colombia. Disponible en <https://www.refworld.org/es/docid/4f3cf8692.html> [Accesado el 13 septiembre 2020]

Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). Paris.

Asamblea General de la ONU. (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. A/74/137. <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=es>

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. (12 de noviembre de 2021). *Misión y visión*. <https://www.amfem.edu.mx/index.php/acerca/mision>

Auslender, V. (2017). *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. París, Francia: Michalon.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

- Bairy, K.L., Thirumalaikolundusubramanian, P., Sivagnanam, G., Saraswathi, S., Sachidananda, A. y Shalini, A. (2007). Bullying among trainee doctors in southern India: a questionnaire study. *J Postgrad Med*, 53(2), 87-91.
- Baldwin, D.C., Daugherty, S.R. y Eckenfels, E.J. (1991). Student perception of mistreatment and harassment during medical school. A survey in ten United States schools. *West J Med*, 155(2), 140-145.
- Bandura, A. (1980). Análisis del aprendizaje social de la agresión. En Bandura – Ribes (Ed.), *Modificación de conducta: análisis de la agresión y la delincuencia*. (pp.309-347). Trillas.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development. Vol 6. Six theories of child development*. (pp. 1-60). Greenwich, Conn JAI press
- Bastías, N., Fasce, E., Ortiz, L., Pérez, C. y Schaufele, P. (2011). *Bullying y acoso en la formación médica de posgrado*. *Rev Educ Cienc Salud*, 8(1), 45-51.
- Benbassat J. (2014). Role modeling in medical education: the importance of a reflective imitation. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(4), 550–554. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000189>
- Borges, G., Wilcox, H.C., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J., Blanco, J., Walters, E. (2005). Suicidal Behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month Prevalence, Psychiatric Factors and Service Utilization. *Salud Mental*. 28(2), 40-47. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252005000200040&script=sci_arttext
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Editions du Seuil.

- Campillo-Labrandero, M., Martínez-González, A., García-Minjares, M., Guerrero-Mora, L. y Sánchez-Mendiola, M. (2019), Desempeño académico y egreso en 25 generaciones de estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM, *Educ Med*.
<https://doi.org/1016/j.edumed.2019.05.003>
- Cauquelin, J. (2010). Sociétés et rites de passage. *Les cahiers du Musée des Confluences*.
Revue thématique Sciences et Sociétés du Musée des Confluences, 6, 25-36.
https://www.persee.fr/doc/mhnly_1966-6845_2010_num_6_1_1517
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, CNRTL (2022), *Lexicographie: confrère*, Ortolang: Outils et Ressources pour un Traitement Optimisé de la LANGue.
<https://www.cnrtl.fr/definition/confr%C3%A8re>
- Chávez-Rivera, A., Ramos-Lira, L. y Abreu-Hernández, L.F. (2016). Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gac Med Mex*, 152, 796-811.
- Cheema, S., Ahmad, K., Giri, S.K., Baliaperumal, V.K., y Naqvi, S.A. (2005). Bullying of junior doctors prevails in Irish health system: a bitter reality. *Ir Med J*, 98(9), 274-275.
- Código Penal Federal [CPF]. 1931. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federal el 12 de noviembre 2021. (México).
- Colegio de México. (2020). Reproducción. *Diccionario del español de México*. Consultado el 15 de enero 2020. <https://dem.colmex.mx/ver/novatada>
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla (31 de marzo, 2015). *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*. Recuperado de: <http://www.cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/15/3-2015.pdf>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (16 de abril, 2019). *Solicitó CNDH a SSA,*

IMSS e ISSSTE garantizar el Derecho a la Salud de la Población, ante posible reducción de servicios en 69 hospitales del país, y atender inconformidades de médicos residentes [Comunicado de prensa]. Recuperado de:

<http://www.cndh.org.mx/documento/solicito-cndh-ssa-imss-e-issste-garantizar-el-derecho-la-salud-de-la-poblacion-ante>

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (15 de noviembre 2020). *Discriminación e igualdad.*

http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142

Cook, D.J., Liutkus, J.F., Risdon, C.L., Griffith, L.E., Guyatt, G.H. y Walter, S.D. (1996).

Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. MacMaster University Residency Training Programs. *CMAJ*, 154(11), 1657-1665.

Cros, M. (1996). *Terrains de passage, rites de jeunesse dans une province française.* Paris, Francia: L'Harmattan.

Decreto LXIII/ISPO-77/60472 de 2016 [Senado de la República. Gobierno de México].

Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se adiciona un tercer párrafo al artículo 87 y 95 de la Ley General de Salud y se reforma el artículo 353-E de la Ley Federal del Trabajo. Gaceta del Senado. 04 de febrero 2016. Recuperado de

https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/60472

Derive, S., Casas, M.L., Obrador, G.T., Villa, A.R. y Contreras, D., (2018). Percepción de

maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Inv Ed*

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Med, 7(26), 35-44. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572018000200035

Dictamen a discusión y votación LXII/ISR-15/41990 de 2013.[Senado de la República. Gobierno de México]. Dictamen con punto de acuerdo que exhorta al titular de la Secretaría de Salud para que, en su calidad de coordinador del Sistema Nacional de Salud, adopte las medidas necesarias para prevenir y en su caso sancionar los casos de violencia laboral y psicológica de que pudieren ser objeto los médicos residentes adscritos a las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud. Gaceta del Senado. 26 de junio 2013. Recuperado de https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/41990

Dupont, M.A. (2005). *Manual de psiquiatría*. 2da Edición, Alfil. México

Finkel, M. (2002). Traumatic Injuries Caused By Hazing Practices. *Am J Emerg Med*, 20(3), 228-33. <http://dx.doi.org/10.1053/ajem.2002.32649>

Fnais, N., Soobiah, C., Chen, M., Lillie, E., Perrier, L., Tashkhandi, M.,...Tricco, A.C. (2014). Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med*, 89(5), 817-827.

Fried, J.M., Vermillion, M., Parker, N.H. y Uijtdehaage, S. (2012). Eradicating medical student mistreatment: a longitudinal study of one institution's efforts. *Acad Med*, 87(9), 1191-1198.

Gaceta del Senado. LXIV/ISR-5/95834. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 22 de mayo de 2019. Recuperado de: https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/95834

Gaceta del Senado. LXIV/3SPR-46/119861. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 25 de agosto de 2021. Recuperado de:

https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/119861

García-Cuadrado, A.M., (2012). Problemas constitucionales de la dignidad de la persona.

Persona y Derecho, 67, 2012(2), 449-514. Recuperado de:

<https://revistas.unav.edu/index.php/persona-y-derecho/article/view/3132/2914>

Goldman, J., Wong, B.M. (2020). Nothing soft about “soft skills”: core competencies in quality improvement and patient safety education and practice. *BMJ Qual Saf*, 29, 619-622. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010512>

Harmon-Jones, E., Mills, J. (2019). An introduction to Cognitive Dissonance Theory and an Overview of Current Perspectives on the Theory en E. Harmon-Jones (Ed.), *Cognitive Dissonance: Reexamining a Pivotal Theory in Psychology* (2nd ed., pp.3-24). American Psychological Association.

Hazing deaths on American college campuses remain far too common (October, 13th 2017).

The Economist. Recuperado de: <https://www.economist.com/graphic-detail/2017/10/13/hazing-deaths-on-american-college-campuses-remain-far-too-common>

Heather, B. y Meleha, A. (2016). Altering workplace attitudes for resident education (A.W.A.R.E.): discovering solutions for medical resident bullying through literature review. *BMC Medical Education*, 16, 127-137.

Hulot, H. (1803). Les cinquante livres du Digeste., Constitution “omnem” Code Justinien du 16 décembre 533 d.C. , in-8, I, Metz-Paris, Francia. Recuperado en

https://droitromain.univ-grenoble-alpes.fr/Francogallica/omnem_fran.htm (consulté le 13 octobre 2019)

Imran, N., Jawaid, M., Haider, II. Y Masood, Z. (2010). Bullying of junior doctors in Pakistan: a cross-sectional survey. *Singapore Med J*, 51(7), 592-595.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Gobierno de México, (4 de abril 2021). Cuenta IMSS con red de investigaciones en depresión para mejorar atención a derechohabientes y personal médico.

<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201907/241>

Instituto Nacional de Pediatría. (2018). Reglamento de Médicos Residentes del Instituto Nacional de Pediatría. Cap. Décimo sexto. Recuperado de

https://www.pediatria.gob.mx/archivos/normateca/normateca_residentes.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). Informe final: Brechas en la disponibilidad de médicos y enfermeras especialistas en el sistema nacional de salud. México: Gobierno de México.

http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/brechas_medico_enf_esp.pdf

Jagsi, R., Kitch, B.T., Weinstein, D.F., Campbel, E.G., Hutter, M., Weissman, J. (2005).

Residents Report on Adverse Events and Their Causes. *Arch Intern Med*, 165(22), 2607-2613. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.165.22.2607>

Jiménez-López, J.L., Arenas-Osuna, J., Angeles-Garay, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 53(1), 20-8 <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151d.pdf>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

- Jiménez-Tapia, A., González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud mental*, 26(6), 35-46. <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2606/sm260635.pdf>
- Jochemsen-van der Leeuw, H. G., van Dijk, N., van Etten-Jamaludin, F. S., & Wieringa-de Waard, M. (2013). The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(1), 26–34. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318276d070>
- Jongitud, J.C., Vázquez-Martínez, F.D. (2021). Regulación de las residencias médicas en México y derechos humanos. *Enfoques jurídicos*, 4, 84-99 DOI: <https://doi.org/10.25009/ej.v0i04.2573>
- Journet, N. (2001 enero). Les rites de passage. *Sciences humaines*. Recuperado de https://www.scienceshumaines.com/les-rites-de-passage_fr_1079.html
- Komaromy, M., Bindman, A.B., Haber, R.J. y Sande, M.A. (1993). Sexual harassment in medical training. *N Engl J Med*, 328(5), 322-326.
- Kubrusly, M. Lima, A., Costa, A.C., Kubrusly, A., Mendonça, M., Mazza, S.R. (2019). Resiliencia en la Formación de Estudiantes de Medicina en una Universidad con un Sistema Híbrido de Enseñanza y Aprendizaje. *Rev bras educ med*. 43(1), 367-376. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190161.ESP>
- Kuçuradi, I. (2016). *Le combat pour les droits de l'homme. Un enjeu philosophique de notre temps*. (pp.97-106). L'Hamartan . Paris
- Kuçuradi, I. (2019). The concept of human dignity and its implications for human rights. *Bioethics UPdate*, 5(1), 7-13.

- Lara Nava, M. D., García Gual, C., López Férez, J.A., Cabello Álvarez, B. (1983). *Tratados Hipocráticos I. Juramento. Sobre la ciencia médica. Sobre la medicina antigua. Sobre la enfermedad sagrada. El pronóstico. Sobre los aires, aguas y lugares. Sobre la dieta en las enfermedades agudas. Sobre la dieta.* Biblioteca básica Gredos. Editorial Gredos, S.A. España.
- Largueze, B. (1997). La “fête de réconciliation” dans le bizutage. *Agora débats/jeunesse*, 7. Les jeunes et les fêtes. Persée. Pp. 35-44. Recuperado en: https://www.persee.fr/doc/agora_1268-5666_1997_num_7_1_1528, doi: <https://doi.org/10.3406/agora.1997.1528>
- Lau, J.N., Mazer, L.M., Liebert, C.A., Merrell, S.B., Lin, D.T., Harris, I.A. (2017). A Mixed-Methods Analysis of a Novel Mistreatment Program for the Surgery Core Clerkship. *Acad Med*, 92(7), 1028-1034. <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000001575>
- Leach, E. (1989). *Cultura y Comunicación: La lógica de la conexión de los símbolos. Una introducción al uso del análisis estructuralista en la antropología social.* (4ª ed. en Esp). Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Leisy, H., Ahmad, M. (2016). Altering workplace attitudes for resident education (A.W.A.R.E): discovering solutions for medical resident bullying through literature review. *BMC Medical Education*, 16, 127. <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0639-8>
- Ley de Infraestructura de la Calidad. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ciudad de México, México. 1ero de julio 2020. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596009&fecha=01%2F07%2F2020#gsc.tab=0

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Distrito Federal, México. 1ero de julio 1992. Última reforma publicada DOF 20-04-2009. Recuperado de

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ciudad de México, México. 7 de febrero 1984. Últimas reformas publicadas DOF 24-01-2020.

Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf

Li, S.F., Grant, K., Bhoj, T., Lent, G., Garrick, J.F., Greenwald, P.,...Cowan, E. (2010).

Resident experience of abuse and harassment in emergency medicine: ten years later.

J Emerg Med, 38(2), 248-252. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.05.005>.

Lind, K.T., Osborne, C.M., Badesch, B., Blood, A., Lowenstein, S.R. (2019). Ending student

mistreatment: early successes and continuing challenges. *Medical Education Online*,

25, 1. <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1690846>

Loi n°2017-86 du 27 Janvier 2017. Art. 177. Du bizutage. Code penal de la République

Française, France,

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/1/27/LHAL1528110L/jo/texte> y

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033975377/

Mata, D.A., Ramos, M.A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E., Sen, S.

(2015). Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident

Physicians. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 314(22), 2373-2383.

<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.15845>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

- McNamara, R.M., Whitley, T.W., Sanders, A.B. y Andrew, L.B. (1995), The extent and effects of abuse and harassment on emergency medicine residents. *Acad Emerg Med*, 2(4), 293-301.
- Médicos residentes de 82 hospitales mexicanos inician paro de labores (15 de abril 2019). *El Universal*. Recuperado de <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/medicos-residentes-de-82-hospitales-mexicanos-inician-paro-de-labores>
- Méndez-Cerezo, A. (2011). Síndrome de *Burnout* en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *An Med (Mex)*, 56(2), 79-84.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc112d.pdf>
- Mejía, R., Diego, A., Alemán, M., Maliandi, M.R. y Lasala, F. (2005). Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina*, 65, 295-301.
- Miranda, P. (25 de abril 2019). Médicos residentes crean un Comité Interinstitucional para crear “un frente común”. *El Universal*. Recuperado de:
<https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/medicos-residentes-crean-comite-interinstitucional-para-crear-un-frente-comun>
- Nabi, H., Harley, S. y Murphy, E. (2013). The perils and triumphs of night surgical residents across South Australia. *J Surg Educ*, 70(2), 265-272.
- Nagata-Kobayashi, S., Maeno, T., Yoshizu, M. y Shimbo, T. (2009). Universal problems during residency: abuse and harassment. *Med Educ*, 43(7), 628-636.
- Nuwer, H. (1999). *Wrongs of passage: fraternities, sororities, hazing, and binge drinking*, Bloomington: Estados Unidos de América: Indiana University Press.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Nuwer, H. (2000). *High School Hazing: When Rites Become Wrongs*. New York: Franklin Watts, pp 16-33.

Nuwer, H. (2020). *Hank Nuwer*. Bio. Recuperado Octubre 2020 de:

<http://www.hanknuwer.com/bio/>

Nuwer, H. (2020). *Hank Nuwer*. Hazing Deaths Database. Recuperado Octubre 2020 de:

<http://www.hanknuwer.com/>

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, Diario Oficial de la Federación, México, 4 de enero 2013. Recuperado en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/381446/nom_001_ssa3_2012.pdf

Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud.

Para la organización y funcionamiento de residencias médica en establecimientos para la atención médica, Diario Oficial de la Federación, México, 17 de junio 2022.

Recuperado en:

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5655486&fecha=17/06/2022#gsc.tab=0

OBEME, Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos (5 de abril 2021).

Universidad Veracruzana. <https://www.uv.mx/obeme/>

Ogunsemi, O.O., Alebiosu, O.C. y Shorunmu O.T. (2010). A survey of perceived stress, intimidation, harassment and well-being of resident doctors in a Nigerian teaching hospital. *Niger J Clin Pract*, 13(2),183-186.

Olivares-Faúndez, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el *Burnout*.

Ciencia & trabajo. 19(58), 59-63 [https://dx.doi.org/10.4067/S0718-](https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059)

[24492017000100059](https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059)

- Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia. Resumen de orientación. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145089/WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf;jsessionid=D4F309782E6AD61A2855CA76F8CEAC32?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Ortiz-León, S., Jaimes-Medrano, A.L., Tafoya-Ramos, S.A., Mujica-Amaya, M.L., Olmedo-Canchola, V.H. y Carrasco-Rojas, J.A. (2014). Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir*, 82, 290-301.
- Prieto-Miranda, S., Jiménez-Bernardino, A., Cázares-Ramírez, G., Vera-Haro, M.S., Esparza-Pérez, I., (2015). Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx*, 31, 669-679.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA3-2018, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de las residencias médicas en establecimientos para la atención médica, Diario Oficial de la Federación, México, 31 de octubre 2018. Recuperado en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5544617&fecha=23/11/2018
- Quine, L. (2002). Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ*, 324(7342), 878-879.

- Ramiro-H, M., Cruz-A, J.E., Zerón-Gutiérrez, L. y Arévalo-Vargas, A. (2017). El ENARM y las escuelas y facultades de medicina. Un análisis que no le va a gustar a nadie. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 55(4), 498-511.
- Rangel, H. (18 de noviembre 2020). Por abuso y acoso laboral Residente del Hospital General del Sur se quitó la vida, acusa su madre. Televisa Regional, Puebla. Recuperado de: <https://televisaregional.com/puebla/noticias/por-abuso-y-acoso-laboral-residente-del-hospital-general-del-sur-se-quito-la-vida-acusa-su-madre/>
- Real Academia Española. (2019). Reproducción. *Diccionario de la lengua española*. Consultado el 18 de marzo 2020. <https://dle.rae.es/maltratar>, <https://dle.rae.es/maltrato#otras>
- Real Academia Española. (2019). Reproducción. *Diccionario de la lengua española*. Consultado el 9 de septiembre 2019. <https://dle.rae.es/rito?m=form>.
- Reyes, A.W.A., Ramírez, G.M.T., Ponce de León, C.M.E., García, J.J. (2019). Maltrato en el pregrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Inv Ed Med.*, 8(30),18-29. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.1773>
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J.V., Medeiros, L., Gurgel, K., Souza, T., Gonçalves, A.K. (2018). Burnout Syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 13(11). e0206840. doi: [10.1371/journal.pone.0206840](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840). PMID: 30418984; PMCID: PMC6231624. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30418984/>
- Scott, J., Blanshard, C. y Child, S. (2008). Workplace bullying of junior doctors: across-sectional questionnaire survey. *N Z Med J*, 121(1282), 10-14.
- Segalen, M. (2005). *Ritos y rituales contemporáneos*. Madrid, España: Alianza editorial S.A.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Sepúlveda-Vildósola, A.C., Mota-Nova, A.R., Fajardo-Dolci, G.E. y Reyes-Lagunes, L.

(2017). Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco percibido. *Rev Med Inst Mex seguro Soc.*, 55(1), S92-101.

Sheehan, K.H., Sheehan, D.V., White, K., Leibowitz, A. y Baldwin, D.W.Jr. (1990). A pilot study of medical student abuse, student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA*, 263(4), 533-7.

Silver, H.K., Glicken, A.D. (1990). Medical student abuse, Incidence, Severity and Significance. *JAMA*, 263(4), 527-32

Spaemann, R. (1988). Sobre el concepto de dignidad humana. *Persona y Derecho*, 19, 13-33
<https://dadun.unav.edu/handle/10171/12656>

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2009). Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud. Jurisprudencia. 1a./J. 50/2009. *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*. 29, 164. Disponible en <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/167530>

Symbiosis. (18 de septiembre de 2021). *Una mente colectiva. Generando soluciones para mejorar la atención y educación en salud*. Recuperado de <https://symbiosis.com.mx/>

Symbiosis. (2021). *Resiste residente*. [Cortometraje]. Disponible en línea en: <https://player.vimeo.com/video/583564458?h=0429a90a39>

Universidad Panamericana (2022). *Ceremonial académico de la Universidad Panamericana*. 2da Edición.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Van der Heijden, F., Dillingh, G., Bakker, A., Prins, J. (2008). Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res.* 12(4), 344-6. doi: [10.1080/13811110802325349](https://doi.org/10.1080/13811110802325349). PMID: 18828037.

Van Gennep, A. (1909). *Les rites de passage*. París, Francia: Picard.

Vargas-Terrez, B. E., Moheno-Klee, V., Cortés-Sotres, J.F. y Heinze-Martin, G. (2015). Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Inv Ed Med.* 4(16), 229-235. DOI: [10.1016/j.riem.2015.08.001](https://doi.org/10.1016/j.riem.2015.08.001)

Velázquez, I. (28 de octubre 2021). Dan novatada con golpes y asfixias. *Reforma*.
https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?__rval=1&urlredirect=https://www.reforma.com/dan-novatada-con-golpes-y-asfixias/ar2286207?referer=--7d616165662f3a3a6262623b727a7a7279703b767a783a-

Velázquez, I. (28 de octubre 2021). Dan de baja a 5 residentes por novatada en Edomex. *Reforma*.
https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?__rval=1&urlredirect=https://www.reforma.com/dan-de-baja-a-5-residentes-por-novatadas-en-edomex/ar2286955?referer=--7d616165662f3a3a6262623b727a7a7279703b767a783a-

Velázquez, I. (28 de octubre 2021). “Está llorando”. *Reforma*.
https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?__rval=1&urlredirect=https://www.reforma.com/esta-llorando/ar2286391?v=3&referer=--7d616165662f3a3a6262623b6770737a6778743b767a783a71747b387b7a63746174717438767a7b38727a79657066386c387466737c6d7c74663a746727272d23272522-

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

Vidal, D. (2008). Emile Durkheim, Les formes élémentaires de la vie religieuse. *Archives de sciences sociales des religions (en línea)*. Consultado el 14 de Marzo de 2020, <http://journals.openedition.org/assr/19183>

Yaghmour, N.A, Brigham, M.P.P, Richter, T., Miller, R.S., Philibert, I., Baldwin Jr., D.C., Nasca, T.J. (2017). Causes of Death of Residents in ACGME-Accredited Programs 2000 Through 2014: Implications for the Learning Environment. *Acad Med.*, 92(7), 976-983. <http://dx.doi.org/doi: 10.1097/ACM.0000000000001736>

Apéndices**Apéndice A. Carta de Registro Coordinación de Investigación CIBUP**

México D. F. 16 diciembre 2019.

Asunto: Dictamen y Registro
Protocolo No. CICIBUP0012/19

Dra. Stéphanie Jacqueline Suzanne Marie Derive
PRESENTE

Con relación al protocolo No. CICIBUP0012/19, turnado al Comité de Investigación del Centro Interdisciplinario de Bioética de la Universidad Panamericana (CICIBUP) denominado:

REFLEXIÓN PARA LA COMPRENSIÓN DE LAS CAUSAS PROFUNDAS DE LOS MALTRATOS EN LOS RESIDENTES.

Hago de su conocimiento que después de evaluarlo; el dictamen del CICIBUP es el siguiente:

APROBADO

La vigencia de esta aprobación es de dos años a partir de la emisión de este documento. Los responsables del estudio se comprometen a cumplir con todas las disposiciones éticas nacionales e internacionales, así como a presentar al Comité cualquier enmienda, cambio o irregularidad detectada durante la aplicación del protocolo, así como de dar aviso al Comité de la finalización del mismo.

ATENTAMENTE



Dra. María de la Luz L. Casas Martínez
Coordinador de CICIBUP

c.c.p. Archivo CICIBUP.

Apéndice B. Tabla comparativa de las normas sobre las residencias médicas

Análisis de las diferencias entre las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) 2012, 2018 y 2022 sobre organización y funcionamiento de las residencias médicas

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
Nombre completo	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-SSA3-2012, EDUCACIÓN EN SALUD. PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS MÉDICAS	PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-001-SSA3-2018, EDUCACIÓN EN SALUD, PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS MÉDICAS EN ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA	NORMA OFICIAL MEXICANA DE EMERGENCIA NOM-EM-001-SSA3-2022, EDUCACIÓN EN SALUD. PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS MÉDICAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA	La Norma de 2022 es una norma de emergencia a diferencia de las previas. La justificación de la calidad de emergencia contemplada en la ley federal sobre metrología y normalización (1992) sustituida por la ley de infraestructura de la calidad (2020) es que “busquen evitar un daño inminente, o bien atenuar o eliminar un daño existente a algún objetivo legítimo de interés público.” (art. 31). La justificación de la presente norma de emergencia en la regulación de las residencias

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				<p>médicas está basada principalmente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La “preocupación sobre la escasez de médicos lo cual se vio incrementada en el contexto de la crisis sanitaria ocasionada por el virus SARS-COV, misma que puso en riesgo la suficiencia de personal sanitario requerido.” • Los cambios demográficos y epidemiológicos que requieren de médicos especialistas, • La urgencia de hacer eficiente la formación de médicos especialistas en ambiente de seguridad y respeto para el residente y el usuario de los servicios de salud
Publicado por	Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización e Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (SSA3).	Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización e Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (SSA3).	Secretario de Salud. Debido a que la Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud fue cancelada por decreto presidencial sobre las medidas de austeridad (Diario Oficial de	El secretario de salud publicó la NOM de emergencia sin mencionar otros involucrados, aunque se publica como SSA3 (NOM-001-SSA3-2022) que corresponde a Normas desarrolladas y propuestas

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
			la Federación 23 de Abril 2020)	por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud. El contenido de la norma de emergencia es muy similar al del Proyecto de Norma Oficial Mexicana 001-SSA3 de 2018 en el que participaron muchas instituciones del sector salud y educativo.
Tipo de norma	Norma regular	Proyecto para norma regular	Norma de emergencia	
Fecha de Publicación Diario Oficial de la Federación (DOF)	4 de enero 2013	23 de noviembre 2018	17 de junio 2022	El proyecto de Norma de 2018, nunca entró en vigor a pesar de haber sido publicado en el DOF en noviembre 2018 ya que se quedó como proyecto y no pasó a ser Norma.
Entrada en vigor	60 días después de su publicación en el Diario Oficial de la Federación	60 días después de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, después de haberse aprobado como Norma. Sin embargo, no pasó a ser Norma y no entró en vigor quedándose como Proyecto de Norma.	Al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación	La diferencia en la entrada en vigor entre las normas regulares y las de emergencia está normada por la Ley de infraestructura de la calidad (2020, art. 31).
Sustituye	NOM-001-SSA3-1994	NOM-001-SSA3-2012	NOM-001-SSA3-2012	La publicación de la Norma de Emergencia no excluye la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
			Será sustituido por la NOM-001-SSA3-2018 si entra en vigor durante la vigencia de la NOM-EM-001-SSA3-2022	posibilidad de publicación como Norma del Proyecto de Norma 2018, aunque en los hechos, existen muchas similitudes entre las dos.
Vigencia	Revisión cada 5 años (art. 51 Ley Federal de Metrología y Normalización, 1992)	Revisión cada 5 años (art. 51 Ley Federal de Metrología y Normalización, 1992)	6 meses con posibilidad de una renovación única (art. 31 Ley de infraestructura de la calidad, 2020)	La calidad de norma de emergencia de la NOM 2022 implica que se trabaje en una norma de mayor vigencia para su publicación en el DOF en un plazo no mayor a un año.
Colaboraciones en la elaboración de la Norma	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo de Salubridad • Secretaria de Salud • CIFRHS • Secretaria de Educación Pública • IMSS • ISSSTE • PEMEX • DIF • Institutos Nacionales de Salud (1) • Hospitales públicos (3) • Instituciones Públicas de Educación Superior (5) • Hospitales privados (5) • Academias médicas (2) • Asociación Nacional de Hospitales privados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Salud Federal y Estatales (12) • Institutos Nacionales de Salud (9) • Hospitales públicos (8) • Secretaria de Educación Pública • IMSS • ISSSTE • DIF • Instituciones Públicas de Educación Superior (1) • Instituciones Privadas de Educación Superior (3) • Hospitales privados (2) • Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas 	Ninguna, la calidad de emergencia, permite al Secretario de Salud, publicarla sólo.	A pesar de que no se reporta ninguna colaboración del Secretario de Salud en la elaboración de la Norma 2022, se basa en un altísimo porcentaje en la NOM 2018, la cual se elaboró con la participación de muchas instituciones.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		<ul style="list-style-type: none"> • Asociación Nacional de Hospitales Privados 		
Cambios en todo el texto	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad médica receptora de residentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad médica receptora de residentes 	La Norma 2022 regresa a la terminología de 2012
	<ul style="list-style-type: none"> • Médico residente 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal que realiza una Residencia Médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico residente 	La Norma 2022 regresa a la terminología de 2012
Introducción	<p>Finalidad Norma: “garantizar la formación óptima de médicos especialistas sin menoscabo de la seguridad de los pacientes o de la atención a la salud de la población. La norma presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los deberes de las instituciones de salud integrantes del Sistema Nacional de Residencias Médicas. • Los requerimientos de las unidades médicas • Las disposiciones para los profesores • Los derechos y obligaciones de los residentes. 	<p>Finalidad Norma: “garantizar la formación óptima de médicos especialistas sin menoscabo de la seguridad de los pacientes o de la atención a la salud de la población. La norma presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los deberes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Educativo Nacional. • Los requerimientos de las unidades médicas • Las disposiciones para los profesores • Los derechos y obligaciones de los residentes. 	<p>Finalidad Norma: “favorecer la formación óptima de los médicos especialistas”. La norma presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los deberes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Educativo Nacional • Los requerimientos de las unidades médicas • Las disposiciones para los profesores • Las disposiciones aplicables de los residentes. 	<p>En comparación con la Norma 2012, la 2018 involucra al Sistema Educativo Nacional además del Sistema Nacional de Salud en el funcionamiento y la regulación de las residencias médicas, lo cual representa un avance importante al dar un mayor enfoque educativo (y no sólo asistencial) a la formación de especialidad. Se mantiene este punto en la Norma 2022. La Norma 2022, por otro lado, ya no habla de derechos y obligaciones de los residentes, sino de disposiciones aplicables a los residentes. Sí mantiene el concepto de “deberes” de las instituciones involucradas en las residencias.</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
Objetivos y campo de aplicación	<p>• 1. Objetivo Esta norma tiene por objetivo regular la organización y el funcionamiento de residencias médicas, en las unidades médicas receptoras de residentes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>• 1. Objetivo Esta norma tiene por objetivo regular la organización y el funcionamiento de las Residencias Médicas que se realicen en las unidades médicas y demás instalaciones de las Instituciones de Salud que funjan como receptoras de Residentes.</p>	<p>• 1. Objetivos y campo de aplicación • 1.1 Objetivo Esta Norma Oficial Mexicana de Emergencia tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de las residencias médicas que se realicen en las unidades médicas de las instituciones de salud que se constituyen como receptoras de médicos residentes.</p>	No presentan diferencias significativas entre las diferentes Normas. El objetivo de la Norma es regular las residencias médicas y su campo de aplicación es todo el territorio nacional para todas las personas que participan en cualquier grado y modalidad en las residencias médicas.
	<p>• 2. Campo de aplicación Esta norma es de observancia obligatoria para el responsable de enseñanza, así como para quienes convengan e intervengan en los procesos de selección, autorización, integración, actualización, enseñanza y tutoría de las residencias médicas en los establecimientos para la prestación de servicios de atención médica considerados como unidades médicas receptoras de</p>	<p>• 2. Campo de aplicación Esta norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los responsables de las áreas de formación de recursos humanos para la salud de las Instituciones de Salud que funjan como receptoras de Residentes, así como para quienes intervengan en los procesos de selección, autorización, integración, actualización, enseñanza, tutoría y quienes cursan especialidades médicas en</p>	<p>• 1.2 Campo de aplicación Esta Norma Oficial Mexicana de Emergencia es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los responsables de las áreas de formación de recursos humanos para la salud de las instituciones de salud receptoras de médicos residentes, así como para quienes intervengan en los procesos de selección, autorización, integración, actualización, enseñanza, tutoría y quienes cursan</p>	

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	residentes que conforman el Sistema Nacional de Residencias Médicas.	las unidades médicas o instalaciones de las referidas instituciones.	especialidades médicas en las unidades médicas de las referidas instituciones.	
Referencias normativas	<p>• 3 Referencias Para la correcta aplicación de la presente norma es necesario consultar las siguientes normas oficiales mexicanas o las que las sustituyan:</p>	<p>• 3 Referencias normativas Para la correcta interpretación y aplicación de esta Norma es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan:</p>	<p>• 2 Referencias normativas Para la correcta interpretación y aplicación de esta Norma Oficial Mexicana de Emergencia es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan:</p>	Entre las Normas de 2012 y de 2018, se presentaron actualizaciones de las mismas normas y se quitó la Norma de utilización de campos clínicos de pregrado. Las normas de referencia de la Norma 2022 son las mismas que la 2018, salvo la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<ul style="list-style-type: none"> • 3.1 Norma Oficial Mexicana NOM.005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios para la atención médica de pacientes ambulatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para la atención médica de pacientes ambulatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. 	actualización de la norma de infraestructura y equipamiento para pacientes ambulatorios.
	<ul style="list-style-type: none"> • 3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.4 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.4 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • 3.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.1 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • 3.4 Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.3 Norma Oficial Mexicana NOM- 016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.3 Norma Oficial Mexicana NOM- 016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. 	

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<ul style="list-style-type: none"> • 3.5 Norma Oficial Mexicana NOM 206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias en los establecimientos de atención médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.5 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.5 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • 3.6 Norma Oficial Mexicana NOM- 234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado. 			
		<ul style="list-style-type: none"> • 3.6 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de Información en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2.6 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de Información en salud. 	
Términos y definiciones	<ul style="list-style-type: none"> • 4. Definiciones Para efectos de esta norma se entiende por: 	<ul style="list-style-type: none"> • 4. Términos y definiciones Para efectos de esta norma se entenderá por: 	<ul style="list-style-type: none"> • 3. Términos y definiciones Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana de Emergencia se entenderá por: 	
		<ul style="list-style-type: none"> • 4.1 Asesoría: actividad de apoyo formativo de los profesores con los residentes como la 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.1 Asesoría: actividad de apoyo formativo de los profesores con los residentes como la 	El concepto de asesoría se introduce en el Proyecto de Norma 2018, describiendo lo que se espera de parte de los profesores de los residentes en especial en los aspectos

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		<p>observación o tutoría directa presencial o a distancia, con el objeto de orientar la toma de decisión mediante sugerencia, ilustración, opinión e indicaciones que favorezcan la atención de los pacientes</p>	<p>supervisión, demostración, observación o tutoría directa, presencial o a distancia, con el objeto de orientar la toma de decisión mediante sugerencia, ilustración, opinión e indicaciones que favorezcan la atención de los pacientes</p>	<p>prácticos de la atención clínica. La redacción de la definición de asesoría en la Norma 2022 se amplía con supervisión y demostración, además de observación y tutoría directa. Desde 2018 se contemplaba la actividad de asesoría tanto presencial como a distancia.</p>
			<p>• 3.2 Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, al órgano de consulta, asesoría y apoyo técnico para las secretarías de Salud y de Educación Pública y para otras dependencias e instituciones del sector público, así como un ámbito de consenso entre diversas instancias de los sectores públicos, social y privado en asuntos de común interés en materia de formación de recursos humanos para la salud.</p>	<p>La Norma 2022 añade la definición de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		<ul style="list-style-type: none"> • 4.2 Constancia de seleccionado, al documento que otorga la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud a través del Comité de Posgrado y Educación Continua a quienes fueron seleccionados a través del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas. Esta constancia sólo es válida para ingresar a la especialidad de entrada directa y el ciclo académico que en ella se especifique. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.3 Constancia de seleccionado, al documento que otorga la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud a través de la unidad administrativa competente a quienes fueron seleccionados mediante el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas. Esta constancia sólo es válida para ingresar a la especialidad de entrada directa y el ciclo académico que en ella se especifique. 	Se añade esta definición en el Proyecto de Norma 2018 y se mantiene en la 2022. Se sustituye la referencia a la entrega de la constancia de seleccionado por parte del Comité de Posgrado y Educación Continua de 2018 por la unidad administrativa competente en 2022. El Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), sólo se pide para ingresar a las especialidades de entrada directa y es válido sólo para la especialidad y el año en el que se aplica al examen.
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.1 Guardia: conjunto de actividades descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que el médico residente debe realizar durante la jornada laboral, en la unidad médica receptora de residentes en la que está adscrito o asignado. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.3 Guardia: al conjunto de actividades académicas y asistenciales de formación complementaria, descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que el personal que realiza una Residencia Médica debe efectuar durante la Jornada de actividades en la Unidad 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.4 Guardia: al conjunto de actividades académicas y asistenciales de formación complementaria, descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que los médicos residentes deben efectuar durante la jornada de actividades en la unidad médica receptora de 	A partir del Proyecto de Norma 2018, se añade que las actividades de las guardias son académicas y asistenciales, resaltando que la guardia no es solamente asistencial y reconociendo su importancia académica. Se regresa a la denominación de 2012 de “médico residente” en vez de “personal que realiza una Residencia

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		Médica o Instalación Receptora de Residentes al que está adscrito o asignado.	residentes al que está adscrito o asignado.	Médica” y a la de “unidad receptora de residentes” en vez de “Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes”
		<ul style="list-style-type: none"> • 4.4 Institución de Educación Superior: organización académica, pública o privada, que cuenta con reconocimiento de validez oficial de estudios, facultada para otorgar el aval de cursos de especialidades a través de las Residencias Médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.5 Institución de Educación Superior: organización académica, pública o privada, que cuenta con reconocimiento de validez oficial de estudios, facultada para otorgar el aval de cursos de especialidades a través de las residencias médicas. 	Se incluye esta definición a partir del Proyecto de Norma 2018 y con definición conservada en la Norma 2022. La inclusión de esta definición refuerza la importancia de las universidades en los programas de residencias médicas.
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.2 Institución de salud: toda organización con personalidad jurídica de derecho público o privado, con capacidad para ofertar servicios de salud y responder de su orden, estructura y prestaciones en uno o más establecimientos para la atención médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.5 Institución de Salud: a las entidades y dependencias de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, con capacidad para ofrecer servicios de salud y responde de su orden, estructura y prestación de servicios médicos en una o más Unidades Médicas o 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.6 Institución de Salud: a las entidades y dependencias de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, con capacidad para ofrecer servicios de salud y responde de su orden, estructura y prestación de servicios médicos en una o más unidades médicas o receptoras de residentes. 	Se modificó la definición a partir de la Norma de 2018, sin embargo, mantiene la idea de abarcar tanto hospitales públicos como privados con diferentes estatutos legales, que son sedes de las residencias médicas.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		Instalaciones Receptoras de Residentes.		
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.3 Jornada laboral: número de horas que en días hábiles, el médico residente debe desarrollar las funciones y actividades señaladas en el programa operativo de la residencia médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.6 Jornada: al número de horas en días hábiles señaladas en el Programa Operativo de la especialidad, en las que el personal que realiza una Residencia Médica debe desarrollar funciones y actividades académico-asistenciales 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.7 Jornada: al número de horas en días hábiles señaladas en el programa operativo de la especialidad, en las que los médicos residentes deben desarrollar funciones y actividades académico-asistenciales 	<p>En las definiciones, se cambia “jornada laboral” por “jornada”, dejando de reducir las actividades de los residentes al aspecto “laboral”, que hace referencia a las tareas asistenciales y dando un lugar así a las demás actividades del residente como las académicas y de investigación.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.4 Médico residente: profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.14 Residente: al profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingresa a una Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes para cursar una especialidad médica a tiempo completo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.8 Médico residente: al profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de Residentes, para cumplir con una residencia. 	<p>A partir del Proyecto de Norma 2018, se incluye la necesidad de ser médico titulado para ser residente. La Norma 2022 quita el requisito de dedicación de tiempo completo de los residentes, por lo tanto, abre la posibilidad a que realicen alguna otra actividad profesional adicional a la residencia, lo cual puede beneficiarlos para conseguir ingresos adicionales a la beca de residentes que reciben mensualmente.</p>

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.5 Profesor adjunto: médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, que coadyuva con el profesor titular en la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica correspondiente 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.7 Profesor adjunto: al médico especialista adscrito en la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes, que colabora con el Profesor Titular en la planeación, conducción y evaluación de una Residencia Médica y cuenta con reconocimiento de la Institución de Educación Superior que avala la especialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.9 Profesor adjunto: al médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, con reconocimiento de la institución de educación superior que avala la especialidad, que coadyuva con el profesor titular en la planeación, conducción y evaluación de una residencia médica. 	<p>A partir del Proyecto de Norma 2018, se indica que los profesores adjuntos de las residencias deben contar con reconocimiento de la Universidad que avala la especialidad, dándole a la Universidad una mayor participación en la implementación de los programas.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.6 Profesor titular: médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, con nombramiento de la institución de educación superior, responsable de la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica de la institución de salud correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.8 Profesor titular: médico especialista adscrito en la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes, responsable de la planeación, conducción y evaluación del curso de Residencia Médica de la Institución de Salud en que labora y cuenta con reconocimiento de la Institución de Educación Superior que avala la especialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.10 Profesor titular: médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, acreditado por la institución de educación superior que avala la especialidad, responsable de la planeación, conducción y evaluación del curso de residencia médica de la institución de salud en que labora. 	<p>A partir de la NOM 2018, se especifica que el profesor titular debe laborar en la sede de la residencia. En cuanto a la relación del profesor con la Universidad que avala el curso, en 2012 se hablaba de un nombramiento de la universidad, en 2018 de un reconocimiento al igual que para el profesor adjunto y en 2022 se cambió por “acreditado” por la universidad.</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.7 Programa académico: documento emitido por la institución de educación superior que contiene los elementos del plan de estudios de la residencia médica correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.9 Programa académico: al documento emitido por la Institución de Educación Superior que contiene los elementos del plan de estudios de la especialidad médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.11 Programa académico: documento emitido por la institución de educación superior que contiene los elementos del plan de estudios de la especialidad médica. 	Las definiciones de las 3 normas son muy similares, las de 2018 y 2022 son idénticas. El programa académico es definido por las Universidades en el plan de estudios de la especialidad.
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.8 Programa operativo: documento que describe las actividades que debe realizar el médico residente, para desarrollar el programa académico de la residencia médica correspondiente en las unidades médicas receptoras de residentes (APENDICE INFORMATIVO A). 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.10 Programa operativo: al documento emitido por la Institución de Salud que describe las actividades para desarrollar el Programa Académico de la especialidad en la Unidades Médicas o Instalaciones Receptoras de Residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.12 Programa operativo: al documento emitido por la institución de salud que describe las actividades para desarrollar el programa académico de la especialidad en las unidades médicas receptoras de residentes (Ver Apéndice Informativo A de esta Norma) 	A partir del Proyecto de Norma 2018, se especifica que el programa operativo es desarrollado por el hospital para cumplir con el programa académico de la especialidad. En las 3 normas existe un apéndice que describe cómo debe ser el programa operativo de las sedes y subsedes con capítulos y descripción de contenido.
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.9 Residencia médica: conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.11 Residencia Médica: al conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el personal que realiza una Residencia Médica dentro de las Unidades Médicas o Instalaciones Receptoras de 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.13 Residencia Médica: al conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el personal que cursa una especialidad médica dentro de las Unidades Médicas Receptoras de Residentes 	En las tres normas, se contemplan tres actividades principales en la residencia: académica, asistencial y de investigación. También, todas hacen referencia a que la Residencia debe cumplir los programas de la

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	estipulado en los programas académico y operativo correspondientes.	Residentes reconocidas como Sedes o Subsedes, durante el tiempo establecido en los Programas Académico y Operativo, para acreditar una especialidad médica.	reconocidas como Sede o Subsede, durante el tiempo establecido de los Programas Académico y Operativo.	Universidad (académico) y del Hospital (operativo).
		<ul style="list-style-type: none"> • 4.12 Residencia Médica de Entrada Directa: aquella que para su ingreso no requiere acreditar estudios previos de una especialidad médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.14 Residencia Médica de entrada directa: aquella que para su ingreso no requiere acreditar estudios previos de una especialidad médica. 	Esta definición se incorporó a partir del Proyecto de Norma 2018, aunque ya existía esta distinción de programas desde antes.
		<ul style="list-style-type: none"> • 4.13 Residencia Médica de Entrada Indirecta: aquella que para su ingreso requiere acreditar estudios previos en una especialidad médica de entrada directa, entre las que se encuentran las subespecialidades y los cursos de alta especialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.15 Residencia Médica de entrada indirecta: aquella que para su ingreso requiere acreditar estudios previos de una especialidad médica de entrada directa y/o indirecta, de acuerdo a lo señalado en el programa académico correspondiente. 	Al igual que la definición anterior de Residencia Médica de entrada directa, esta definición aparece a partir del Proyecto de Norma 2018. Existen diferencias entre la versión del 2018 y la del 2022, se especifica que se puede ingresar a una residencia de entrada indirecta después de otra residencia de entrada directa o indirecta, si quita la referencia a los cursos de subespecialidad y de alta especialidad.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.10 Rotación de campo: conjunto de actividades de carácter temporal contenidas en el programa operativo que debe realizar el médico residente del último año de la residencia médica correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.15 Rotación de campo: al conjunto de actividades de carácter temporal contenidas en el Programa Operativo que debe realizar el personal que cursa una Residencia Médica del último año de la especialidad cuando así lo requiera. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.16 Rotación de campo: al conjunto de actividades de carácter temporal, contenidas en el programa operativo, que deben realizar los médicos residentes del último año de la especialidad, cuando así lo requiera. 	<p>A partir del Proyecto de Norma 2018, se contempla la rotación de campo, conocida en el lenguaje habitual de los residentes como “servicio social de especialidad”, como una actividad opcional del último año, cuando está contemplado en el programa operativo, en función de la especialidad (ver 4.5 Norma 2022)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.11 Sede: principal unidad médica receptora de residentes, que cumple con la infraestructura, equipamiento y plantilla de profesores necesarios para que el médico residente pueda desarrollar la totalidad o la mayor parte de los programas académico y operativo de la residencia médica correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.16 Sede: a la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes, reconocida por la Unidad Administrativa Competente y la Institución de Educación Superior, que cumple con la infraestructura, equipamiento y plantilla de profesores necesarios para que en ella se pueda desarrollar la totalidad o la mayor parte de los Programas Académico y Operativo de la especialidad médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.17 Sede: a la unidad médica receptora de residentes, reconocida por la unidad administrativa competente y la institución de educación superior, que cumple con la infraestructura, equipamiento y plantilla de profesores necesarios para que en ella se pueda desarrollar la totalidad o la mayor parte de los programas académico y operativo de la especialidad médica. 	<p>A partir del Proyecto de Norma 2018, se incluye la necesidad de contar con la aprobación de la Unidad Administrativa Competente y universitaria, además de cumplir con los requisitos materiales y de recursos humanos, para poder ser sede de la especialidad.</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.13 Subsede: unidad médica receptora de residentes, en la que le médico residente puede desarrollar parte de los programas académico y operativo de la residencia médica correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.18 Subsede: a la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes de las Instituciones de Salud en los que de manera alterna pueden desarrollarse parte de los Programas Académico y Operativo de la especialidad médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.19 Subsede: a la unidad médica receptora de residentes de las instituciones de salud en los que de manera alterna pueden desarrollarse parte de los programas académico y operativo de la especialidad médica. 	<p>A partir del Proyecto de Norma 2018, se incluye la manera alterna con la que se hacen las estancias entre las sedes y las subsedes.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.12 Sistema Nacional de Residencias Médicas: conjunto de dependencias e instituciones de salud responsables de la organización y funcionamiento de las residencias médicas para la formación de médicos especialistas, mediante la coordinación con instituciones de educación superior reconocidas y de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.17 Sistema Nacional de Residencias Médicas: al conjunto de Instituciones de Salud responsables de la organización y funcionamiento de las Residencias Médicas para la formación de médicos especialistas, mediante la coordinación con Instituciones de Educación Superior que forman parte del Sistema Educativo Nacional y de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.18 Sistema Nacional de Residencias Médicas: al conjunto de instituciones de salud responsables de la organización y funcionamiento de las residencias médicas para la formación de médicos especialistas, mediante la coordinación con instituciones de educación superior que forman parte del Sistema Educativo Nacional y de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud.: 	<p>Entre las Normas de 2012 y 2018, se sustituye la palabra “reconocidas” hablando de las Instituciones de Educación Superior, por una descripción más específica: “que forman parte del Sistema Educativo Nacional”. La definición de 2022 es idéntica a la de 2018.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.14 Unidad administrativa competente: dirección 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.19 Unidad Administrativa Competente: a la instancia 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.20 Unidad administrativa competente: a la instancia 	<p>A partir del Proyecto de Norma 2018, se sustituye el término de “dirección</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<p>general responsable de conducir la política nacional para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; de proponer, promover y vigila el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas en materia de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; de normar, controlar y evaluar la asignación de campos clínicos y becas de residencias médicas.</p>	<p>administrativa de la Secretaría de Salud responsable de conducir la política nacional para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; proponer, promover y vigilar el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas en materia de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, así como de normar, controlar y evaluar la asignación de plazas de Residencias Médicas, en coordinación con las instituciones de Salud.</p>	<p>administrativa de la Secretaría de Salud responsable de conducir la política nacional para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; proponer, promover y vigilar el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas en materia de formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; así como de normar, controlar y evaluar la asignación de plazas de Residencias Médicas, en coordinación con las instituciones de Salud.</p>	<p>general responsable de conducir la política nacional...”, por “instancia administrativa de la Secretaría de Salud responsable de conducir la política nacional”. Se mantiene este cambio en la Norma 2022.</p>
	<p>• 4.15 Unidad médica receptora de residentes: establecimiento para la prestación de servicios de atención médica o bien, área o servicios de las instituciones de salud que cumplen como escenario académico, en el cual los médicos residentes deben</p>	<p>• 4.20 Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes: aquellas de las instituciones de Salud que cumplen con los requerimientos de infraestructura, equipamiento y personal para el desarrollo de cursos de especialidad médica.</p>	<p>• 3.21 Unidad médica receptora de residentes: el establecimiento hospitalario o de otros servicios de salud, que cumple con los requerimientos de infraestructura, equipamiento y personal</p>	<p>La terminología de la unidad médica elegida para la Norma 2022 coincide con la de la Norma 2012, la definición se simplifica en 2018 y se mantiene con pocos cambios para 2022, haciendo énfasis en la necesidad de cumplimiento de requisitos materiales y de</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	realizar las residencias médicas.		para el desarrollo de cursos de especialidad médica.	recursos humanos para poder ser receptora de residentes.
	<ul style="list-style-type: none"> • 4.16 Unidad médica receptora de residentes para rotación de campo: establecimiento para la prestación de servicios de atención médica donde el médico residente debe realizar su rotación de campo durante el último año de su residencia médica, de acuerdo a lo establecido por la unidad administrativa competente y estipulado en el programa operativo correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.21 Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes para Rotación de Campo: aquéllas donde los Residentes deben llevar a cabo actividades asistenciales de manera temporal durante el último año de su Residencia Médica, de acuerdo con lo establecido por la Unidad Administrativa Competente y confirme a lo previsto en el Programa Operativo de la Especialidad médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.22 Unidad médica receptora de residentes para rotación de campo: aquélla donde los médicos residentes deben llevar a cabo actividades asistenciales de manera temporal durante el último año de su residencia médica, de acuerdo con lo establecido por la unidad administrativa competente y confirme a lo previsto en el programa operativo de la especialidad médica. 	Las tres versiones de la Norma especifican que las actividades esperadas en la rotación de campo son de tipo asistenciales, no se habla de actividades académicas o de investigación. Por otro lado, existe poca diferencia en la redacción, siendo la de 2022 idéntica a la de 2018
Disposiciones generales	<ul style="list-style-type: none"> • 5. Disposiciones generales • 5.1 Las disposiciones entre los médicos residentes y la institución de salud de la que dependen las unidades médicas receptoras de residentes deben regirse por las disposiciones jurídicas aplicables, la normatividad institucional y las disposiciones de esta norma. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Disposiciones generales • 5.1 La relación entre el personal que realiza una Residencia Médica y la Institución de Salud de la que dependa la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residencias, debe regirse por las disposiciones legales aplicables, la normatividad institucional y las 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Disposiciones generales • 4.1 La relación entre los médicos residentes y la institución de salud de la que dependa la unidad médica receptora de residentes, debe regirse por las disposiciones legales aplicables, la normatividad institucional y las disposiciones de esta Norma. 	La redacción de los artículos es parecida y tiene el mismo fondo.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		disposiciones de esta Norma.		
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2 Las residencias médicas que se efectúen en las unidades médicas receptoras de residentes deben contar con el reconocimiento de una institución de educación superior. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2 Las Residencias Médicas que se efectúen en las Unidades Médicas o Instalaciones Receptoras de Residentes deben contar con el reconocimiento y aval de una Institución de Educación Superior. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.2 Las residencias médicas que se efectúen en las unidades médicas receptoras de residentes deben contar con el reconocimiento y aval de una institución de educación superior. 	En este artículo, se estipula que todas las especialidades deben contar con el reconocimiento de una Universidad. A partir del Proyecto de Norma 2018, se añade “aval” a reconocimiento.
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.3 La organización y el funcionamiento de las residencias médicas deben tener como base la celebración de un convenio específico de colaboración entre la institución de salud y la de educación superior, en el que se especifiquen las obligaciones que ambas asumen. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.3 La organización y el funcionamiento de las Residencias Médicas deben tener como base el instrumento consensual que al efecto celebren la Institución de Salud y la de Educación Superior, en el que se especifiquen las obligaciones que ambas asumen. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.3 La organización y el funcionamiento de las residencias médicas deben tener como base el instrumento consensual que al efecto celebren la institución de salud y la de educación superior, en el que se especifiquen las obligaciones que ambas asumen. 	Entre las disposiciones generales que no cambian, está la necesidad de que todos los programas de residencia tengan el reconocimiento y el aval de una institución de educación superior. A partir del Proyecto de Norma 2018, se sustituye el “convenio específico” por “el instrumento consensual”, en todos los casos, se formaliza la relación entre la institución de salud y de educación superior, con el fin de definir las obligaciones de ambas partes.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.4 La duración de la residencia médica debe ser por el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.4 La duración de la Residencia Médica debe ser por el tiempo estipulado en los Programas Académico y Operativo correspondientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.4 La duración de la residencia médica se establece en el programa académico correspondiente 	<p>A partir de la Norma 2022, se retira la referencia al programa operativo, dejando en manos de las universidades la determinación de la duración de la especialidad, aunque se esperaba que los programas académicos (universidad) y operativos (hospital) coincidieran en cuando a duración de los estudios.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.5 El programa operativo debe incluir la rotación de campo en el último año de las residencias médicas de cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, medicina familiar y anestesiología, con una duración no menor de tres ni mayor de seis meses en unidades médicas receptoras de residentes de 30 camas censables o más. La unidad administrativa competente, en términos de las disposiciones jurídicas 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.5 El Programa Operativo debe incluir la Rotación de Campo en el último año de las especialidades médicas de cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, medicina familiar y anestesiología, con una duración no menor de tres ni mayor de seis meses. La Unidad Administrativa Competente, en términos de las disposiciones aplicables determinará las demás especialidades médicas que se deben 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.5 El programa operativo debe incluir la rotación de campo con una duración no menor de tres ni mayor de seis meses, en unidades médicas receptoras de residentes, durante el último año de las especialidades médicas de cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, medicina familiar, anestesiología y otras que la unidad administrativa competente determine deban realizarla, en 	<p>Entre la Norma 2012 y las siguientes, se retiró la referencia al mínimo de camas censables de la sede de rotación de campo, permitiendo que los residentes hagan su servicio social en instituciones de salud más pequeñas. La duración del servicio social sigue siendo de 3 a 6 meses y las especialidades que deben realizarlo son las mismas, con la posibilidad de ampliar esta lista de especialidades en función de lo que determine la unidad administrativa competente.</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	aplicables determinará las demás residencias médicas que se deben incorporar a la rotación de campo.	incorporar a la Rotación de Campo.	términos de las disposiciones aplicables.	Al quedar como una parte del programa operativo, las rotaciones de campo dependen plenamente del hospital en el que se realiza la residencia y no de la universidad.
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.6 No se deben autorizar cambios en residencias médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.6 No será procedente autorizar cambios de Sede ni de especialidad médica a quienes realicen Residencias Médicas de Entrada Directa. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.6 No será autorizado el cambio de especialidad a los médicos residentes en los programas de entrada directa; los cambios de sede se autorizarán únicamente cuando cumplan con lo que para tal efecto señale la unidad administrativa competente. 	La posibilidad de cambio de sede fue evolucionando con las Normas, al ser prohibida en la Norma 2012 para todas las especialidades de entrada directa e indirecta, fue autorizada para las especialidades de entrada indirecta en el Proyecto de Norma 2018 y para ambos tipos de programa en la 2022, con regulación por parte de la unidad administrativa competente. En el caso de los cambios de especialidad, estaban prohibidos en todos los casos en la Norma 2012, se permitieron solamente en las residencias de entrada indirecta en el Proyecto de Norma 2018 y la 2022, por lo que, al día de hoy, quien

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				quiera cambiar de especialidad de entrada directa debe darse de baja de la especialidad en curso y volver a presentar el Examen Nacional de Aspirante a Residencias Médicas. La apertura a ciertos cambios con el paso del tiempo es un avance, cara a los problemas de maltratos de los residentes.
		<ul style="list-style-type: none"> • 5.7 Los movimientos administrativos deberán sujetarse al procedimiento que establezca la Unidad Administrativa Competente y serán notificados a la Institución de Educación Superior por el responsable de los procesos de formación de recursos humanos para la salud en la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.7 Los movimientos administrativos deberán sujetarse al procedimiento que establezca la unidad administrativa competente y serán notificados a la institución de educación superior por el responsable de los procesos de formación de recursos humanos para la salud en la unidad médica receptora de residentes. 	Al incorporar tanto la Proyecto de Norma 2018 como la 2022, la posibilidad de cambios de sedes y/o residencia, se añade este artículo que explica los mecanismos administrativos de gestión y notificación de dichos cambios.
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.8 Las personas físicas, morales, representantes legales o la persona facultada para ello, en los 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.8 El responsable sanitario, representante legal o persona facultada para tal efecto de las 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.8 El responsable sanitario, representante legal o persona facultada para tal efecto de las 	Se simplificó la redacción del artículo en la versión 2018, sin modificar el fondo y se mantuvo esta

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	establecimientos para la prestación de servicios de atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado, considerados como unidades médicas receptoras de residentes en los cuales se realicen las residencias médicas, en su caso, podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.	Unidades Médicas o Instalaciones Receptoras de Residentes reconocidos como Sede o Subsede, podrá solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta Norma ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.	unidades médicas receptoras de residentes reconocidos como sede o subsede, podrá solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta Norma ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.	modificación en la versión 2022 de la Norma.
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.7 : 5.7.1 a 5.7.7 regulan las funciones del responsable de enseñanza de los hospitales 			A partir del Proyecto de Norma 2018, se consideran estos artículos en las “Disposiciones para las unidades médicas receptoras de residentes y se detallarán más adelante en el apartado correspondiente.
Disposiciones de las unidades médicas	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Disposiciones para las unidades médicas receptoras de residentes 	<ul style="list-style-type: none"> • 6. Disposiciones para la Unidades Médicas o Instalaciones Receptoras de Residentes 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.1 Las unidades médicas receptoras de residentes deben contar con un responsable de los procesos 	A partir del Proyecto de Norma 2018, se sustituye “unidad administrativa de enseñanza” por “área

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
receptoras de residentes	<ul style="list-style-type: none"> • 6.8 Las unidades médicas receptoras de residentes deben contar con una unidad administrativa de enseñanza, la cual debe ser dirigida por un médico que haya efectuado estudios de posgrado en el campo de la salud y cuente con experiencia docente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.1 Las Unidades Médicas e Instalaciones Receptoras de Residentes deben contar con un área responsable de los procesos de formación de recursos humanos para la salud, la cual debe ser dirigida por personal con formación médica que haya efectuado estudios de especialidad médica y cuente con experiencia docente. 	de formación de recursos humanos para la salud, con formación médica que haya efectuado estudios de especialidad médica y cuente con experiencia docente.	responsable de los procesos de formación de recursos humanos para la salud”. En las 3 versiones, se especifica que el área, habitualmente conocida como jefatura o dirección de enseñanza, debe ser dirigida por un especialista con experiencia docente.
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.7 Para coadyuvar a la organización y funcionamiento de las residencias médicas, los responsables de enseñanza de las unidades médicas receptoras de residentes deben desarrollar las siguientes funciones: 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.2 El titular del área de formación de recursos humanos para la salud a que se hace referencia en el inciso que antecede, debe realizar, entre otras, las siguientes funciones en relación con el desarrollo de las Residencias Médicas: 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2 El responsable de la formación de recursos humanos para la salud a que hace referencia en el inciso que antecede, debe realizar, entre otras, las siguientes funciones en relación con el desarrollo de las residencias médicas: 	La redacción de este artículo varía un poco entre las diferentes normas, sin embargo, no presenta cambios de fondo significativos.
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.7.1 Mantener una relación funcional con las instituciones de educación superior que avalan las residencias médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.2.1 Mantener una relación funcional con las Instituciones de Educación Superior que avalan las especialidades médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2.1 Mantener una relación funcional con las instituciones de educación superior que avalan las especialidades médicas 	Misma redacción salvo que en 2018, se cambia “residencias médicas” por “especialidades médicas”
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.7.2 Planear y programar las actividades de 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.2.2 Planear y programar las actividades de 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2.2 Planear y programar las actividades de 	Si bien las redacciones de estos artículos son similares,

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	enseñanza de las unidades médicas receptoras de residentes, que faciliten el cumplimiento de los programas académicos y operativos de todas las residencias médicas que se imparten en dichas unidades.	enseñanza para el cumplimiento de los Programas Académicos y Operativos de las especialidades médicas.	enseñanza en coordinación con el profesor titular de cada curso de especialidad médica para el cumplimiento de los programas académico y operativo de las especialidades médicas.	se especifica a partir de la Norma 2022, que el jefe de enseñanza trabaja de la mano con el profesor titular de los cursos de especialidad para la implementación de los programas.
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.7.3 Colaborar en la elaboración y en el cumplimiento de los programas académicos y operativos de las residencias médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.2.3 Coordinar la elaboración y supervisar el cumplimiento de los Programas Académicos y Operativos de las especialidades médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2.3 Coordinar la elaboración y supervisar el cumplimiento de los programas académicos y operativos de las residencias médicas; 	Las normas 2018 y 2022 de coordinación y supervisión del jefe de enseñanza en el cumplimiento de los programas, en vez de sólo colaboración.
		<ul style="list-style-type: none"> • 6.2.5 Elaborar y mantener actualizado el directorio del personal que puede integrar el profesorado en cada una de las especialidades y proponerlo a la Institución de Educación Superior para que determine lo conducente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2.5 Elaborar y mantener actualizado el directorio del personal que puede integrar el profesorado en cada una de las residencias y proponerlo a la institución de educación superior para que determine lo conducente; 	A partir del Proyecto de Norma 2018, se incluye la necesidad de contar con una lista de posibles profesores de los cursos de especialidades que el hospital propone a las universidades para que ellas determinen quienes asumen esa responsabilidad.
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.7.4 Facilitar la utilización de los recursos existentes en las unidades médicas receptoras de residentes 			Este artículo sobre facilitar el uso de recursos de los hospitales para la especialidad, se retira a partir del Proyecto de Norma 2018.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	para el desarrollo de las actividades educativas.			
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.7.5 Establecer los mecanismos de evaluación de las residencias médicas aplicables en la unidad médica receptora de residentes, de conformidad con las instituciones de educación superior en coordinación con el profesor titular. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.2.6 Establecer los mecanismos de evaluación de los cursos de especialidades médicas, de conformidad con las instituciones de educación superior y en coordinación con quien funja como Profesor Titular; 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2.6 Establecer los mecanismos de evaluación de los cursos de especialidades médicas, de conformidad con las instituciones de educación superior y en coordinación con quien funja como profesor titular; 	En este artículo, la responsabilidad de la evaluación de los cursos queda compartida entre la jefatura de enseñanza, el profesor titular y la universidad que da el aval de los cursos.
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.7.6 Coordinar la evaluación de los médicos residentes con los jefes de servicio y profesores titulares de las residencias médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.2.7 Evaluar el desempeño de los profesores de la especialidad médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2.7 Evaluar el desempeño docente de los profesores en la especialidad médica correspondiente, de conformidad con los criterios establecidos por las instituciones de educación superior; 	A partir de 2018, se incluye la evaluación de los profesores de la especialidad a cargo de los jefes de enseñanza y en 2022 se especifica que los criterios de evaluación de los mismos son definidos por las universidades.
	<ul style="list-style-type: none"> • 5.7.7 Promover que los profesores de residencias médicas acudan por lo menos a un curso anual de actualización docente con valor curricular en instituciones nacionales o internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.2.9 Promover que el profesorado de las especialidades médicas acuda a cursos de actualización docente con valor curricular en instituciones nacionales o internacionales; 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2.9 Promover que el profesorado de especialidades médicas acuda a cursos de actualización docente con valor curricular en instituciones nacionales o internacionales 	La redacción del artículo cambia en 2018, quitando el mínimo de un curso de actualización docente para dejarlo abierto y queda a cargo del jefe de enseñanza, fomentar la formación continua de los profesores.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		<ul style="list-style-type: none"> • 6.2.10 Integrar y mantener actualizados los expedientes académicos de quienes cursan una Residencia Médica 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2.10 Integrar y mantener actualizados los expedientes académicos de los médicos residentes 	A partir de 2018, el jefe de enseñanza queda a cargo de los expedientes de los residentes, tanto de su integración como de su actualización.
		<ul style="list-style-type: none"> • 6.2.11 Instalar y coordinar, al interior de la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes, la operación de un órgano colegiado responsable de los procesos de enseñanza de las especialidades que se imparten en la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.2.11 Instalar y coordinar, al interior de la unidad médica receptora de residentes, la operación de un órgano colegiado responsable de los procesos de enseñanza de las especialidades que se imparten en la misma. 	La exigencia de un comité colegiado que se haga responsable de los procesos de enseñanza de las especialidades se incorpora a partir de 2018
	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Disposiciones para las unidades médicas receptoras de residentes • 6.1 Las unidades médicas receptoras de residentes deben clasificarse en sede, subsede y para rotación de campo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.3 Las Unidades Médicas e Instalaciones Receptoras de Residentes se clasifican como Sede, Subsede y para Rotación de Campo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.3 Las unidades médicas receptoras de residentes se clasifican como sede, subsede y para rotación de campo. 	La clasificación de las unidades médicas es la misma en las 3 normas.
	<ul style="list-style-type: none"> • 6.2 En las sedes en las que el médico residente no puede desarrollar la totalidad de las actividades contenidas en los programas académico y operativo, deben apoyarse 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.4 Las sedes pueden apoyarse para el desarrollo de las actividades contenidas en los Programas Académico y Operativo en Subsedes hasta en un 35% de la 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.4 Las sedes pueden apoyarse para el desarrollo de las actividades contenidas en los programas académico y operativo en subsedes hasta en un 40% de la duración 	Los 3 artículos reconocen que la sede se puede apoyar en subsede. En el Proyecto de Norma 2018, se menciona que las subsedes pueden recibir a los residentes hasta por el 35% de la duración de

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	en subsedes para el logro de los objetivos establecidos	duración de la especialidad, conforme a lo que determinen el comité académico correspondiente y el órgano colegiado a que se refiere el inciso 6.2.11 de la presente Norma.	de la especialidad, conforme a lo que determine el comité académico de la especialidad establecido en la institución de educación superior que avala el curso y el órgano colegiado a que se refiere el inciso 5.2.11 de la presente Norma.	la especialidad, porcentaje que sube a 40% en la Norma 2022. En ambas normas, se reconocen 2 órganos que aprueban las estancias en las subsedes: el de las universidades que dan el aval (comité académico) y el del hospital (órgano colegiado).
	<ul style="list-style-type: none"> • 6.3 Las sedes deben establecer coordinación continua con las subsedes correspondientes, a través del profesor titular y los responsables de enseñanza de las unidades médicas receptoras de residentes, para el desarrollo homogéneo de las residencias médicas de que se trate. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.8 Las Sedes deben establecer y mantener una coordinación permanente con las Subsedes, a través de los responsables de los procesos de formación de recursos humanos para la salud de cada una de ellas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.8 Las sedes deben establecer y mantener una coordinación permanente con las subsedes, a través de los responsables de los procesos de formación de recursos humanos para la salud de cada una de ellas. 	A partir del Proyecto de Norma 2018, se retira el motivo de la solicitud de mantenimiento de coordinación entre sedes y subsedes que aparecía en la Norma 2012.
		<ul style="list-style-type: none"> • 6.5 Las Unidades Médicas e Instalaciones Receptoras de Residentes que impartan total o parcialmente estudios de especialidad médica, deben registrarse a través de la Institución de Salud de la que formen 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.5 Las unidades médicas e receptoras de residentes que impartan total o parcialmente estudios de especialidad médica, deben registrarse a través de la institución de salud de la que formen parte, como 	A partir del Proyecto de Norma 2018, se solicita un registro de las sedes y subsedes de residencias en la unidad administrativa competente.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS	
<ul style="list-style-type: none"> • 6.4 La autorización y evaluación continua de las unidades médicas receptoras de residentes como sedes, subsedes o para rotación de campo, deben ser responsabilidad de la jefatura de enseñanza de la institución de salud de la cual dependen, atendiendo los requisitos de la institución de educación superior que avale las residencias médicas y, en su caso, las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. 	<p>parte, como Sede y/o Subsedes de Residencias Médicas ante la Unidad Administrativa Competente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 6.6 La evaluación continua de las Unidades Médicas o Instalaciones Receptoras de Residentes que funcionen como Sedes, Subsedes o para Rotación de Campo, estará a cargo del área responsable de los procesos de formación de recursos humanos para la salud de la Institución de Salud de la cual dependan, en coordinación con la Unidad Administrativa Competente, atendiendo los requisitos establecidos por la Institución de Educación Superior que avale el curso de especialidad médica y las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. 	<p>sede y/o subsedes de residencias médicas ante la unidad administrativa competente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5.6 La evaluación continua de las unidades médicas receptoras de residentes que funcionen como sedes, subsedes o para rotación de campo, estará a cargo del área responsable de los procesos de formación de recursos humanos para la salud de la institución de salud de la cual dependan, en coordinación con la unidad administrativa competente, atendiendo los requisitos establecidos por la institución de educación superior que avale el curso de especialidad médica y las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. 	<p>Las 3 normas estipulan que la evaluación de los diferentes tipos de unidad médica queda a cargo de la jefatura de enseñanza y de la unidad administrativa competente según los lineamientos de las universidades y de la CIFRHS.</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		<ul style="list-style-type: none"> • 6.7 La Institución de Salud de la que forman parte las Sedes deberá mantener actualizado permanentemente el Registro de Residentes del Sistema Nacional de Salud, conforme al procedimiento establecido para tal efecto por la Unidad Administrativa Competente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.7 La institución de salud de la que forman parte las sedes deberá mantener actualizado permanentemente el Registro de Residentes del Sistema Nacional de Salud, conforme al procedimiento establecido para tal efecto por la unidad administrativa competente. 	La inclusión de la actualización del Registro de Residentes se incorpora a partir del Proyecto de Norma 2018
	<ul style="list-style-type: none"> • 6.5 Las sedes deben cumplir con las características establecidas en los programas académico y operativo de las residencias médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.9 Las sedes deben contar con la infraestructura, equipamiento y personal establecidos en los Programas Académico y Operativo de las especialidades médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.9 Las sedes deben contar con la infraestructura, equipamiento y personal establecidos en los programas académico y operativo de las especialidades médicas. 	Las 3 Normas son consistentes en exigir a las sedes y subsedes que cuenten con los recursos materiales y humanos para la implementación de los programas académico y operativo.
	<ul style="list-style-type: none"> • 6.6 Las subsedes deben cumplir con las características requeridas para desarrollar el complemento de los programas académico y operativo de las residencias médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.10 Las Subsedes deben contar con la infraestructura, equipamiento y personal requeridos para desarrollar el complemento de los Programas Académicos y Operativos de las especialidades médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.10 Las subsedes deben contar con la infraestructura, equipamiento y personal requeridos para desarrollar el complemento de los programas académicos y operativos de las especialidades médicas. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • 6.7 Las unidades médicas receptoras de residentes 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.11 Las Unidades Médicas e Instalaciones Receptoras 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.11 Las unidades médicas receptoras de residentes 	En cuanto a las sedes de rotación de campo, la Norma

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	para rotación de campo, deben contar con la infraestructura, equipamiento y personal requeridos para la práctica de la especialidad médica de que se trate y para desarrollar los programas académicos y operativos correspondientes. Dichas unidades deben ubicarse en ciudades pequeñas, en zonas rurales o marginales.	de Residentes para Rotación de Campo deben contar con la infraestructura, equipamiento y personal requeridos para desarrollar el programa operativo establecido entre la Unidad Sede y la Sede de Rotación, de conformidad con las disposiciones emitidas por la unidad administrativa competente y lo establecido en el Programa Operativo de la Residencia Médica.	para rotación de campo deben contar con la infraestructura, equipamiento y personal requeridos para desarrollar el programa operativo establecido entre la unidad sede y la sede de la rotación, de conformidad con las disposiciones emitidas por la unidad administrativa competente y lo establecido en el programa operativo de la residencia médica.	2012 pedía que dichas sedes cumplieran con los requerido para ambos programas (académico y operativo) y especificaba las características de las zonas de las sedes de rotación de campo (pequeñas ciudades, zona rural o marginal). A partir del Proyecto de Norma 2018, se retiran estas especificaciones y se pide que cumplan con los recursos materiales y humanos del programa operativo específico de la rotación de campo, establecido por la sede de la especialidad.
		<ul style="list-style-type: none"> • 6.12 El órgano colegiado responsable de los procesos de enseñanza de las especialidades a que se refiere el inciso 6.2.11 de la presente Norma analizará, en forma conjunta con el Profesor Titular del curso y las autoridades institucionales competentes, aquellos 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.12 El órgano colegiado responsable de los procesos de enseñanza de las especialidades a que se refiere el inciso 5.2.11 de la presente Norma analizará, en forma conjunta con el profesor titular del curso y las autoridades institucionales competentes, aquellos 	A partir del Proyecto de Norma 2018, se incluye la obligación que, ante indisciplina grave o conductas no éticas, el órgano colegiado del hospital y el profesor titular determinen las sanciones de acuerdo al reglamento del hospital y con notificación de la universidad. El hecho

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		<p>casos en los que se cuente con evidencia de indisciplina grave y/o conductas contrarias a los principios éticos de la práctica médica por quien realiza una Residencia Médica, a fin de coadyuvar en la determinación de medidas que resulten procedentes de conformidad con la normativa interna de la Institución de Salud de que se trate, debiéndose notificar a la Institución de Educación Superior que avale la especialidad médica y a la Unidad Administrativa Competente la determinación del caso.</p>	<p>casos en los que se cuente con evidencia de indisciplina grave y/o conductas contrarias a los principios éticos de la práctica médica por los médicos residentes, a fin de coadyuvar en la determinación de medidas que resulten procedentes de conformidad con la normativa interna de la institución de salud de que se trate, debiéndose notificar a la institución de educación superior que avale la especialidad médica y a la unidad administrativa competente la determinación del caso.</p>	<p>de contar con un proceso que no depende de una sola persona, sino de varias personas, en principio reduce el riesgo de injusticia en las sanciones.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • 6.13 Las Unidades Médicas e Instalaciones Receptoras de Residentes deberán contar con procedimientos documentados para la atención de incidencias que involucren al personal que realiza una Residencia Médica durante el 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.13 Las unidades médicas e receptoras de residentes deberán contar con procedimientos documentados para la atención de incidencias que involucren a médicos residentes durante el desarrollo de las 	<p>A partir del Proyecto de Norma 2018, se incluye la obligación de tener procedimientos documentados en caso de incidencias con los residentes, se informa también a la universidad a lo largo del estudio y</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		desarrollo de las actividades correspondiente a su formación, salvaguardando la confidencialidad de las mismas e informando sobre su estado, avances en su atención y resolución final, a la Institución de Educación Superior que avala la especialidad y a la Unidad Administrativa Competente.	actividades correspondiente a su formación, salvaguardando la confidencialidad de las mismas e informando sobre su estado, avances en su atención y resolución final, a la institución de educación superior que avala la especialidad y a la unidad administrativa competente.	resolución del caso. Este artículo también es un avance para atención más justa de los problemas que se generan con los residentes.
	<ul style="list-style-type: none"> • 6.9 Las unidades médicas receptoras de residentes deben contar con comedor; así como con área de descanso para los médicos residentes que estén realizando la guardia correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.14 Las Unidades Médicas e Instalaciones Receptoras de Residentes deben otorgar alimentación al personal que realiza una Residencia Médica y contar con área de descanso y aseo personal para que la utilicen durante las Guardias. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.14 Las unidades médicas receptoras de residentes deben otorgar a los médicos residentes alimentación y contar con área de descanso y aseo personal para que la utilicen durante las guardias. 	Si bien la Norma 2012 mencionaba el comedor, el cambio de redacción es mucho más específico en que deben darse los alimentos a los residentes. Se añade en 2018, la necesidad de dar un área de aseo a los residentes de guardia, además del área de descanso.
	<ul style="list-style-type: none"> • 6.10 Las unidades médicas receptoras de residentes deben cumplir en su caso, además de lo anteriormente mencionado con lo especificado en las normas oficiales mexicanas NOM- 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.15 Las Unidades Médicas e Instalaciones Receptoras de Residentes deben cumplir además de lo antes mencionado, con lo establecido en las normas oficiales mexicanas 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.15 Las unidades médicas receptoras de residentes deben cumplir además de lo antes mencionado, con lo establecido en las normas oficiales mexicanas señaladas en los incisos 	Se mantienen las referencias a las normas actualizadas.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; la NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; y la NOMA-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.	señaladas en los incisos 3.2, 3.3 y 3.5 del Capítulo de Referencias Normativas de esta Norma, según corresponda.	2.2, 2.3 y 2.5 del Capítulo de Referencias Normativas de esta Norma, según corresponda.	
Ingreso y permanencia en las unidades médicas receptoras de residentes del Sistema Nacional de	<ul style="list-style-type: none"> • 7 Ingreso y permanencia en las unidades médicas receptoras de residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas. • 7.1 Los aspirantes a ingresar a las unidades médicas receptoras de 	<ul style="list-style-type: none"> • 7 Ingreso y permanencia en las Unidades Médicas e Instalaciones Receptoras de Residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas. • 7.1 Los aspirantes a ingresar a las Unidades 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Ingreso y permanencia en las unidades médicas receptoras de residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas. • 6.1 Los aspirantes a ingresar a las unidades 	A partir del Proyecto de Norma 2018, se consideran criterios distintos para el ingreso a la especialidades de entrada directa y a las de entrada indirecta, lo cual no se distinguía en la Norma 2012

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
Residencias Médicas	residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas deben:	Médicas e Instalaciones Receptoras de Residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas para realizar una especialidad de entrada directa deben:	médicas receptoras de residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas para realizar una especialidad de entrada directa deben:	
	<ul style="list-style-type: none"> • 7.1.1 Presentar la constancia vigente de seleccionado, obtenida mediante el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas. La sustentación de dicho examen se hará previo cumplimiento de los requisitos previstos en la convocatoria que al efecto emita la unidad administrativa competente, considerando las recomendaciones y propuestas que al efecto realice la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • 7.1.1 Presentar título y cédula profesional o acta de aprobación del examen profesional o constancias de trámite de cédula profesional con una antigüedad no mayor a 6 meses y Constancia de seleccionado vigente, obtenida mediante el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas; 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.1.1 Presentar título y cédula profesional o acta de aprobación del examen profesional o constancia de trámite de cédula profesional y constancia de seleccionado vigente obtenida mediante el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas, y 	En la Norma 2012, era suficiente presentar la constancia de aprobación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), considerando que los demás documentos y requisitos de cumplimiento del grado previo de licenciatura se habrían solicitado para la inscripción al ENARM. A partir de 2018, la norma contempla que para ingresar a la residencia se deben presentar los comprobantes de la conclusión de los estudios de pregrado. En la Norma 2022 se mantiene lo mismo que en la 2018, salvo que se elimina el requisito de antigüedad máxima de 6 meses de la constancia de

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				trámite de cédula profesional.
	<ul style="list-style-type: none"> • 7.1.2 Cumplir con los requisitos de ingreso establecidos por la institución de salud y la institución de educación superior. 	<ul style="list-style-type: none"> • 7.1.2 Cumplir con el perfil y los requisitos de ingreso establecidos por la Institución de Salud, la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes y la Institución de Educación Superior, y 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.1.2 Cumplir con el perfil y los requisitos de ingreso establecidos por la institución de salud, la unidad médica receptora de residentes y la institución de educación superior. 	<p>En el Proyecto de Norma 2018, se añade los perfiles y requisitos de la unidad médica receptora a los de la universidad y del hospital .</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 7.1.3 Comprobar el buen estado de salud físico y mental, mediante el certificado expedido por una institución del Sector Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • 7.1.3 Presentar certificado de estado de salud físico y mental expedido por una institución pública del Sistema Nacional de Salud. 		<p>El requisito de presentación del certificado de buena salud física y mental se retira en la Norma 2022. La principal explicación a esto es el riesgo de que pudiera haber discriminación por motivos de salud (física o mental) para el ingreso a la residencia. Sin embargo, es importante considerar que ciertas condiciones de salud pueden empeorar durante la residencia por la exigencia física y mental de los estudios y que el contar con una evaluación del estado de salud de los residentes también podría permitir a los diferentes actores</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				involucrados en las residencia, prevenir una evolución clínica deletérea durante la especialidad o bien ofrecer alguna adaptación que haga más compatible la especialidad con las necesidades específicas de los residentes.
	<ul style="list-style-type: none"> • 7.1.4 Contar con la aptitud requerida para realizar la residencia médica para la cual fue seleccionado. 			Desde la Norma 2012, se retira este artículo, probablemente considerándolo como implícitamente contenido en el perfil de ingreso a la especialidad, definido por la institución de salud y la universidad.
		<ul style="list-style-type: none"> • 7.2 Los aspirantes a ingresar a las Unidades Médicas o Instalaciones Receptoras de Residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas para realizar una especialidad de entrada indirecta deben: 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.2 Los aspirantes a ingresar a las unidades médicas receptoras de residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas para realizar una especialidad de entrada indirecta deben: 	
		<ul style="list-style-type: none"> • 7.2.1 Haber concluido los estudios de una especialidad de entrada directa, o cumplir el avance 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.2.1 Haber concluido los estudios de una especialidad de entrada directa y/o indirecta, o 	La redacción es un poco distinta pero el significado es el mismo.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		de los créditos de la especialidad indicada por el Programa Académico de la institución que avala los estudios, para una derivación a la subespecialidad que solicita y,	cumplir con el avance de los créditos de la especialidad indicada en el programa académico de la institución que avala los estudios, para la derivación al curso de entrada indirecta que solicita; y	
		<ul style="list-style-type: none"> • 7.2.2 Aprobar las evaluaciones y cumplir con los requisitos específicos que establezca la Sede que oferta la especialidad de entrada indirecta. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.2.2 Aprobar las evaluaciones y cumplir con los requisitos específicos que establezca la sede que oferta la especialidad de entrada indirecta. 	La redacción es idéntica
	<ul style="list-style-type: none"> • 7.2 Para su permanencia en la residencia médica, los médicos residentes deben cumplir con lo que establezcan las instituciones de salud y de educación superior correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 7.3 Para la permanencia en la Residencia Médica se deben cumplir los trámites y requisitos que establezca la Institución de Salud, la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes y la Institución de Educación Superior que reconoce el Programa Académico de la especialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6.3 Para la permanencia en la residencia médica se deben cumplir los trámites y requisitos que establezca la institución de salud; la unidad médica receptora de residentes y la institución de educación superior que reconoce el programa académico de la especialidad. 	Desde la Norma 2012, se toman en cuenta los criterios de permanencia en los programas, tanto de los hospitales como de las universidades. A partir del Proyecto de Norma 2018, se incluyen también a las unidades receptoras de residentes.
Guardias	<ul style="list-style-type: none"> • 8 Guardias • 8.1 Los médicos residentes deben cumplir solamente las guardias previstas en el 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 Guardias • 8.4 El personal que cursa un Residencia Médica debe cumplir únicamente las 	<ul style="list-style-type: none"> • 7 Guardias • 7.4 Los médicos residentes deben cumplir únicamente las guardias previstas en el 	Las guardias y en especial su frecuencia y las guardias de castigo han sido un tema recurrentemente tratado por

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<p>programa operativo correspondiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8.6 El personal de las unidades médicas receptoras de residentes sólo debe aplicar las guardias establecidas en el programa operativo, respetando los roles de guardias correspondientes de los médicos residentes. • 8.7 Los médicos residentes no deben acreditar guardias, a través de otro médicos residente. 	<p>Guardias previstas en el Programa Operativo de la especialidad. El personal de las Unidades Médicas o Instalaciones Receptoras de Residentes sólo debe aplicar las Guardias establecidas en el Programa Operativo, respetando los roles de Guardias y horarios señalados. Quienes realizan una Residencia Médica no pueden asignar Guardias a otros Residentes.</p>	<p>programa operativo de la especialidad. El personal de las unidades médicas o receptoras de residentes sólo debe aplicar las guardias establecidas en el programa operativo, respetando los roles de guardias y horarios señalados. Quienes realizan una residencia médica no pueden asignar guardias a otros médicos residentes.</p>	<p>los residentes como una de las pruebas físicas y mentales más difíciles de sobrellevar durante la residencia. En estos artículos, se puede observar una evolución importante en los últimos 10 años en su regulación. Por primera vez con la Norma 2012, se prohibieron las guardias de castigo al autorizar exclusivamente las guardias programadas. A partir del Proyecto de Norma 2018, el texto plantea tanto la obligación de los residentes de cumplir exclusivamente con las guardias programadas y la obligación de los responsables del programa de respetarlo también. Además, se añade que los residentes no pueden asignar guardias a otros residentes, prohibiendo así una práctica de castigo común entre residentes de mayor jerarquía sobre</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<ul style="list-style-type: none"> • 8.2 Los médicos residentes deben estar disponibles cuando sus servicios sean requeridos durante la realización de las guardias. Cuando no sea así, podrán hacer uso de las áreas de descanso para médicos residentes con la autorización del responsable del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.5 El personal residente debe estar disponible cuando sus servicios sean requeridos durante la realización de las Guardias y podrán hacer uso de las áreas de descanso asignadas para ello con autorización del responsable del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • 7.5 El médico residente debe estar disponible cuando sus servicios sean requeridos durante la realización de las guardias y podrán hacer uso de las áreas de descanso designadas para ello cuando la carga de trabajo lo permita y notificando al responsable del servicio. 	<p>residentes de menor jerarquía.</p> <p>En cuanto a los permisos para poder ocupar las áreas de descanso durante las guardias, también ha evolucionado en los últimos años. En la Norma 2012, se especificaba que fuera de cuando se requerían sus servicios, podían descansar previa autorización del responsable del servicio. En el Proyecto de Norma 2018, se mantuvo una redacción similar, pero en el 2022, se cambió, añadiendo que los residentes pueden descansar cuando la carga de trabajo lo permite y solo notificando al responsable del servicio y no pidiéndole su autorización como era antes. Este cambio que parece menor no lo es ya que deja la posibilidad al residente de evaluar si su carga de trabajo le permite o no descansar y no a su superior, lo que puede al mismo tiempo evitar abusos</p>

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<ul style="list-style-type: none"> • 8.3 Las guardias deben calendarizarse en el programa operativo correspondiente para desarrollar puntualmente el programa académico, incluyendo la frecuencia, horario y duración; ocurrirán tres veces por semana como máximo y tendrán intervalos de por lo menos dos días entre cada una de ellas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.1 Las guardias deben calendarizarse en el Programa Operativo de la especialidad y desarrollar puntualmente en el Programa Académico, incluyendo la frecuencia, horario y duración. Las Guardias del personal residente deben ocurrir dos veces por semana como máximo y tendrán un intervalo de por lo menos tres días entre cada una de ellas. En caso de requerirse alguna otra modalidad en el esquema de Guardias, el promedio anual de horas semana no podrá exceder las 80 horas de servicio, incluyendo la jornada. 	<ul style="list-style-type: none"> • 7.1 Las guardias deben calendarizarse en el programa operativo de la especialidad y desarrollar puntualmente el programa académico, incluyendo la frecuencia, horario y duración. Las guardias de los médicos residentes deben ocurrir dos veces por semana como máximo y tendrán intervalos de por lo menos tres días entre cada una de ellas. En caso de requerirse alguna otra modalidad en el esquema de guardias, el promedio anual de horas semana no podrá exceder las 80 horas de servicio, incluyendo la jornada. 	<p>en cuando a privación de sueño durante las guardias, sin un motivo de peso y por otro lado podría facilitar abusos por parte de residentes que cumplen solamente parcialmente con sus responsabilidades para poder descansar.</p> <p>En cuanto a la frecuencia de las guardias, entre las Normas 2012 y 2018, se espaciaron de 3 a 2 por semana como máximo, es decir de un esquema de guardias AB o ABC, a un esquema ABC o ABCD. Esta modalidad de calendarización de las guardias consiste en que se dividen los residentes en equipos que se nombran con letras y las letras se asignan de manera consecutiva a los días de la semana. En el esquema AB, un residente de la guardia A tendría así guardia los lunes, miércoles viernes y domingo en la primera semana del mes,</p>

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				<p>martes, jueves y sábado en la 2da semana, para repetir este orden en las siguientes semanas. Las guardias AB dan un promedio de 104 horas semanales de trabajo. En el esquema de guardias ABC, para el mismo residente de guardia A, le tocaría guardia los lunes, jueves y domingo en la 1era semana, miércoles y sábado en la 2da semana, martes y jueves en la 3era semana, etc... En este esquema, el promedio de horas laboradas por semana es de 80 horas por semana, estando en el rango permitido por las normas 2018 y 2022. En el esquema ABCD, el promedio semanal de horas de trabajo es de 72. La Norma permite que se puedan hacer ajustes a los esquemas de guardia en función de las necesidades de atención de los pacientes. Considerando este punto, el esquema de guardias ABC</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				no permitiría la realización de ninguna guardia adicional para mantenerse en el rango de horas semanales promedio permitido, por lo que el esquema de rotación de guardias ideal para respetar la norma sería de tipo ABCD con algunas guardias adicionales en el año, en promedio 2 guardias mensuales adicionales.
	<ul style="list-style-type: none"> • 8.4 En días hábiles, las guardias inician a la hora que termina el turno matutino y concluyen a la hora establecida para iniciar el turno matutino siguiente, de acuerdo a la normatividad de la institución de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.2 En días hábiles las Guardias inician a la hora que termina el turno matutino y concluyen a la hora establecida para iniciar el turno matutino siguiente, de acuerdo a las disposiciones aplicables de la Institución de Salud donde se realice la Residencia Médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 7.2 En días hábiles las guardias inician a la hora que termina el turno matutino y concluyen a la hora establecida para iniciar el turno matutino siguiente, de acuerdo a las disposiciones aplicables de la institución de salud donde se realice la residencia médica. 	Estas consideraciones se utilizaron para hacer los cálculos del punto previo.
	<ul style="list-style-type: none"> • 8.5 Los sábados, domingos y días festivos, la duración de las guardias es de 24 horas; iniciando y concluyendo actividades según se especifique en la normatividad de la 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.3 La duración de las Guardias de los sábados, domingos y días festivos será de 24 horas, iniciando y concluyendo actividades según se especifique en las disposiciones aplicables de 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.3 La duración de las guardias de los sábados, domingos y días festivos será de 24 horas, iniciando y concluyendo actividades según se especifique en las disposiciones aplicables de 	Estas consideraciones son las mismas en las tres normas y se tomaron en cuenta para los cálculos.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	institución de salud. Los médicos residentes que terminen su guardia en día hábil, deben continuar las actividades descritas para el turno matutino en el programa operativo.	la Institución de Salud donde se realice la Residencia Médica. El personal que cursa una Residencia Médica que finalice su Guardia en día hábil, debe continuar las actividades descritas para el turno matutino en el Programa Operativo.	la institución de salud donde se realice la residencia médica. Los médicos residentes que finalicen su guardia en día hábil, deben continuar las actividades descritas para el turno matutino en el programa operativo.	
		<ul style="list-style-type: none"> • 8.6 Las permutas o cambios de Guardias programados deben ser autorizados por el jefe del servicios y/o el Profesor Titular, con el visto bueno del titular del área responsable de formación de recursos humanos de la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes; en casos de urgencia durante una Guardia, deberán ser autorizados por la máxima autoridad de la Unidad o Instalación presente en ese momento, quien notificará al área responsable de formación de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • 7.6 Las permutas o cambios de guardias programados deben ser autorizados por el jefe del servicios y/o el profesor titular, con el visto bueno del titular del área responsable de formación de recursos humanos de la unidad médica receptora de residentes; en casos de urgencia durante una guardia, deberán ser autorizados por la máxima autoridad de la Unidad o Instalación presente en ese momento, quien notificará al área responsable de formación de recursos 	A partir del Proyecto de Norma 2018, se regulan también los cambios de guardia que requieren autorización previa de las autoridades de la residencia, o en caso de emergencia de la mayor autoridad presente en ese momento, con notificación posterior al jefe de enseñanza. Esta regulación evita acuerdos entre residentes que se pueden prestar a “pago” de guardias.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		humanos al siguiente día hábil.	humanos al siguiente día hábil.	
Disposiciones para el profesorado de las residencias médicas	<ul style="list-style-type: none"> • 9 Disposiciones para los profesores titular y adjunto • 9.1 Cumplir los requisitos académicos y profesionales establecidos por la institución de educación superior que reconoce las residencias médicas 	<ul style="list-style-type: none"> • 9 Disposiciones para el profesorado de las Residencias Médicas. Para ser profesor de una especialidad médica se requiere: • 9.1 Cumplir los requisitos académicos y profesionales establecidos por la Institución de Educación Superior que reconoce la especialidad médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 Disposiciones para el profesorado de las residencias médicas Para ser profesor de una especialidad médica se requiere: • 8.1 Cumplir los requisitos académicos y profesionales establecidos por la institución de educación superior que reconoce la especialidad médica. 	Las tres versiones de la Norma coinciden en que los profesores de las especialidades deben cumplir con los requisitos tanto académicos como profesionales que establecen las universidades que dan el aval a los programas académicos.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.2 Cumplir los requerimientos siguientes para ser propuestos por las instituciones de salud como profesor titular o adjunto de un residencia médica en unidades receptoras de residentes: 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.2 Cumplir los requerimientos para ser propuesto por las Instituciones de Salud como Profesor Titular o Adjunto de una especialidad médica en conformidad a lo siguiente: 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.2 Cumplir los requerimientos para ser propuesto por las instituciones de salud como profesor titular o adjunto de una especialidad médica conforme a lo siguiente: 	Con este artículo, se confirma que los hospitales proponen a las universidades los profesores titulares y adjuntos que cumplen con los criterios establecidos por los mismos hospitales.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.2.1 Ser médico especialista en la disciplina respectiva y contar con cédula con efecto de patente para ejercer profesionalmente la especialidad correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.2.1 Ser médico especialista en la disciplina requerida y contar con cédula para su ejercicio profesional y certificación vigente emitida por el Consejo correspondiente; 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.2.1 Ser médico especialista en la disciplina requerida, contar con cédula para su ejercicio profesional y desarrollar actividades asistenciales con responsabilidad directa de atención a pacientes 	En las tres versiones de la Norma, se especifica que los profesores deben ser especialistas de la disciplina de estudio que cuenten con cédula profesional. En 2018, se introdujo además la necesidad de que dichos

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
			durante la jornada laboral en la unidad médica receptora de residentes de acuerdo a la especialidad;	especialistas tengan la certificación del Consejo de especialidad vigente, lo cual en principio es una garantía de actualización profesional continua. Este requisito se retiró en la Norma 2022 y se añadió que los profesores deben tener actividad asistencial en el hospital y responsabilidades clínicas con pacientes.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.2.2 Tener experiencia docente de por lo menos un año en la residencia médica correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.2.2 Demostrar su participación en actividades de actualización docente, y 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.2.2 Demostrar su participación en actividades de actualización docente, y 	En la Norma 2012, se pedía experiencia docente de por lo menos un año a nivel residencia, requisito que se quitó en las normas 2018 y 2022 para ser sustituido por la actualización docente.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.2.3 Estar adscrito en la unidad médica receptora de residentes y, en su caso, desempeñar actividades asistenciales inherentes a la residencia médica de que se trate. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.2.3 Estar adscrito a la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes y, en su caso, desempeñar actividades inherentes a la especialidad médica de que se trate. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.2.3 Estar adscrito a la unidad médica receptora de residentes y, en su caso, desempeñar actividades inherentes a la especialidad médica de que se trate. 	En este artículo, se enfatiza en que el profesor titular o adjunto debe estar adscrito al servicio de especialidad y tener actividades en el lugar donde se da la especialidad. En la versión 2012, se exigía actividad clínica asistencia y en las versiones posteriores se abrió a actividades propias

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				de la especialidad de manera más general.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3 Cumplir durante su estancia en la unidad médica receptora de residentes, las actividades siguientes: 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3 Corresponden al Profesor Titular de la especialidad las actividades siguientes: 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.3 Corresponde al profesor titular de la especialidad las actividades siguientes: 	En los siguientes artículos, se describen las actividades de los profesores de las especialidades.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3.1 Coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3.2 Programar, coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación para el personal que cursa la Residencia Médica, señaladas en el Programa Operativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.3.2 Programar, coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo. 	Las redacciones son similares en las 3 versiones de la Norma. Se espera de los profesores que implementen las actividades académicas, asistenciales y de investigación de los residentes conforme al programa operativo.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3.2 Colaborar en la elaboración del programa operativo (APENDICE INFORMATIVO A) de la residencia médica correspondiente, siguiendo los lineamientos de la institución de salud y de la institución de educación superior en su caso; considerando las necesidades en salud de la población relativas a la especialidad médica 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3.1 Elaborar el Programa Operativo de la Residencia Médica, siguiendo los lineamientos de la Institución de Salud y de la Institución de Educación Superior, considerando las necesidades en salud de la población relativas a la especialidad médica y reforzando la adquisición de habilidades y destrezas útiles para la aplicación del conocimiento adquirido, 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.3.1 Elaborar el programa operativo de la residencia médica, siguiendo los lineamientos de la institución de salud y de la institución de educación superior, considerando las necesidades en salud de la población relativas a la especialidad médica y reforzando la adquisición de habilidades y destrezas útiles para la aplicación del conocimiento adquirido, 	En la Norma 2012, los profesores colaboraban en la elaboración del programa operativo, a partir de 2018, son los que lo elaboran tomando en cuenta los lineamientos de los hospitales y de las universidades. El enfoque de la enseñanza en las especialidades debe tomar en cuenta las necesidades en salud de la población en la rama de la especialidad. La

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	correspondiente y reforzando la adquisición de destrezas útiles para la aplicación del conocimiento adquirido.	tomando como referencia el Apéndice A Informativo de esta Norma;	para ello podrá tomarse como referencia el Apéndice A Informativo de esta Norma;	norma propone un formato para el programa operativo que tiene un grado menor de obligatoriedad de uso a partir de la Norma 2022.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3.3 Evaluar el aprendizaje de los médicos residentes, de acuerdo con los programas académico y operativo correspondientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3.4 Evaluar el aprendizaje y desarrollo de competencias de quienes realizan la Residencia Médica de acuerdo con los Programas Académico y Operativo y notificarles el resultado por escrito de manera individual, y 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.3.4 Evaluar el aprendizaje y desarrollo de competencias de los médicos residentes, de acuerdo con los programas académico y operativo y notificarles el resultado por escrito de manera individual, y 	Los profesores deben evaluar a los residentes conforme a sus programas de universidad y del hospital. A partir de 2018, además se pide que notifiquen a los residentes sus resultados por escrito y de manera personal.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3.4 Supervisar el desarrollo de los programas académico y operativo de la residencia médica correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3.3 Cumplir con los Programas Académico y Operativo de la especialidad médica; 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.3.3 Cumplir con los programas académico y operativo de la especialidad médica; 	Los profesores pasaron de la supervisión de los programas de especialidad a la responsabilidad de que se cumplan.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3.5 Evaluar el desempeño de los profesores que participan con él, en la residencia médica. 			En la Norma 2012, la evaluación de los profesores recaía sobre los mismos profesores. A partir del Proyecto de Norma 2018, dicha responsabilidad es adquirida por el jefe de enseñanza, de acuerdo con los lineamientos de las universidades (NOM 2022, art. 5.2.7), lo que evita que el

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				profesor esté involucrado directamente en su propia evaluación y le da más objetividad a la misma.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3.6 Notificar por escrito a los médicos residentes su situación de promovidos o no promovidos, en coordinación con la institución educativa superior correspondiente, de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos por la jefatura de enseñanza de las unidades médicas receptoras de residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3.5 Notificar al personal que realiza la Residencia Médica por escrito su situación de promovido o no promovido, de acuerdo con los procedimientos establecidos por el área de formación de recursos humanos para la salud de la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes, en coordinación con la Institución de Educación Superior que avala la especialidad médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.3.5 Notificar por escrito a los médicos residentes su situación de promovido o no promovido, de acuerdo con los procedimientos establecidos por el área de formación de recursos humanos para la salud de la unidad médica receptora de residentes, en coordinación con la institución de educación superior que avala la especialidad médica. 	Las tres Normas coinciden en que corresponde al profesor avisar del resultado de sus exámenes y evaluación e informarle si pasa o no el año. Resaltan que existen procedimientos específicos para ello que se encuentran regulados en el hospital y la universidad.
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.4 El director, subdirector, jefe de enseñanza o jefes de servicio y sus equivalentes de la unidad médica receptora de residentes, no deben fungir como profesores titulares. 			La Norma 2012 contemplaba la exclusión de las personas con autoridad en la residencia de la posibilidad de ser profesores de los cursos de especialidad, lo cual se retira en el Proyecto de Norma 2018 y 2022. Para servicios y especialidades con poco personal, el retirar

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				<p>esta restricción deberá facilitar el conseguir profesores con buen perfil para las especialidades, aunque por otro lado se entendía que el motivo del artículo era evitar conflictos de interés dentro de los servicios.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 9.5 Para el desarrollo óptimo de la residencia médica, el profesor titular debe contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes y otros de acuerdo a la nomenclatura existente en la unidad médica receptora de residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.4 Para el desarrollo óptimo de la Residencia Médica, el Profesor Titular podrá contar con la colaboración de Profesores Adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes u otras personas que puedan apoyarle para tal fin, de acuerdo a la nomenclatura existente en la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.4 Para el desarrollo óptimo de la residencia médica, el profesor titular podrá contar con la colaboración de profesores adjuntos, auxiliares, invitados externos, ayudantes u otras personas que puedan apoyarle para tal fin, de acuerdo a la nomenclatura existente en la unidad receptora de residentes, quienes deberán contar con el reconocimiento que los avale emitido por la institución educativa que reconozca el curso de especialidad. 	<p>Este artículo presenta los diferentes tipos de personas (con nombramiento específico) que pueden colaborar en los programas para apoyar a los profesores titulares para cubrir las actividades programadas en la especialidad. En la Norma 2012, utilizan la palabra “debe” contar con la colaboración, la cual se transforma en “podrá” contar con la colaboración en el Proyecto de Norma 2018 y se mantiene en la 2022, por lo que se presenta como opcional en las últimas versiones. En la Norma 2022, además se incluye la necesidad de un</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				reconocimiento por parte de la Universidad a todos los profesores que colaboran en los cursos, independiente de su tipo de nombramiento. Es un reconocimiento valioso a la labor docente, aunque se esperaría que también se contemple un pago para dicha importante labor, lo cual no aparece en esta norma.
Disposiciones para los médicos residentes	<p>• 10 Derechos de los médicos residentes De manera enunciativa y de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entre otros, son derechos de los médicos residentes, los siguientes:</p> <p>• 10.1 Recibir las remuneraciones y prestaciones estipuladas por la institución de salud.</p>	<p>• 10 Derechos del personal que cursa una Residencia Médica De conformidad con las disposiciones aplicables, son derechos del personal que realiza una Residencia Médica, entre otros:</p> <p>• 10.11 Recibir las remuneraciones y prestaciones establecidas por la Institución de Salud y la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes, según corresponda;</p>	<p>• 9 Disposiciones para los médicos residentes De conformidad con las disposiciones aplicables, los médicos residentes deben:</p> <p>• 9.11 Recibir las remuneraciones y prestaciones establecidas por la institución de salud y la unidad médica receptora de residentes, según corresponda;</p>	<p>Se sustituye: derechos y deberes de los residentes por “disposiciones”</p> <p>En la Norma 2012, el monto del pago de sueldo y prestaciones al residente dependía de lo establecido por la institución de salud. A partir del Proyecto de Norma 2018, además de la institución de salud, se incluye también la posibilidad de que la</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				decisión sea de la unidad médica receptora de residentes.
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.2 Recibir los programas académico y operativo de la residencia médica correspondiente y el reglamento interno de la unidad médica receptora de residentes donde está adscrito; así como la normatividad relativa a las residencias médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.2 Recibir los Programas Académico y Operativo de la especialidad médica, el reglamento interno de la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes donde se encuentre adscrito y la normativa relativa a las Residencias Médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.2 Recibir los programas académico y operativo de la especialidad médica, el reglamento interno de la unidad médica receptora de residentes donde se encuentra adscrito y la normativa relativa a las residencias médicas. 	Las tres normas coinciden en que el residente tiene derecho a recibir los programas académico y operativo de la especialidad así como los diferentes reglamentos que los rigen.
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.3 Recibir la educación de posgrado, de conformidad con los programas académicos de la institución de educación superior y operativo de la residencia médica correspondiente, bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular, el jefe de servicio y los médicos adscritos, en un ambiente de respeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.1 Recibir educación de posgrado en un ambiente de respeto a sus derechos humanos, equidad e igualdad, de acuerdo con los Programas Académico y Operativo, bajo la dirección, asesoría y supervisión del Profesor Titular, el jefe de servicio, los médicos adscritos y personal institucional designado para tal efecto; 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.1 Recibir educación de posgrado en un ambiente de respeto a los derechos humanos, equidad e igualdad, de acuerdo con los programas académico y operativo, bajo la dirección, asesoría y supervisión del Profesor Titular y adjuntos, el jefe de servicio, los médicos adscritos y personal institucional designado para tal efecto; 	Este artículo relativo al derecho a la educación de posgrado según los programas establecidos y con el apoyo de los diferentes tipos de profesores del curso, incluya desde la Norma 2012, al final del artículo, la referencia a un ambiente de respeto. Era el 3er artículo por orden en el apartado de derechos de residentes. A partir del Proyecto de Norma 2018 y manteniéndose en la 2022, se coloca como el primer artículo del apartado y se pone desde el inicio del

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				<p>mismo la referencia específica al ambiente de respeto a los derechos humanos, se añade equidad e igualdad, dando un lugar especial a este tema que ha sido tratado cada vez con más interés en los últimos años. En la Norma 2022, además se añade al profesor adjunto como uno de los actores de la implementación del programa de especialidad.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.4 Recibir trimestralmente por parte del profesor titular, las calificaciones de su desempeño en la residencia médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.4 Recibir al menos trimestralmente por parte del Profesor Titular, la evaluación y las calificaciones de su desempeño en la Residencia Médica, de acuerdo a lo establecido en los Programas Académico y Operativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.4 Recibir al menos trimestralmente por parte del profesor titular, la evaluación y las calificaciones de su desempeño en la residencia médica, de acuerdo a lo establecido en los programas académico y operativo; 	<p>Este artículo sobre las calificaciones en la residencia, especifica que deben ser por lo menos trimestral y que es responsabilidad del profesor titular de entregarlas a los residentes. A partir del Proyecto de Norma 2018, se hace referencia a lo establecido en los programas académico y operativo, por lo que implica que ambos programas tengan la modalidad de evaluación muy establecida desde antes</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				de iniciar los programas. Es un aspecto importante para los residentes.
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.5 Contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.3 Contar permanentemente con la asesoría del personal médico de la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes y demás personas designadas para tal efecto, durante el desarrollo de las actividades diarias y en las Guardias; 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.3 Contar permanentemente con la asesoría del personal médico de la unidad receptora de residentes y demás personas designadas para tal efecto, durante el desarrollo de las actividades diarias y en las guardias; 	En este artículo, se especifica que, en todo momento (jornadas regulares y guardias), el residente, que es un especialista en formación, debe contar con la asesoría de uno de los responsables de la enseñanza en la especialidad. En la Norma 2012, sólo hacía referencia a un médico adscrito para esta función. A partir del Proyecto de Norma 2018, se habla del personal médico de la unidad y de las demás personas asignadas para esta función, ampliando los apoyos académicos con los que debe contar el residente.
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.6 Disfrutar de dos periodos vacacionales por año de diez días hábiles cada uno, de conformidad con lo señalado en el programa operativo correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.12 Disfrutar de dos periodos vacacionales por año de diez días hábiles cada uno, de conformidad con lo señalado en el Programa Operativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.12 Disfrutar de dos periodos vacacionales por año de diez días hábiles cada uno, de conformidad con lo señalado en el programa operativo. 	Los periodos vacacionales se mantienen idénticos en las tres versiones de la Norma.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.7 Recibir alimento durante la jornada de trabajo y en las guardias, de acuerdo al programa operativo correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.13 Recibir alimento durante la Jornada regular y las Guardias, de acuerdo a la normativa interna de la Institución de Salud en la que se realiza la Residencia Médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.13 Recibir alimento durante la jornada regular y las guardias, de acuerdo a la normativa interna de la institución de salud en la que se realiza la residencia médica. 	El residente tiene derecho a recibir alimento durante su jornada regular y sus guardias. El cumplimiento de este derecho es responsabilidad del hospital en el que trabaja.
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.8 Recibir semestralmente dos uniformes y un par de zapatos blancos. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.14 Recibir semestralmente dos uniformes, de acuerdo a lo que establezca la normativa de la Institución de Salud en la que se realiza la Residencia Médica; 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.14 Recibir semestralmente dos uniformes completos, de acuerdo a lo establecido en la normativa de la institución de salud en la que se realiza la residencia médica; 	Si bien el número de uniformes que debe recibir el residente es el mismo en las 3 versiones de la Norma, en la de 2012, se especificaba que debía ser blanco. A partir del Proyecto de Norma 2018, se deja en función de lo que establezca el hospital. En la Norma 2022, añaden que son uniformes “completos”, por lo que se entiende que incluye zapatos. Esta prestación que puede parecer trivial, es de mucha importancia para los residentes, debido a sus ingresos económicos limitados.
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.9 Utilizar los servicios de bibliohemeroteca y de apoyo didáctico existentes en la unidad médica 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.9 Tener acceso al centro de información y documentación académica disponible en la Unidad 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.9 Tener acceso al centro de información y documentación académica disponible en la unidad 	La redacción cambia ligeramente entre las versiones de la Norma, sin embargo, el fondo es el

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	receptora de residentes, ajustándose a la reglamentación correspondiente.	Médica o Instalación Receptora de Residentes;	médica receptora de residentes;	mismo: el residente tiene derecho al acceso a la biblioteca del hospital donde trabaja.
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.10 Utilizar las áreas de descanso durante las guardias. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.10 Tener acceso a las áreas de descanso y aseo personal destinadas para ello; 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.10 Tener acceso a las áreas de descanso y aseo personal destinadas para ello; 	<p>Sobre el uso de las áreas de descanso, en la Norma 2012, se especificaba que era posible durante las guardias. A partir del Proyecto de Norma 2018, se añade el derecho al uso de las áreas de aseo personal y no se restringe a las guardias.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.11 Asistir a eventos académicos extracurriculares, cuando a juicio del profesor titular de la residencia médica, tengan utilidad en relación con los programas académico y operativo y se obtenga el permiso de acuerdo con las normas institucionales respectivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.8 Obtener permiso para asistir a eventos académicos extracurriculares, cuando a juicio del Profesor Titular de la especialidad médica tengan relación con los Programas Académico y Operativo, de acuerdo con la normativa interna de la Institución de Salud en la que se realiza la Residencia Médica; 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.8 Obtener permiso para asistir a eventos académicos extracurriculares, cuando a juicio del profesor titular de la especialidad médica tengan relación con los programas académico y operativo, de acuerdo con la normativa interna de la institución de salud en la que se realiza la residencia médica; 	<p>Para poder asistir a eventos académicos fuera del programa académico u operativo, el residente debe solicitar permiso al profesor titular quien se reserva el derecho de autorizarlo o no. El concepto es el mismo en las 3 versiones de la Norma.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.12 Recibir de la institución de salud la constancias respectiva, al concluir satisfactoriamente 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.5 Recibir una constancia de la Institución de Salud donde se realice la Residencia Médica al 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.5 Recibir una constancia de la institución de salud donde se realice la residencia médica al 	<p>Este artículo regula la entrega de constancias de aprobación de los ciclos</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	cada uno de los ciclos académicos establecidos en el programa académico.	concluir satisfactoriamente cada uno de los ciclos establecidos en el Programa Académico;	concluir satisfactoriamente cada uno de los ciclos establecidos en el programa académico;	académicos y es muy similar en las 3 versiones.
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.13 Recibir el diploma de la institución de salud por concluir satisfactoriamente la residencia médica de que se trate, siempre y cuando se hubieran cumplido todos los requisitos que para tal efecto se establezcan en los programas académico y operativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.6 Recibir el diploma de la Institución de Salud donde sea realizada la Residencia Médica por concluir satisfactoriamente la especialidad médica, siempre y cuando se hubieran cumplido todos los requisitos que para tal efecto se establezcan en los Programas Académico y Operativo, con base en los registros existentes en la Unidad Administrativa Competente; 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.6 Recibir el diploma de la institución de salud donde sea realizada la residencia médica por concluir satisfactoriamente la especialidad médica, siempre y cuando se hubieran cumplido todos los requisitos que para tal efecto se establezcan en los programas académico y operativo, con base en los registros existentes en la unidad administrativa competente; 	Este artículo regula la entrega del diploma de aprobación de la especialidad que entrega la institución de salud que recibió al residente. Se especifica de manera muy obvia, que tiene que haber cumplido con todos los requisitos de los programas para recibir el diploma.
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.14 Recibir de la institución de salud en la cual se realiza la residencia médica, según sus disposiciones en la materia, asesoría y defensa jurídica en aquellos casos de demanda o queja de terceros por acciones relacionadas con el desempeño de las 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.15 Recibir de la Institución de Salud donde se realiza la Residencia Médica, conforme a sus disposiciones internas, Asesoría y defensa jurídica en aquellos casos de demanda o queja de terceros por acciones relacionadas con el desempeño de las 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.15 Recibir de la institución de salud en la que se realiza la residencia médica, conforme a sus disposiciones internas, asesoría y defensa jurídica en aquellos casos de demanda o queja de terceros por acciones relacionadas con el desempeño de las 	En este artículo, el residente tiene derecho a recibir asesoría y defensa legal frente a una demanda o queja en su contra por las actividades propias de la residencia. Este punto no ha cambiado en los últimos 10 años.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	actividades correspondientes a la residencia médica.	actividades correspondientes al curso de la Residencia Médica que realiza, y	actividades correspondientes al curso de la residencia médica que realiza, y	
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.15 Realizar actividades de investigación en salud, bajo la asesoría y supervisión del profesor titular de la residencia médica, de conformidad con las normas y procedimientos establecidos en la materia, por la institución de salud y la observación de tratados internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.7 Recibir Asesoría para actividades de investigación en salud, bajo la coordinación del Profesor Titular de la especialidad médica, de conformidad con las disposiciones aplicables. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.7 Recibir asesoría para actividades de investigación en salud, bajo la coordinación del profesor titular de la especialidad médica, de conformidad con las disposiciones aplicables. 	El derecho a recibir asesoría para realizar investigación durante la residencia bajo la coordinación del profesor titular de la especialidad, se encuentra plasmado en este artículo. Salvo unos cambios en redacción entre las versiones 2012 y 2018/2022 sobre la función del profesor titular en este proceso (pasa de asesorar y supervisa la actividad a coordinarla), el resto del artículo es idéntico en todas las versiones.
	<ul style="list-style-type: none"> • 10.16 Recibir de la institución de salud en la cual realiza la residencia médica, según sus disposiciones en la materia, asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.16 Recibir asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, conforma a la normativa interna de la Institución de Salud en la cual realiza la Residencia Médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.16 Recibir asistencia médica, quirúrgica y farmacológica, conforma a la normativa de la institución de salud en la cual realiza la residencia médica. 	El derecho de recibir atención de salud en el hospital donde el residente realiza su especialidad, incluyendo atención médica, quirúrgica y entrega de medicamentos, se encuentra en este artículo y se ha mantenido en los mismos términos.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<p>• 11 Obligaciones de los médicos residentes De manera enunciativa y de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entre otras, son obligaciones de los médicos residentes, los siguientes:</p>	<p>• 11 Obligaciones del personal que cursa una Residencia Médica De conformidad con las disposiciones aplicables, son obligaciones del personal que cursa una Residencia Médica, entre otras, las siguientes:</p>		<p>En la Norma 2022, ya no se habla de derechos y obligaciones de los residentes, sino de disposiciones en general, las cuales sin embargo, incluyen ambos aspectos, con una redacción parecida a las versiones anteriores.</p>
	<p>• 11.1 Cumplir las actividades establecidas en los programas académico y operativo correspondientes a la residencia médica.</p>	<p>• 11.1 Cumplir las actividades establecidas en los Programas Académico y Operativo de la especialidad médica;</p>	<p>• 9.17 Cumplir las actividades establecidas en los programas académico y operativo de la especialidad médica;</p>	<p>Es la misma obligación de cumplir con todas las actividades de la especialidad en las tres versiones.</p>
	<p>• 11.2 Someterse y aprobar los exámenes periódicos de evaluación de conocimientos y destrezas adquiridas, de acuerdo con los programas académico y operativo correspondientes.</p>	<p>• 11.2 Someterse y aprobar los exámenes periódicos y final de evaluación de conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas, de acuerdo con los Programas Académico y Operativo;</p>	<p>• 9.18 Someterse y aprobar los exámenes periódicos y final de evaluación de conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas, de acuerdo con los programas académico y operativo;</p>	<p>A partir del Proyecto de Norma 2018, se especifica que se incluyen los exámenes periódicos y finales y se añade “habilidades”, además de conocimientos y destrezas a evaluar en dichos exámenes de la especialidad. En las tres Normas, se resalta que los exámenes deben estar planeados en los programas.</p>
	<p>• 11.3 Realizar cuando menos un trabajo de investigación médica durante su residencia</p>	<p>• 11.3 Realizar durante el curso de especialidad médica, cuando menos un trabajo de investigación en</p>	<p>• 9.19 Realizar durante el curso de especialidad médica, cuando menos un trabajo de investigación en</p>	<p>En este artículo se hace referencia a la necesidad para el residente, de hacer por lo menos un trabajo de</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	médica, de acuerdo con los lineamientos y las normas que para el efecto emitan las instituciones de salud, la institución de educación superior y la unidad médica receptora de residentes.	salud, de acuerdo con los lineamientos y las normas que para el efecto emita la Institución de Educación Superior y la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes.	salud, de acuerdo con los lineamientos y las normas que para el efecto emita la institución de educación superior y la unidad médica receptora de residentes;	investigación durante la especialidad, de acuerdo a la normatividad tanto de la Universidad como de la sede. El contenido es el mismo en las 3 Normas.
	<ul style="list-style-type: none"> • 11.4 Participar durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.4 Participar durante el adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de la población que se le encomiende, siempre sujeto a las indicaciones y a la Asesorías de los profesores y equipo médico de la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes; • 11.5 En situaciones de urgencia, el personal que cursa una Residencia Médica deberá informar a la autoridad inmediata superior las acciones médicas que se requieran realizar, a fin de recibir Asesoría en tanto se cuenta con el apoyo requerido 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.20 Participar durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de la población que se le encomiende, siempre sujeto a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y equipo médico de la unidad receptora de residentes; • 9.21 En situaciones de urgencia, el personal que cursa una residencia médica deberá informar a la autoridad inmediata superior las acciones médicas que se requieran realizar, a fin de recibir asesoría en tanto se cuenta con el apoyo requerido 	<p>Este artículo regula la obligación de los residentes de participar en las tareas asistenciales en todas sus sedes de especialidad, para dar atención médica de especialidad a la población que se les asigne y siempre bajo la supervisión de los médicos del hospital. No presentó cambios significativos en las últimas versiones.</p> <p>A partir del Proyecto de Norma 2018, se añade este artículo sobre las urgencias que atienden los residentes, indicando que deben informar a sus superiores de manera a actuar con la asesoría de los mismos. Este artículo se mantiene con el</p>

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
		para su solución, de acuerdo a la normativa interna de la Unidad Médico o Instalación Receptora de Residentes;	para su solución, de acuerdo a la normativa interna de la unidad médica receptora de residentes;	mismo contenido en la versión 2022.
	<ul style="list-style-type: none"> • 11.5 Permanecer en la unidad médica receptora de residentes de adscripción, durante el tiempo determinado en el programa operativo correspondiente para el cumplimiento de la residencia médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.6 Permanecer en la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes durante la Jornada regular y las Guardias que le corresponden, sin ausentarse de sus actividades salvo permiso expreso de la persona facultada para otorgarlo, de acuerdo con la organización interna de la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes; 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.22 Permanecer en la unidad médica receptora de residentes durante la jornada regular y las guardias que le corresponde, sin ausentarse de sus actividades salvo permiso expreso de la persona facultada para otorgarlo, de acuerdo con la organización interna de la unidad médica receptora de residentes; 	Este artículo sobre la obligación de permanecer en el hospital cuando corresponde hacerlo según el programa, se vio modificado a partir de la versión 2018, especificando que aplica tanto para la jornada regular como para las guardias y que, si un residente necesita ausentarse, debe hacerlo previo permiso expreso de las autoridades correspondientes.
	<ul style="list-style-type: none"> • 11.6 Portar y usar correctamente el uniforme médico de acuerdo a las actividades, durante su permanencia en la unidad médica receptora de residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.7 Portar y usar debidamente los uniformes médicos y el gafete durante su permanencia en la Unidad Médicas o Instalación Receptora de Residentes; 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.23 Portar y usar debidamente los uniformes médicos y el gafete durante su permanencia en la unidad médicas receptora de residentes; 	El uso del uniforme es obligatorio para los residentes mientras están en el hospital, a partir del Proyecto de Norma 2018, se añade el uso del gafete de identificación.
	<ul style="list-style-type: none"> • 11.7 Dar cabal cumplimiento al Código de 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.8 Dar cabal cumplimiento al código de 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.24 Dar cabal cumplimiento al código de 	En este artículo, se regula la obligación del cumplimiento

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	Ética, el Código de Bioética para el Personal de Salud y el reglamento interno de las unidades médicas receptoras de residentes.	ética, el código de conducta, el código de bioética para el personal de salud y al reglamento interno de la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes;	ética, el código de conducta, el código de bioética, el código de ética en investigación para personal de salud, el reglamento interno de la unidad médica receptora de residentes y el reglamento de la institución de educación superior que avala los estudios;	de los reglamentos y códigos. En cada versión se suman más códigos que respetar: Código de Ética, Código de Bioética para el Personal de Salud, Reglamento interno del hospital, código de conducta, código de ética en investigación, y finalmente el reglamento de la Universidad. Este último punto es de especial importancia ya que, en ocasiones, los reglamentos del hospital y de la universidad podrían no coincidir y la Norma no indica cuál de los dos sería prioritario.
	<ul style="list-style-type: none"> • 11.8 Respetar el rol de guardias de los médicos residentes de menor jerarquía calendarizadas en el programa operativo correspondiente, sin imponer guardias adicionales de cualquier denominación. 			Este artículo prohíbe que residentes de mayor jerarquía pongan guardias de castigo a los de menor jerarquía. Se quitó a partir de la versión 2018, sin embargo, como el artículo 8.4 de la NOM 2018 y el 7.4 de la 2022, indican que sólo se pueden realizar las guardias previstas en el

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
				programa, también cubren este aspecto.
	<ul style="list-style-type: none"> • 11.9 Cumplir, además de lo anteriormente mencionado con lo establecido en las normas oficiales mexicanas NOM-017-SSA2-1994, Para vigilancia epidemiológica; y la NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, así como todas aquellas relacionadas con la atención a la salud y su campo de especialización. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.9 Cumplir, además de lo antes mencionado, con lo establecido en las normas oficiales mexicanas señaladas en los incisos 3.1 y 3.4, del Capítulo de Referencias Normativas, de esta Norma, así como todas aquellas relacionadas con la atención a la salud y a su campo de especialización, y 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.25 Cumplir, además de lo antes mencionado, con lo establecido en las normas oficiales mexicanas señaladas en los incisos 2.1 y 2.4, del Capítulo de Referencias Normativas, de esta Norma, así como todas aquellas relacionadas con la atención a la salud y a su campo de especialización, y 	No hay cambios de fondo entre las versiones de este artículo que menciona la obligación para los residentes, de cumplir con las normas vinculadas a la norma presente.
	<ul style="list-style-type: none"> • 12 Inasistencias y permisos de los médicos residentes • 12.1 La inasistencia de los médicos residentes por enfermedad, accidente, maternidad o cuidados maternos, en su caso, debe ampararse con el documento correspondiente, de acuerdo con las normas administrativas que para tal efecto existan en la institución de salud de su 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.10 La inasistencia del personal que realiza una Residencia Médica por enfermedad, accidente, maternidad o cuidados maternos, debe ampararse con el documento correspondiente, de acuerdo con la normativa interna de la Institución de Salud de su adscripción, atendiendo lo dispuesto en el inciso 10.16 de esta Norma. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9.26 La inasistencia de los médicos residentes por enfermedad, accidente, maternidad, paternidad o cuidados parentales, debe ampararse con el documento correspondiente, de acuerdo con la normativa interna de la institución de salud de su adscripción, atendiendo lo dispuesto en el inciso 9.16 de esta Norma. 	En la Norma 2012, se contemplan motivos por los que se pueden presentar inasistencias de los residentes, entre los cuales: enfermedad, accidentes, maternidad o cuidados maternos. Dichas inasistencias se pueden justificar con la documentación acorde a las normas del hospital. Hace referencia al artículo 7.2, el cual indica que, para mantenerse en la residencia,

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	adscripción, atendiendo lo dispuesto en el numeral 7.2 de esta norma.			se requiere cumplir los reglamentos del hospital y de la universidad. A partir del Proyecto de Norma 2018, hay un cambio importante, no en los motivos de inasistencias, sino en la referencia al inciso que regula del derecho del residente a ser atendido para sus problemas de salud, dentro del hospital en el que trabaja. Esta referencia se mantiene en la Norma 2022 y se añaden causas de inasistencia que tienen que ver con cambios sociales entorno a la igualdad y equidad de género: incluyen inasistencias por paternidad, además de maternidad y por cuidados parentales en vez de maternos, permitiendo así que el residente que es padre, también pueda dedicar tiempo al cuidado de su hijo.
	<ul style="list-style-type: none"> • 12.2 Solamente la autoridad en turno de la unidad médica receptora de residentes podrá conceder 			Se retira este artículo sobre quienes pueden dar los permisos, a partir del Proyecto de Norma 2018, sin

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	permisos al médico residente para ausentarse de sus actividades, siempre y cuando se hagan por escrito.			embargo, está implícitamente incluido en el artículo anterior con la necesidad para ausentarse, de seguir los lineamientos del hospital.
	<ul style="list-style-type: none"> • 13 Concordancia con normas internacionales y mexicanas Esta norma no tiene concordancia con ninguna norma internacional ni mexicana. 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 Concordancia con normas internacionales y mexicanas Esta norma no tiene concordancia con ninguna norma internacional ni mexicana. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 Concordancia con normas internacionales y mexicanas Esta norma no tiene concordancia con ninguna norma internacional ni mexicana. 	Los 3 artículos son idénticos.
	<ul style="list-style-type: none"> • 14 Bibliografía 	<ul style="list-style-type: none"> • 13 Bibliografía 	<ul style="list-style-type: none"> • 11 Bibliografía 	Existe poca diferencia en la bibliografía entre las distintas Normas. Llama la atención que sean referencias globalmente poco actualizadas, con un promedio de años de diferencia entre las referencias y el momento de la publicación de 16 años para la Norma 2012, 19 años para la de 2018 y 23 años para la de 2022.
	<ul style="list-style-type: none"> • 14.1 Aréchiga UH. El postgrado médico en los hospitales privados en México, Acta Méd. Gpo. Ang. 2003; 1:177-182. 	<ul style="list-style-type: none"> • 13.1 Aréchiga UH. El postgrado médico en los hospitales privados en México, Acta Méd. Gpo. Ang. 2003; 1:177-182. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.1 Aréchiga UH. El postgrado médico en los hospitales privados en México, Acta Méd. Gpo. Ang. 2003; 1:177-182. 	Misma bibliografía

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	<ul style="list-style-type: none"> • 14.2 Especialidades médicas en América Latina: análisis de su disponibilidad e institucionalidad en ocho países seleccionados. Washington: OPS/OMS; 1999 	<ul style="list-style-type: none"> • 13.2 Especialidades médicas en América Latina: análisis de su disponibilidad e institucionalidad en ocho países seleccionados. Washington: OPS/OMS; 1999 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.2 Especialidades médicas en América Latina: análisis de su disponibilidad e institucionalidad en ocho países seleccionados. Washington: OPS/OMS; 1999 	Misma bibliografía
		<ul style="list-style-type: none"> • 13.3 Fajardo DG, Santacruz VJ, Lavallo MC. La formación de Médicos Especialistas en México. CONACYT, Academia Nacional de Medicina, México, 2015. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.3 Fajardo DG, Santacruz VJ, Lavallo MC. La formación de Médicos Especialistas en México. CONACYT, Academia Nacional de Medicina, México, 2015. 	Bibliografía añadida en el Proyecto de Norma 2018
	<ul style="list-style-type: none"> • 14.3 Flamand EL. Los maestros que necesitamos. Rev. Fac. Méd. UNAM. 45; 2002:5-6 	<ul style="list-style-type: none"> • 13.4 Flamand EL. Los maestros que necesitamos. Rev. Fac. Méd. UNAM. 45; 2002:5-6 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.4 Flamand EL. Los maestros que necesitamos. Rev. Fac. Méd. UNAM. 45; 2002:5-6 	Misma bibliografía
	<ul style="list-style-type: none"> • 14.4 Plan único de especializaciones médicas. México: UNAM, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado e Investigación; 2003. 	<ul style="list-style-type: none"> • 13.5 Plan único de especializaciones médicas. México: UNAM, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado e Investigación; 2003. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.5 Plan único de especializaciones médicas. México: UNAM, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado e Investigación; 2003. 	Misma bibliografía
	<ul style="list-style-type: none"> • 14.5 Ruelas BE. La calidad de la atención médica y la educación médica. En: De la Fuente JR, Rodríguez CR; coordinadores. La 	<ul style="list-style-type: none"> • 13.6 Ruelas BE. La calidad de la atención médica y la educación médica. En: De la Fuente JR, Rodríguez CR; coordinadores. La 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.6 Ruelas BE. La calidad de la atención médica y la educación médica. En: De la Fuente JR, Rodríguez CR; coordinadores. La 	Misma bibliografía

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	educación médica y la salud en México. Editorial. Siglo XXI; 1996:203-219.	educación médica y la salud en México. Editorial. Siglo XXI; 1996:203-219.	educación médica y la salud en México. Editorial. Siglo XXI; 1996:203-219.	
	<ul style="list-style-type: none"> • 14.6 Villalpando CJJ, Jasso GL, Muñiz OE. Experiencia en la formación directa de médicos especialistas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev. Méd. IMSS 24; 1986: 221-225 	<ul style="list-style-type: none"> • 13.7 Villalpando CJJ, Jasso GL, Muñiz OE. Experiencia en la formación directa de médicos especialistas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev. Méd. IMSS 24; 1986: 221-225 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.7 Villalpando CJJ, Jasso GL, Muñiz OE. Experiencia en la formación directa de médicos especialistas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev. Méd. IMSS 24; 1986: 221-225 	Misma bibliografía
	<ul style="list-style-type: none"> • 14.7 Villalpando CJJ, Díaz del Castillo CE. La formación de médicos especialistas en el IMSS: 30 años de experiencia. Rev. Méd. IMSS; 1986: 278-285. 	<ul style="list-style-type: none"> • 13.8 Villalpando CJJ, Díaz del Castillo CE. La formación de médicos especialistas en el IMSS: 30 años de experiencia. Rev. Méd. IMSS; 1986: 278-285. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11.8 Villalpando CJJ, Díaz del Castillo CE. La formación de médicos especialistas en el IMSS: 30 años de experiencia. Rev. Méd. IMSS; 1986: 278-285. 	Misma bibliografía
	<ul style="list-style-type: none"> • 15 Vigilancia La vigilancia de la aplicación de esta norma, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • 14 Vigilancia La vigilancia de la aplicación de esta Norma, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 Vigilancia La vigilancia de la aplicación de esta Norma, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias. 	Misma vigilancia
	<ul style="list-style-type: none"> • 16 Vigencia Esta Norma, entrará en vigor a los 60 días posteriores a su 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 Vigencia Esta Norma, entrará en vigor a los 60 días posteriores a su 	<ul style="list-style-type: none"> • 13 Vigencia Esta Norma Oficial Mexicana de Emergencia entrará en vigor al día 	La vigencia es distinta en las normas de emergencia.

LAS RAÍCES DEL MALTRATO EN RESIDENTES MÉDICOS

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
	publicación en el Diario Oficial de la Federación.	publicación en el Diario Oficial de la Federación.	siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.	
	<p>TRANSITORIO La presente norma dejar sin efectos a la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, publicada el 22 de septiembre de 1994 en el Diario Oficial de la Federación.</p>	<p>TRANSITORIOS PRIMERO- La presente Norma deja sin efectos la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de Residencias Médicas, Publicada el 4 de enero de 2013, en el Diario Oficial de la Federación. SEGUNDO- Los ciclos académicos que se encuentren en curso a la entrada en vigor de esta Norma se desarrollarán hasta su conclusión, de conformidad con las disposiciones jurídicas vigentes en la fecha de su inicio.</p>	<p>TRANSITORIOS PRIMERO. - La presente Norma Oficial Mexicana de Emergencia entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y tendrá una vigencia de seis meses, en términos de lo dispuesto en el segundo párrafo del Artículo 31 de la Ley de Infraestructura de la Calidad. SEGUNDO. - La presente Norma deja sin efectos la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y el funcionamiento de residencias médicas, publicada el 4 de enero de 2013, en el Diario Oficial de la Federación. TERCERO. - En el supuesto de que durante la vigencia de la presente Norma Oficial</p>	<p>Al inicio de esta tabla, se comenta lo referente al transitorio de la Norma 2012, el primer transitorio de las normas 2018 y 2022 y el 2do transitorio de la Norma 2022. Con respecto al 2do transitorio del Proyecto de Norma 2018, que corresponde al 4to transitorio de la 2022, se establece que los ciclos académicos, se deben concluir con la misma norma con la que iniciaron. El transitorio 3 de la Norma 2022 con respecto al proyecto de Proyecto de Norma 2018, menciona que la Norma 2022 de emergencia, dejará de ser vigente en cuanto el entre en vigor dicho proyecto de norma.</p>

SECCIÓN	NOM 2012	PROY NOM 2018	NOM 2022	COMENTARIOS
			<p>Mexicana de Emergencia entre en vigor la norma oficial mexicana que derive del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA3-2018, Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica, dejará de surtir efectos la presente norma.</p> <p>CUARTO. - Los ciclos académicos que se encuentren en curso a la entrada en vigor de esta Norma, se desarrollarán hasta su conclusión de conformidad con las disposiciones aplicables vigentes en la fecha de su inicio.</p>	

