

## ¿Por qué no se denuncian las expresiones de violencia en las residencias médicas?

¿Why are expressions of violence in medical residences not reported?



Hamui-Sutton L<sup>1\*</sup> , Sánchez-Guzmán MA<sup>2</sup> , Vives-Varela T<sup>3</sup> , Paz-Rodríguez F<sup>4</sup> .

1. Académica de la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
2. Académica de la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
3. Académica de la Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
4. Investigador en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Ciudad de México, México.

### RESUMEN

**Introducción.** La formación médica ha sido tradicionalmente jerárquica, y en algunos casos, ha permitido el maltrato en el proceso de enseñanza. Existen pocos estudios sobre violencia en residencias médicas que exploren el proceso de denuncia y la respuesta institucional. **Objetivo:** Analizar las denuncias por violencia en las residencias médicas avaladas por la Universidad Nacional Autónoma de México para comprender el contexto y las respuestas institucionales. **Metodología:** Estudio mixto donde se incluyeron 78 especialidades, 113 unidades médicas y residentes de distintos años, en seis instituciones de salud, durante el ciclo académico 2021-2022. Los datos cuantitativos se obtuvieron mediante el cuestionario “Residencias Médicas Libres de Violencia” y los cualitativos surgieron de los testimonios en 10 grupos focales con residentes de segundo año. **Resultados:** Existe un bajo índice de denuncia (5%-13%), siendo más común en casos de violencia física y sexual. Las quejas provienen principalmente de residentes de menor grado, en especialidades como Cirugía y Medicina Interna que se destacan por su mayor frecuencia. Los datos cualitativos muestran que el principal problema se relaciona con la impunidad, así como las represalias del perpetradora o perpetrador. **Conclusiones:** La falta de denuncias se atribuye a la escasa respuesta institucional y a factores culturales y organizacionales que perpetúan la violencia en la formación médica.

**Palabras clave:** violencia; residencias médicas; denuncias; respuesta institucional.

### ABSTRACT

**Introduction.** Medical training has traditionally been hierarchical, and, in some cases, has permitted mistreatment during the teaching process. Few studies on violence in medical residencies explore the complaint process and institutional response. **Objective:** Analyze the complaints of violence in medical residencies affiliated to the National Autonomous University of Mexico to understand the context and institutional responses. **Methodology:** This mix methods study included 78 specialties, 113 medical units, and residents from different years across six health institutions during the 2021-

#### Autor(a) de

#### Correspondencia:

Liz Hamui-Sutton  
Académica de la  
División de Estudios de  
Posgrado, Facultad de  
Medicina, Universidad  
Nacional Autónoma  
de México, Ciudad de  
México, México. correo  
electrónico: lizhamui@  
hotmail.com

#### Citar como:

Hamui-Sutton L,  
Sánchez-Guzmán MA,  
Vives-Varela T,  
Paz-Rodríguez F.  
¿Por qué no se  
denuncian las  
expresiones de violencia  
en las residencias  
médicas?  
*Rev CONAMED.*  
2025;30(4): 174-190.

#### Fecha de recepción:

21 de Julio de 2025

#### Fecha de aceptación:

06 de octubre de 2025

2022 academic cycle. Data was collected through the "Violence-Free Medical Residencies" questionnaire and testimonials from 10 focus groups. **Results:** Results show a low complaint rate (5%-13%), primarily in cases of physical and sexual violence. Complaints come mainly from junior residents, with specialties such as surgery and internal medicine showing higher frequencies. Qualitative data show that the main problem is related to impunity, as well as retaliation from perpetrators. **Conclusions:** The lack of complaints is attributed to limited institutional response as well as cultural and organizational factors that perpetuate violence in medical training.

**Keywords:** workplace violence; medical residencies; disclosure; organizational clinical culture.

## INTRODUCCIÓN

La violencia en la formación médica es un fenómeno de larga data,<sup>1</sup> estudiado en distintas regiones. Se trata de un problema social que se manifiesta y reproduce de diversas maneras,<sup>1,2</sup> incluyendo el abuso psicológico, físico, sexual, laboral e incluso cibernético. En este escrito se utilizan diversos conceptos que vale la pena definir desde el inicio. La "violencia de género" consiste en aquellas formas de violencia que tienen fundamento en las diferencias socialmente adscritas para mujeres y hombres. Por su parte la discriminación de género alude al trato desigual o desfavorable como la homofobia. Otros dos términos relevantes son la identidad de género que se refiere a la vivencia o sentimiento íntimo de una persona que puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer. Finalmente, la orientación sexual indica la atracción iterativa hacia otra u otro, los tipos se clasifican como heterosexual, homosexual, bisexual, pansexual o asexual.

También resulta importante distinguir el significado del término violencia que tienen una acepción distinta al de abuso. El primero se utiliza para describir una amplia gama de agresiones, mientras que el segundo se refiere a relaciones de poder asimétricas en las cuales un individuo o grupo daña a otro. Se entiende por abuso la apropiación excesiva, irrazonable, inapropiada e injusta de la autoridad, que perjudica a otros y cuya expresión puede variar desde detalles menores de menosprecio hasta actos graves de agresión que constituyen delitos.<sup>3</sup> El abuso se limita a situaciones en entornos específicos y constituye una de las múltiples manifestaciones de la violencia.<sup>4</sup> La cultura

organizacional en la clínica está construida por medio de interacciones entre profesionales de la salud, pacientes y sus familias, es el espacio social donde las y los residentes demuestran sus conocimientos, ejercitan el razonamiento médico, toman decisiones y ponen en práctica procedimientos y técnicas.<sup>5,6</sup>

Las y los médicos abusados por otros médicos constituyen una población de víctimas invisibilizadas en organizaciones como los hospitales donde existe la enseñanza.<sup>7</sup> El discurso social en torno al abuso suele invalidar las experiencias de las víctimas, fomentar la autoinculpación y minimizar la situación, perpetuando así la violencia.<sup>8</sup> La denuncia institucional como recurso para afrontar el abuso no es frecuente pues puede resultar contraproducente al aumentar la represión. La internalización de la violencia interpersonal por parte de sus superiores, que las y los residentes suelen experimentar y observar, sienta las bases para la generación y reproducción de comportamientos similares hacia sus compañeras y compañeros.<sup>9-12</sup> Existe evidencia de las severas consecuencias en la salud mental del estudiantado víctimas de violencia como la depresión, burnout, intentos de suicidio, abuso de sustancias, deserción, etcétera.<sup>13,14</sup>

Mejía y Suárez,<sup>15</sup> realizaron una revisión de la literatura sobre violencia en facultades de medicina de América Latina, recuperaron publicaciones de cerca de 20 autores (as) que midieron expresiones de violencia, la prevalencia de comportamientos inapropiados varió entre el 27% y el 100%, el amplio margen de diferencia puede deberse a las metodologías utilizadas. En términos generales se sabe que hay una prevalencia alta de malos tratos, principalmente los de tipo psicológico sexual y físico.<sup>16,17</sup> Recientemente en Brasil se realizó una investigación que señaló que la prevalencia del maltrato entre médicos en formación es de 59% en escuelas públicas.<sup>18</sup>

En México se tienen varias investigaciones que han reportado algunos datos sobre la violencia, por ejemplo, una encuesta reciente en donde participaron 143 residentes detectó que 84% del estudiantado sufrió maltrato, principalmente psicológico.<sup>19</sup> Entre las principales formas de abuso están las de orden psicológico que se expresan, principalmente, a través del desprecio público, la humillación y la transmisión intergeneracional. Las manifestaciones de maltrato no sólo son individuales, sino que forman parte de una "cultura de abuso" en la práctica diaria.<sup>20</sup> Sin embargo, en el país la mayoría de los estudios se caracterizan por enfocarse en

algunas especialidades, con muestras pequeñas, se limitan a algunas expresiones de maltrato y sobre todo pocos indagan cómo es el proceso de denuncia y respuesta institucional.<sup>4,21-23</sup>

Las jerarquías y relaciones de poder se perpetúan en estos entornos a través del currículum oculto.<sup>24</sup> Investigaciones como la de Scott et al.<sup>25</sup> Muestran que el orden moral en la clínica es particular y que el maltrato endurece a los jóvenes para su vida profesional. Pocos estudiantes de medicina cuestionan o denuncian a sus agresoras o agresores, y las denuncias de los testigos también son escasas, perpetuando el silencio en torno al tema.<sup>8</sup> Araceli Mingo y Hortensia Moreno,<sup>26</sup> hacen un interesante estudio sobre la violencia de género en las universidades, su objetivo es develar los mecanismos que dan forma a este tipo de maltrato, dentro de su propuesta teórica retoman el concepto *“ignorancia cultivada”* que se refiere a *“la opción de no saber y no pensar, que les permite a los sujetos privilegiados, entre otras cosas, ignorar los beneficios que les acarrearán las relaciones de dominio y reafirmar su inocencia individual respecto del ejercicio sistemático de hábitos opresivos de privilegio”*. De esta manera, la omisión institucional forma parte de la injusticia epistémica,<sup>27</sup> y la reactualización de la violencia en contextos clínicos.

Las dificultades para la presentación de denuncias también influyen como la falta de garantías a la confidencialidad en los procesos, las vías poco claras dentro de las instituciones para presentar las quejas que encuentran obstáculos para escalar hacia las autoridades competentes y las resoluciones o resultados inciertos.<sup>8</sup> Así, en la cultura del abuso, la impunidad se encuentra engarzada con las estructuras e implementación de la educación médica. En México otro de los elementos problemáticos que pueden incidir en la atención y reproducción del maltrato es la naturaleza jurídica de las y los residentes en las distintas especialidades, ya que están adscritos a un régimen especial que los considera como trabajadores temporales en adiestramiento, esto implica una dualidad, por un lado, son trabajadores, pero también son estudiantes. Por tanto, su desarrollo académico se ajusta a las exigencias normativas de la Ley Federal del Trabajo,<sup>28</sup> la Norma Oficial sobre Educación en Salud,<sup>29</sup> que incluye a las residencias médicas NOM-001-SSA-2023 vigente publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de marzo de 2024.<sup>A</sup> Además, se adaptan a la normativa de las sedes

donde realizan su residencia, a las reglamentaciones de la Institución de Educación Superior que avala su desarrollo académico y a instancias como la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) que actúa a nivel federal. Así, la paradoja consiste en que existe una amplia regulación, pero a la vez, es ambigua y poco abocada a la protección de los derechos de las y los médicos en formación.

Por ello, el presente estudio tiene como propósito exponer los resultados generales de la encuesta *“Residencias Médicas Libres de Violencia”* en México, analizando la prevalencia de denuncias y la respuesta institucional ante ellas; reflexionar sobre la configuración normativa y la cultura organizacional en el campo médico, y cómo estas influyen en la reproducción de la violencia; así como interpretar los testimonios de las y los residentes, con el fin de comprender las experiencias personales y las dinámicas de silencio que contribuyen a la normalización de la violencia en los entornos de formación médica.

## METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio mixto explicativo,<sup>30</sup> en dos fases, primero se aplicó una encuesta en línea que arrojó información cuantitativa de tipo transversal y descriptiva. En la segunda fase se realizaron grupos focales con residentes de segundo año (R2) para la generación de los testimonios cualitativos con el fin de asociarlos a los datos cuantitativos y comprender a profundidad el fenómeno de estudio.

### **Componente cuantitativo**

Se elaboró y programó una encuesta en línea con el cuestionario auto aplicado *“Residencias Médicas Libres de Violencia”* y se consideró a todos los y las residentes del Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) de la UNAM que aceptaron participar.

---

A. Las Normas Oficiales Mexicanas son regulaciones técnicas que establecen los procesos, servicios, terminología de distintas áreas que se encuentran en la normatividad mexicana. En el caso de las residencias médicas la NOM-001-SSA-2023 vigente se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 19 de marzo de 2024.

El instrumento constaba de ocho secciones, la introducción explicaba el objetivo del estudio y contenía el consentimiento informado, las secciones uno y dos exploraban la identidad de género y la orientación sexual con preguntas de opción múltiple, la tercera sección abordaba la relación entre expresiones de violencia y ambientes clínicos de aprendizaje. Los apartados cuatro, cinco y seis se centraron en los tipos de violencia, discriminación de género y ciber-agresiones. Estas preguntas se estructuraron en una matriz y constituyeron el núcleo del cuestionario. Se exploró la posibilidad de haber vivido violencia y, en caso afirmativo, se indagó la frecuencia, la gravedad, el momento en que ocurrió, el autor o autora del abuso, las acciones realizadas, los mecanismos de denuncia y la respuesta institucional con preguntas de opción múltiple. La séptima parte del cuestionario averiguó aspectos referentes a la salud mental de los residentes y su asociación con expresiones de violencia, y la última sección estuvo dedicada a la recolección de datos sociodemográficos del respondiente.

Para realizar el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS 22.0. Se obtuvo la confiabilidad de la escala por medio del cálculo del alfa omega,<sup>31</sup> que mostró un adecuado valor (alfa omega = 0.816), este último constituye un mejor indicador de validez y confiabilidad que el alfa de Cronbach, aunque este último sea el más utilizado en estudios psicométricos. Para la estructura de la escala se realizó un análisis factorial de componentes principales con un índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0.815, lo que indicó que el procedimiento fue consistente. Se eligió el método de análisis de factor de rango mínimo con rotación Promin. La escala se conformó por siete dominios que midieron los diversos tipos de violencia.

Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra, las variables de interés y el cálculo de las prevalencias de violencia por tipo. Además, se realizaron comparaciones bivariadas (chi cuadrado) para reportar las diferencias encontradas en las variables del contexto de las y los residentes (identidad de género, especialidad, institución de salud, número de residentes por sede y año de residencia), para lo que una  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativa. Como último paso, las asociaciones entre el tipo de violencia y el contexto se obtuvieron mediante regresión logística univariada odds ratios (OR), con intervalos de confianza del 95% y significancia cuando  $p > 0.05$ . Las variables con asociación significativa se incluyeron en los modelos multivariados, que a su vez estimó el

odds ratio ajustado, considerando las interacciones entre dichas variables. El ajuste del modelo se evaluó mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow.

### **Componente cualitativo**

Con el propósito de indagar las razones por las cuales las y los residentes se abstienen de denunciar el abuso y diversas expresiones de violencia, los cuatro investigadores, autores de este artículo, todos con grado de doctor y experiencia en investigación cualitativa realizaron en parejas diez grupos focales (GF),<sup>5</sup> con mujeres y cinco grupos con hombres. En el momento del estudio tres de las investigadoras se desempeñaban como académicas del área sociomédica en la Facultad de Medicina de la UNAM y el investigador como analista de datos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurociencias. De las dos investigadoras o investigadores que asistieron a las sedes, uno de ellos fungió como moderador y el otro como observador, éste último tomó notas de campo durante y después de los encuentros y ayudó en la gestión del encuentro.

La orientación epistemológica y metodológica del estudio cualitativo estuvo sustentada en la etnografía clínica que busca comprender los fenómenos sociales y simbólicos que ocurren en los contextos de atención a la salud. Dicho enfoque toma en consideración la experiencia vivida, las relaciones intersubjetivas y la cultura institucional que los configura.<sup>6</sup> La etnografía clínica se sustenta en el análisis interpretativo situado y la hermenéutica crítica orientados a explorar la manera en que los agentes construyen sentido en torno la enfermedad, el cuidado y las prácticas interaccionales en la clínica. Se busca comprender el conocimiento práctico, relacional, moral y afectivo en que emerge la violencia en contextos clínicos.

La muestra del estudio fue intencional y por conveniencia, se decidió entrevistar colectivamente a las y los residentes de segundo año por considerar que su experiencia correspondía a la etapa más intensa de la formación médica, pues ya han transitado por el primer año de ajuste a las actividades en la clínica, tienen bajo su responsabilidad a los residentes de primer año y la demanda en la carga de trabajo asistencial es fuerte. Por el alto nivel de tensión y estrés al que están expuestos, es probable que hayan experimentado diversos tipos de violencia.

Se incluyeron 5 especialidades, las primeras 4 correspondientes a las denominadas troncales que agruparon a la mayoría de las y los residentes, y que reportaron mayor frecuencia de expresiones de violencia, estas fueron Pediatría (P, 9 mujeres y 10 hombres), Medicina Interna (MI, 8 mujeres y 10 hombres), Ginecología y Obstetricia (GyO, 10 mujeres y 5 hombres) y Cirugía (C, 6 mujeres y 2 hombres). En contraste, se incluyó Oftalmología (O, 6 mujeres y 2 hombres) que no es la más numerosa, ni presenta problemas serios de abuso, pero solicitó ser incluida en el estudio en una sede.

El método de aproximación consistió en solicitar permiso a las autoridades de las sedes hospitalarias para la realización de los GF quienes ayudaron a convocarlos y organizarlos en contextos hospitalarios. Se elaboró una guía semiestructurada con secciones y temas similares a los de la encuesta para orientar el diálogo y permitir el cotejo de resultados con métodos mixtos. La relación de las o los investigadores o investigadoras con las o los entrevistados o entrevistadas se estableció en el momento del encuentro previo al inicio del grupo focal. Los participantes fueron informados que las o los investigadores o investigadoras provenían de la Facultad de Medicina de la UNAM y estaban realizando un estudio sobre violencia en las residencias médicas, esto se explicó también al inicio de la sesión para solicitar el consentimiento verbal. Las autoridades de enseñanza del hospital estaban de acuerdo en la actividad y no estuvieron presentes durante la conversación. Ninguna persona rechazó participar o abandonó el estudio.

Los grupos focales se realizaron en las aulas de enseñanza de cada hospital con una duración aproximada de 80 minutos cada uno dependiendo del número de participantes. Los diálogos fueron audio grabados y se llegó al punto de suficiencia,<sup>B</sup> al reconocer la amplitud y diversidad empírica de los testimonios generados en las entrevistas grupales, así como la idoneidad de la estrategia de análisis y la riqueza de los datos obtenidos.<sup>32</sup> Por su parte el punto de saturación fue alcanzado al identificar la profundidad conceptual de los datos obtenidos durante el análisis comparativo de las categorías en

B. La diferencia entre el punto de saturación y el punto de suficiencia consiste en que el primero marca el límite teórico del conocimiento emergente, mientras que el punto de suficiencia señala el límite práctico y empírico de la información obtenida. Ambos conceptos buscan garantizar la validez interpretativa y son complementarios: la saturación valida la profundidad conceptual y la suficiencia asegura la amplitud y diversidad empírica del corpus.

los 10 grupos focales. Para el análisis de los datos, los audios fueron transcritos, codificados con categorías predefinidas a partir de la guía de entrevista y clasificados en un cuadro de testimonios por categoría según la teoría fundamentada modificada,<sup>33</sup> en Word. Se incorporaron categorías emergentes identificadas "*aposteriori*" en el proceso de codificación. Después de la reducción y sistematización de los datos, se procedió al análisis teórico-metodológico por categoría para realizar la triangulación entre testimonios, autores y conceptos con el fin de generar la interpretación y confirmar los hallazgos de investigación. Para este trabajo se seleccionaron los testimonios relativos al tema de la denuncia de situaciones de abuso y respuesta institucional de todos los GF.

Cabe mencionar que se elaboró un reporte por hospital con el análisis categorial y los testimonios de las y los participantes que fue entregado y comentado con las autoridades de enseñanza de cada sede previo a la elaboración de este artículo. Para la presentación de los hallazgos se describen claramente los temas principales y menores. Además, se citan fragmentos testimoniales para ilustrar dichos temas utilizando seudónimos para salvaguardar la identidad de las y los participantes. Se encontró coherencia entre los datos cuantitativos y cualitativos lo que robustece el análisis interpretativo de la problemática de estudio.

No se omite mencionar los posibles sesgos de autoselección derivados de las muestras por conveniencia y la accesibilidad a los campos clínicos. También es posible que en los encuentros haya habido un subregistro de violencia asociado a la identidad u orientación sexual y lo que las y los participantes hayan ocultado en el diálogo, aunque eso forma parte de las características intersubjetivas del acto comunicativo. Otra aclaración pertinente se refiere a la generalización de los datos, lo que sucede en las especialidades médicas troncales, las más numerosas, no necesariamente aplica en otras áreas disciplinares, por lo que no se pueden extender los datos cualitativos derivados de este estudio a otros cursos. No obstante, el acercamiento epistemológico y metodológico si es transportable a otros estudios para comparar los hallazgos.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dado que la violencia es un tema sensible se explicó a quienes participaron que se protegerían los datos personales y en todo momento se

guardaría el anonimato, tratando la información en forma agregada (cuanti) o anonimizada con seudónimos (cuali). En la encuesta en línea se solicitó el consentimiento informado por medio de un recuadro para ser marcado y se proporcionó el documento en extenso para su consulta y anuencia. Con respecto a los GF los participantes firmaron una carta de consentimiento informado previo a la grabación del intercambio dialógico y verbalmente se registró su anuencia en el audio. El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con número: FM/DI/011/2022.

## RESULTADOS

El instrumento fue respondido por 12,612 residentes 85% del total en el ciclo académico 2021-2022 (14,751), se consideraron 78 especialidades en 113 unidades médicas y 6 instituciones de salud SSA 5768 (45.7%), IMSS 3617 (28.7%), ISSSTE 1788 (14.2%), Privados 897 (7.1%), PEMEX 337 (2.7%) y UNAM 205

(1.6%). La distribución de las y los residentes por año académico fue como sigue: primer año 5148 (40.8%), segundo año 3664 (29.1%), tercer año 2517 (20%), cuarto año y más 1264 (10%), sólo 19 personas (0.1%) no respondieron y se excluyeron de los análisis posteriores. Por especialidad 4539 (36%) eran de Medicina Interna, 3933 (31.2%) de Cirugía, 2033 (16.1) de Pediatría, 1109 (8.8%) de Ginecología y Obstetricia y 998 (7.9%) de especialidades no clínicas. Con respecto al género 6201 (49.2%) se autodefinió como hombre, 6259 (49.6%) como mujer y 152 (1.2%) como LGBTI+ o prefirió no contestar. Según su orientación sexual 89.2% se reconoció como heterosexual. De esta muestra, 906 participantes (7.2%) realizaron una denuncia de violencia, la que podría ser de uno o varios tipos (psicológica, física, sexual, académico-laboral, identidad de género u orientación sexual), 651 (5.2%) reportaron un tipo de maltrato, 203 (1.6%) reportaron dos tipos, 43 (0.3%) indicaron tres tipos, 6 reportaron cuatro tipos y 3 personas refirieron cinco tipos de maltrato. *La Tabla 1* describe las características sociodemográficas de los denunciantes.

Tipos de Violencia	Psicológica n= 645		Física n= 78		Sexual n= 96		Académico- Laboral n= 358		Identidad de Género n= 38		Orientación Sexual n= 10		Total de denuncias* n= 906	
	M F	H F	M F	H F	M F	H F	M F	H F	M F	H F	M F	H F	M F	H F
<b>Año de residencia</b>														
1	169	90	18	9	26	4	93	54	11	6	0	4	237	127
2	143	62	14	11	27	3	67	37	7	1	0	2	188	87
3	83	43	13	4	23	3	51	28	7	1	1	1	119	66
4 y más	38	17	4	5	9	1	18	10	4	1	1	1	54	28
<b>Especialidad</b>														
Medicina Interna	143	75	9	9	26	5	67	47	8	4	0	4	186	117
Cirugía	98	86	19	15	26	4	66	60	9	2	2	2	152	125
Ginecología	43	12	6	2	8	0	25	7	1	0	0	1	62	19
Pediatría	115	26	11	2	21	2	57	14	9	2	0	1	157	32
No Clínicas	34	13	4	1	4	0	14	1	2	1	0	0	41	15

Residentes por sede														
1-100	131	78	16	8	20	7	77	49	10	3	2	3	179	108
101-200	109	52	8	7	23	1	48	30	5	2	0	2	145	76
201-500	111	36	16	4	25	1	62	20	7	3	0	1	165	52
501-820	82	46	9	5	17	2	42	30	7	1	0	2	109	72

(F) Frecuencia

Se refiere al total de personas que denunciaron algún tipo de violencia, una persona pudo padecer varios tipos de violencia, por ello la suma no corresponde con el número total de tipo de denuncia (psicológica, física, sexual, académico-laboral, identidad de género u orientación sexual).

Elaboración propia con datos de la encuesta "Residencias médicas libres de violencia"

Fuente: Encuesta 'Residencias médicas libres de violencia'. Elaboración propia.

Tabla 1. Residentes que denuncian distintos tipos de violencia por sexo, año de residencia y especialidad .

En general, las mujeres reportaron experimentar con mayor frecuencia todos los tipos de violencia, pero el dato más significativo fue en situaciones de abuso sexual 76.1% comparada con el 21.9% reportada por los hombres (p= 0.001). Las especialidades con más denuncias fueron Medicina Interna y Cirugía, principalmente sucedió en los primeros dos años. Se decidió no reportar la violencia por identidad de género (38 casos) u orientación sexual (10 casos)

debido al escaso número de reportes realizados y a que un reporte podía contener varios tipos de violencia.

En la Figura 1, se observa que el tipo de violencia más frecuente es la psicológica y sucede en áreas comunes, de procedimientos y de atención. Los momentos en los cuales se manifestó la violencia fueron durante la guardia, en la entrega de guardia y en el pase de visita.

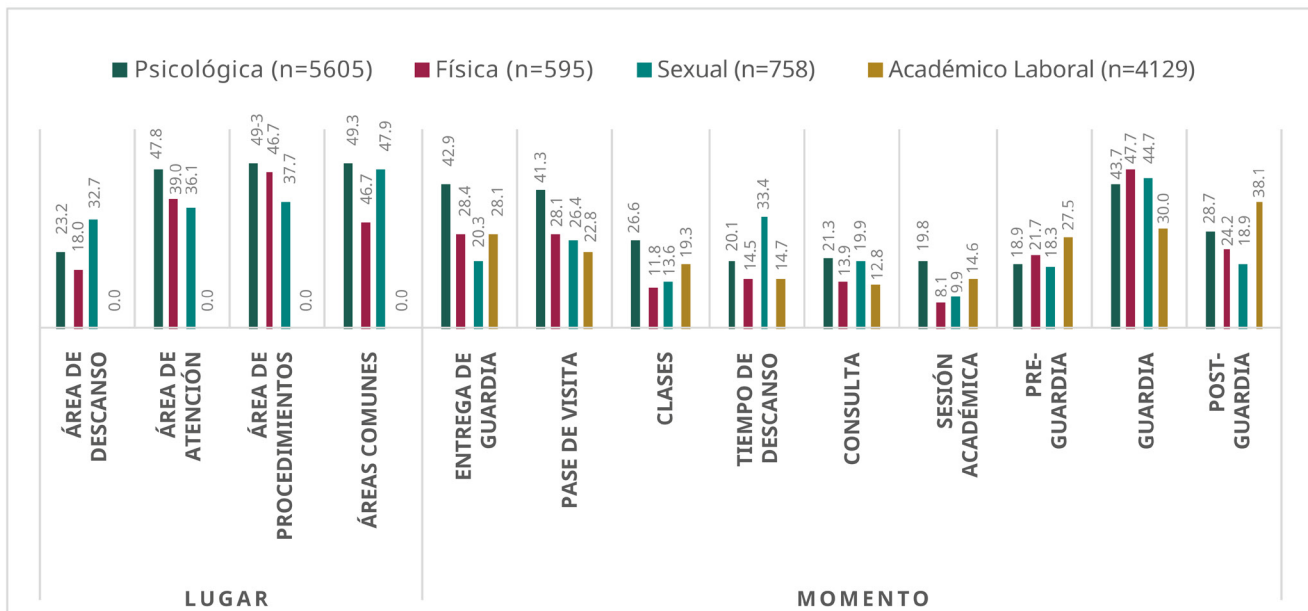
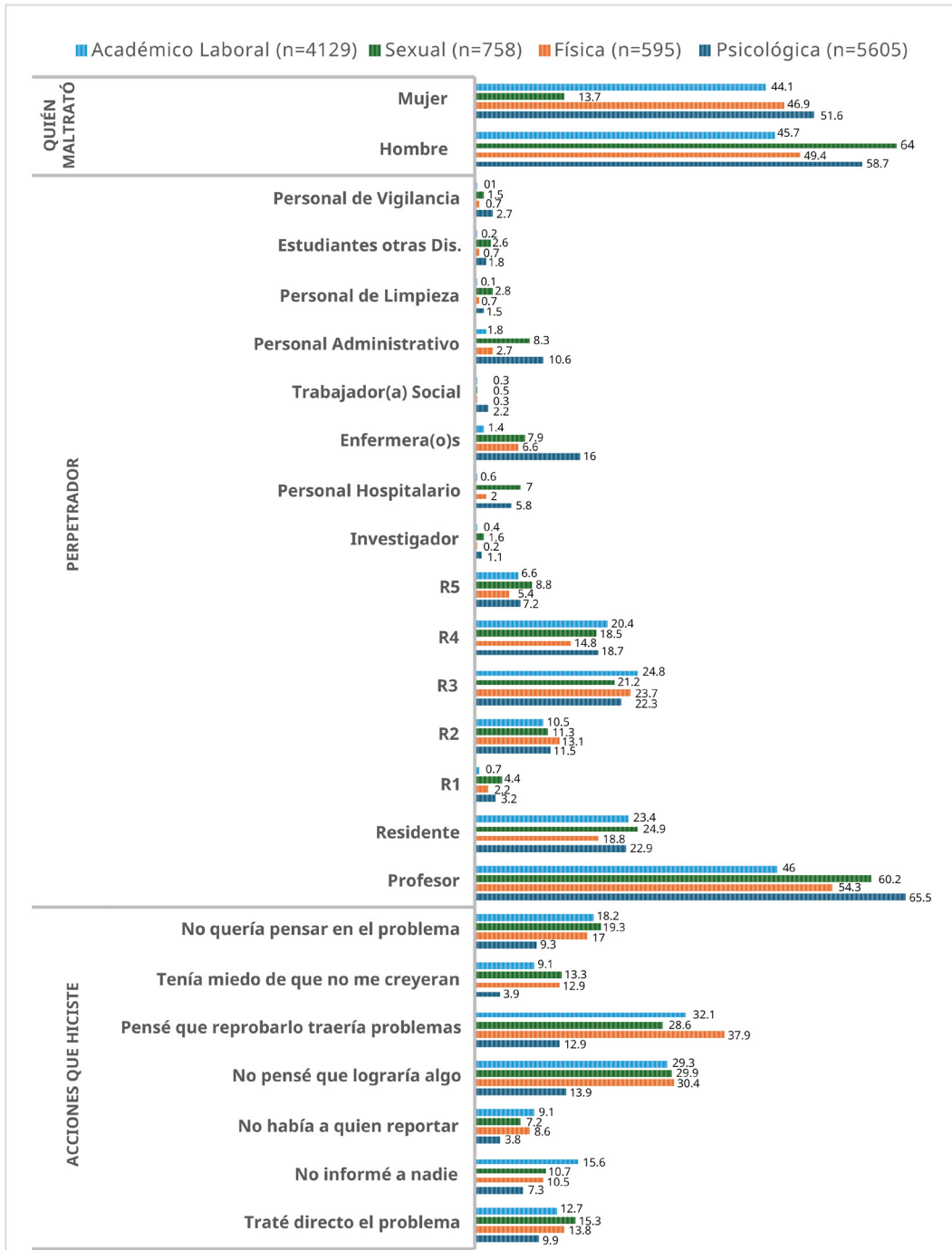


Figura 1. Lugar y momento de la violencia, por tipo (Psicológica, física, sexual, académico laboral).

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta "Residencias médicas libres de violencia"

Ante la experiencia de violencia las cifras muestran que no existen vías claras para denunciarla, pero sobre todo las y los residentes refirieron percibir que la denuncia carecía de efecto y podía causarles más problemas como las represalias. Las y los principales perpetradores o perpetradoras, generadores o

generadoras de violencia fueron profesoras o profesores y residentes mayores. En cuanto al sexo, los hombres ejercieron la violencia más que las mujeres, aunque las diferencias porcentuales no son muy distantes como se observa en la *Figura 2*.

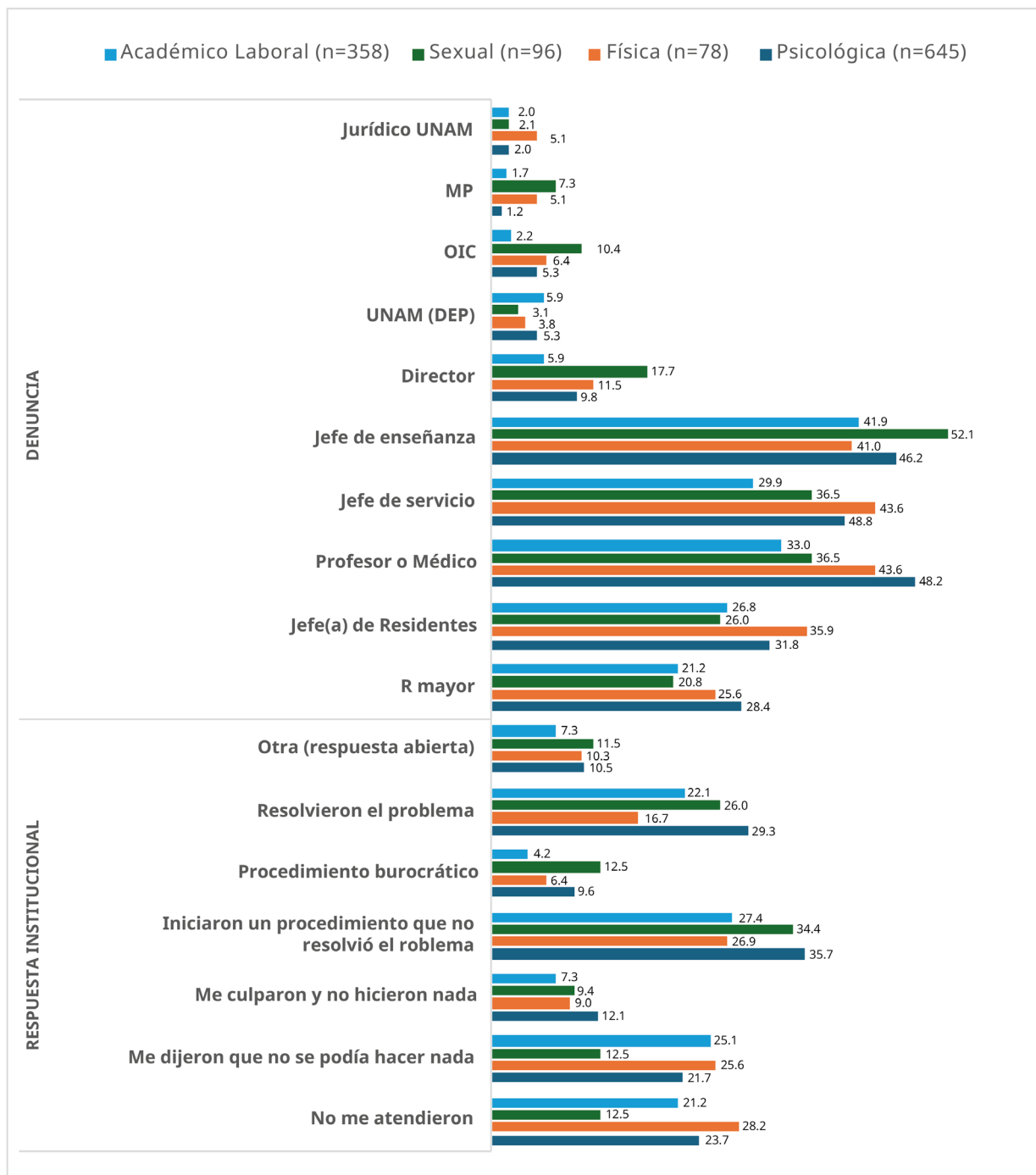


**Figura 2.** Sexo, perpetrador y acción realizada ante el acto violento por tipo (psicológica, física, sexual y académico laboral)

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta "Residencias médicas libres de violencia"

Respecto a la respuesta institucional ante la denuncia, en la *Figura 3* destaca que la cifra más alta se refiere a la violencia psicológica ante la cual iniciaron un procedimiento, pero no se resolvió el problema. Las autoridades mayormente

mencionadas que recibieron reportes de violencia en orden descendente fueron el o la profesora o profesor titular o adjunto o adjunta, la o el jefe o jefa de enseñanza, la o el jefe o jefa de servicio y la o el jefe o jefa de residentes.



**Figura 3.** Denuncia y respuesta institucional del reporte o queja realizada por tipo (psicológica, física, sexual y académico laboral)

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta "Residencias médicas libres de violencia"

En el modelo multivariado de denuncia que se muestra en la *Tabla 2*, se encontraron como variables asociadas el ser mujer, trabajar en un hospital con menos de 100 residentes y que el o la perpetradora o

perpetrador sea hombre o mujer, aunque la variable que más se asoció es que el o la perpetradora o perpetrador fuera hombre o mujer.

	N*	Denunciar la violencia OR (Ajustado)	IC* (95%)
<b>Identidad de género</b>			
Hombre	6190	1	
Mujer	6253	<b>1.658</b>	<b>(1.424-1.930)</b>
LGBTI+	150	1.121	(0.549-2.291)
<b>Especialidad</b>			
Medicina Interna	4531	1.136	(0.834-1.548)
Cirugía	3932	1.060	(0.776-1.448)
Ginecología	1106	0.859	(0.591-1.249)
Pediatría	2026	1.361	(0.980-1.889)
No-Clínicas	998	1	
<b>Residentes por hospital</b>			
1-100	3343	<b>1.288</b>	<b>(1.049-1.580)</b>
101-200	3253	1.113	(0.895-1.384)
201-500	3126	1.005	(0.806-1.253)
501-850	2871	1	
<b>Perpetrador</b>			
Hombre	4195	<b>3.813</b>	<b>(3.224-4.510)</b>
Mujer	3716	<b>3.646</b>	<b>(3.097-4.292)</b>

**Tabla 2.** Análisis multivariado de regresión logística por denuncia de cualquier tipo de violencia. México, 2022

\* Se muestran en negritas las variables con p-valor < 0.05. Abreviaturas: N = número de participantes; OR = odds ratio; IC 95% = intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta "Residencias médicas libres de violencia"

Además de la encuesta se realizaron 10 grupos focales (GF) con residentes de segundo año (R2), 5 encuentros con hombres y 5 con mujeres, se consideraron 5 especialidades médicas en 5 hospitales de segundo y tercer nivel de atención en la Ciudad de México. Desde la perspectiva cualitativa enfocada en los sentidos y significados de las experiencias de los residentes de segundo año en diversas sedes y especialidades, el bajo índice de denuncias ante eventos de abuso detectado en la encuesta se explicó por la falta de respuesta de las autoridades institucionales y el miedo a las represalias de las y los perpetradores.

Los entrevistados manifestaron sentirse desamparados tanto por parte de sus compañeros (as) como de la institución, ya que cuando se quejaban de algún trato injusto, sufrían represalias por parte

de las y los residentes de mayor rango, mientras que aquellos responsables del maltrato no enfrentaban ninguna consecuencia por sus acciones.

*"De los R mayores siempre hay represalias, por ejemplo, si los R menores se quejaban o metían algún escrito, no se procedía a nada y pues empezaban las represalias, porque cuando no hay apoyo de la autoridad, pues mayor es la represalia" (R2H, Cir)*

Ejemplo de este fenómeno fue el caso de un hospital federal de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Los y las residentes de segundo año percibían que las autoridades del hospital eran parte del mismo sistema, cuando decidían presentar una queja o un escrito para denunciar algún abuso, la información se filtraba, no había discreción y las

repercusiones eran mayores que las soluciones. Las cartas de denuncia no llegaban a las autoridades y los residentes quedaban expuestos. Así lo expresaron:

*"No solo se informa al agresor, sino a todos los demás que lo respaldan, pasa a ser un chisme...y se llegan a meter escritos contra los que metieron un escrito..." (R2M, GyO)*

*"Para sobrevivir a la residencia tuvimos que abstenernos de meter un escrito hacia una persona en particular..." (R2M, GyO)*

*"Te vuelves el chillón, el mal agradecido, no hay respuesta, te sientes expuesto y vulnerable" (R2M, GyO)*

*"El secreto es ser invisible" (R2M, GyO)*

La falta de respuesta de la institución apela a que el estudiantado resista, pues no hay acciones concretas ni canales claros para la denuncia.

*"La respuesta al final era pues aguanta, no hagas caso. Así es con todos y pues a todos les va a tocar, así que aguanta" (R2M, Med Int)*

*"Siento que algunas personas tomaban los golpes como de broma...Lo peor es que te decían, es que así es eso de ser doctor es parte de cómo es" (R2H, Med Int)*

En los testimonios anteriores se muestra la manera en que se normalizan las expresiones de violencia, y lo que les queda es resignarse, resistir y reproducir el sistema implícitamente avalado por la institución, reforzando la cultura de la impunidad. No todas las residencias médicas son espacios seguros y reglamentados por lo que las denuncias dejan de tener efecto. La desesperanza se expresa en comentarios como estos:

*"No hay solución, no hay nada que hacer" (R2M, GyO)*

*"Sabemos que no podemos hacer un cambio" (R2M, GyO)*

Los R2 de Pediatría reportaron descalificaciones constantes y la percepción de omisión institucional ante los malos tratos, lo manifestaron en testimonios como el que sigue:

*"Hemos recibido muchos términos peyorativos por parte de enseñanza, que somos cochinos, que somos unas personas muy mal educadas, somos revoltosos, cuando realmente no es el caso. Bueno, yo no digo que nuestra generación en general no sea así, pero cuando si pasa algo, no pasa nada,*

*cuando una doctora te saca piropos, no pasa nada". (R2M, Ped)*

Las autoridades utilizan la humillación y censuran las quejas del estudiantado revictimizándolos lo que deviene en la impunidad ante los actos de abuso. Se requiere revisar con detenimiento las actitudes autoritarias que pudieran representar procesos de revictimización, y a partir de la reflexión, tomar acuerdos para evitar estas expresiones de violencia.

De manera diferenciada, en ciertos nosocomios existen pocos e ineficientes espacios de apoyo o denuncia ante las problemáticas vividas durante la residencia. Los canales para denunciar problemas son escasos y se limitan a hablar con el o la jefe (a) de enseñanza,<sup>c</sup> con quien, la mayoría de las veces, hay poca confianza. Por su parte, el servicio de apoyo psicológico, si lo hay, es poco conocido entre las y los residentes, y aquellos que han recurrido a él reciben respuestas poco efectivas.

*"...solo nos dieron la plática de acoso al inicio y el jefe de enseñanza nos dijo que le podíamos decir directamente a él, pero es lo único que nos han dicho, pueden acercarse o denunciar." (R2M, Oftalmo)*

*"... vine aquí a psicología y me dieron horario cuando daba consulta, solo de 8-9 am y ya nunca más me atendieron" (R2H, Oftalmo)*

Un hallazgo de abuso en el hospital de Oftalmología se relacionó con expresiones xenófobas. La discriminación hacia residentes de otras nacionalidades se expresó en testimonios como el siguiente en el que resaltó también la ausencia de intervención de las instancias institucionales.

C. El o la jefe(a) de enseñanza es la autoridad responsable de los procesos de formación de recursos humanos para la salud en las unidades médicas. Deben tener formación médica, haber efectuado estudios de especialidad médica y contar con experiencia docente. Sus funciones con respecto a las residencias médicas según la NOM-001-SSA-2023 son: mantener relaciones funcionales con las instituciones de educación superior que avalan las especialidades médicas, coordinar la elaboración de programas operativos y supervisar el cumplimiento de los programas académicos, facilitar la utilización de los recursos existentes para las actividades educativas, designar a la planta docente en conjunción con las universidades, promover la educación continua y la capacitación del profesorado, resguardar y actualizar los expedientes de las y los médicos residentes y coordinar la operación de un órgano colegiado responsable de los procesos de enseñanza de las especialidades que se imparten en la sede.

*“...en donde se ha notado más, y me da mucho coraje, es en diferentes nacionalidades... ha habido doctores que han venido de Sudamérica y la pasan mal. Vinieron unos residentes de Perú, rotantes y la verdad es que no es tan fácil que se integren los extranjeros, somos bastantes cerrados y si a todos los estamos viendo con una lupa, a ellos los vemos al doble, cualquier mínimo error que cometan, se hacen burlas” (R2H, Oftalmo).*

Otro problema detectado se relacionó con la compartimentación de los turnos laborales y la escasa comunicación entre los médicos que fungen como profesores o tutores de las y los residentes, lo que favorecía e invisibilizaba la violencia.

*“Siento que para los adscritos es difícil mantener todo bajo control, ya que están por turno, lo que ve uno en un turno, no lo ve el siguiente, y así, es decir, en la mañana pueden ver ciertas actitudes, y los de la tarde notan otras, y no se reúnen entre adscritos” (R2M, Cir).*

*“Tuvimos problemas con algunos servicios, ya sea de organización, de trabajo y, la resolución que ellos tuvieron (Enseñanza) fue no dejarnos ir a un congreso que organizaron aquí”. (R2, Ped).*

La cultura organizacional y la coordinación entre servicios puede provocar interacciones conflictivas ante las cuales las respuestas institucionales son restrictivas y llegan a afectar el desarrollo académico de las y los residentes. Tanto los datos cuantitativos como los cualitativos coinciden en explicar el fenómeno de la baja frecuencia de las denuncias de violencia en las residencias médicas por la falta de respuesta institucional, la impunidad y las represalias. La comunicación vertical y jerarquizada abona a la asimetría en las relaciones de poder y reproduce la inequidad en los ambientes clínicos de aprendizaje.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los objetivos del estudio, que buscan reflexionar acerca de la escasa denuncia de la violencia en las residencias médicas en las instituciones de salud, se ofrecen datos interesantes con perspectiva cuantitativa para dimensionar el problema, así como cualitativa para profundizar en la comprensión del fenómeno. A continuación, se discuten los hallazgos de la investigación y se comentan a la luz de la literatura sobre el tema.

El primer resultado relevante se refiere al bajo índice de denuncia, casi todos los encuestados (94%) reportaron haber sufrido alguna expresión de violencia, abuso o maltrato de cualquier tipo, pero sólo el 10.3% lo denunció formalmente ante las autoridades, principalmente ante la o el jefe o jefa de enseñanza (45.3%) el o la profesora o profesor titular del curso (40.1%). Estos datos coinciden con algunos estudios de la literatura internacional que indican que la mayoría del estudiantado de medicina no toma acciones ante las agresiones y que en general no denuncia a sus perpetradoras o perpetradores por las posibles represalias.<sup>33</sup> Los tipos más habituales de violencia en los datos obtenidos fueron la psicológica con 44.4% y la académico-laboral con 32.7%, la sexual representó el 6% y la física el 4.7%. Sin embargo, las más denunciadas fueron la física (13.9%) y la sexual (13.7%) pues implican procesos judiciales.

Según los datos estadísticos obtenidos en la encuesta las y los residentes que sufrieron violencia no denunciaron porque consideraron que no lograrían algo (25.9%), o porque les traía más problemas (27.9%), o porque preferían tratar el asunto directamente (12.8%). También destacó el hecho de que el 54.5% de las o los perpetradores eran hombres,<sup>34-36</sup> con cierto grado de autoridad como médicos adscritos, profesores o residentes de mayor rango. Quienes sufrieron alguna situación de abuso con mayor frecuencia fueron las y los residentes de los primeros años,<sup>37</sup> y las mujeres, como se muestra en la *Tabla 1*, éstas últimas fueron quienes más denunciaron (66%).

En la *Figura 1* se presentan los lugares y los momentos en que sucedieron con mayor frecuencia las expresiones de violencia como en las áreas comunes (42.8%) y de procedimientos (32%) o durante las guardias (41.5%), así como en el pase de visita (30%). En estos últimos dos momentos las jerarquías entre profesores y residentes, y entre residentes de diferentes rangos se remarcan profundizando las asimetrías, las inequidades y las relaciones de poder.<sup>38</sup> Las especialidades que reportaron cifras con mayor índice de expresiones de violencia, también por ser las más numerosas, fueron Medicina Interna (7.05%),<sup>39</sup> y Cirugía (7.7%).<sup>40</sup> Las expresiones de violencia, como se muestra en la *Tabla 1*, fueron más frecuentes en sedes donde hubo entre 1 y 100 residentes (6.4%), en contraste con aquellas que tenían entre 101 y 200 (5.5%), entre 201 y 500 (5.3%) y 501 hasta 820 (4.72%).

Al contrastar estos datos con los testimonios obtenidos en los grupos focales, es claro que la baja denuncia se debe a la omisión en la respuesta de las autoridades y la falta de seguimiento sistemático y abierto de las denuncias. Así, cuando las y los residentes presentan alguna queja ya sea verbal o escrita, carece de efecto y crean tensiones que resultan contraproducentes.<sup>41</sup> Las residentes de segundo año de GyO lo expresaron en el siguiente enunciado *"Para sobrevivir en la residencia nos tuvimos que abstener de meter un escrito hacia una persona en particular"*. También, refirieron tener miedo a las represalias de las y los perpetradores, los R2 de Cirugía mencionaron que *"si los R menores se quejan, empiezan las represalias"*.

La denuncia es vista además como una afrenta a la vocación, como falta de carácter y forma parte de los ritos de iniciación, como una prueba para endurecer a las y los residentes.<sup>8</sup> Castro y Villanueva,<sup>41</sup> explican que el campo médico descansa en estructuras jerárquicas donde se entrena a las y los médicos a *"ver, vivir y evaluar las formas de violencia como naturales, inevitables, necesarias y, cuando uno es la víctima, como "el precio que hay que pagar" para formar parte del campo"*. En el testimonio del R2H de Medicina Interna la normalización de la violencia se hizo evidente *"Siento que algunas personas tomaban los golpes como de broma...Lo peor es que te decían, es que así es ser doctor es parte de cómo es"*.

La falta de canales claros y la ausencia de programas de atención a la violencia también abona a la inadvertencia. La figura de la o el jefe o jefa de enseñanza en la contención de la violencia ha revelado ser limitada para acotar el problema.<sup>26</sup> Caracterizar si la violencia es producto de la formación académica o del trabajo clínico es casi imposible considerando que las y los médicos se forman en la atención de pacientes. No obstante, tal como está estructurada la normativa de la atención se ve entrampada en las competencias de acción de las instituciones de salud y universitarias que intervienen, lo que se agudiza por la falta de supervisión del Estado para que las sedes tengan un andamiaje legal que opere y sea eficaz.

Esta omisión en la respuesta y la venganza de los denunciados crean ambientes de impunidad como parte de la cultura organizacional,<sup>42</sup> en la cual las y los residentes se sienten desamparados y sin defensa, lo que los lleva a la desesperanza y a tratar de protegerse entre pares como se muestra en sus testimonios. La frase *"el secreto es ser invisible"* es

representativa de la actitud que asumen las y los residentes en las relaciones interpersonales en la clínica, lo que genera obstáculos en su desarrollo formativo. El concepto de violencia simbólica,<sup>D</sup> propuesto por Bourdieu,<sup>43</sup> ha sido clave para comprender la manera en que muchos residentes de medicina han sido entrenados para soportar y entender al maltrato como una forma de enseñanza legítima,<sup>42</sup> situación que incide en el reducido número de denuncias que se encontraron en los resultados.

La trama que sustenta la omisión de atención a las quejas se basa en que la organización de la Salud en México responde menos a la protección del estudiantado y más a la necesidad de cubrir los requerimientos del sistema de salud a través de la fuerza de trabajo que brinda el personal en Formación. Esto se reflejó en el testimonio de un R2 de Oftalmología quien refirió *"Creo que todo maestro tiene que saber, que después de 20 pacientes ya no tienes paciencia, si, no es que uno no lo quiera, simplemente es que debes de sacar la chamba, pues si no eres así no puedes continuar, a mi si me pesó mucho eso en el R1, como perder esa sensibilidad como médico, y pues tenía que hacerlo porque si no, no salía del trabajo"*. En este tipo de situaciones se deja entrever la omisión de la jefatura de enseñanza, y de los profesores, así como de las instituciones de salud y universitarias. Lo que está en juego es la ponderación del derecho a la educación (que implica realizarla sin ser objeto de violencia y en condiciones de dignidad humana) frente al derecho a la salud de la población en general.<sup>44</sup>

Según Stone et.al.<sup>37</sup> en los entornos clínicos, es común encontrar el uso de la vergüenza como estrategia de aprendizaje, en el que se apela a la humillación como una forma de enseñanza, por ejemplo, la exhibición de errores ante la clase o con los pacientes. Estudios como el de Chung et.al.<sup>38</sup> han revelado que la exposición de la ignorancia del residente o de los errores como método de enseñanza, se asocian con una menor probabilidades de que las y los residentes denuncien este tipo de maltrato, sobre todo en los primeros años.

D. La violencia simbólica no se vale de la fuerza física, sino de la imposición de autoridad y poder. Se trata de una forma de violencia que se manifiesta de manera sutil e imperceptible, por lo que es aceptada y permitida.

Como explican Wetterneck, et. al.<sup>39</sup> La carga laboral, la complejidad de las patologías médicas y psicosociales, así como la precisión requerida en los procedimientos que atienden también pueden favorecer el estrés y el maltrato, y la alternativa es aguantar, someterse. El siguiente testimonio refleja esta situación *"La respuesta [de las autoridades ante las expresiones de violencia] era aguantar, no les hagamos caso. Así es con todos y pues a todos les va a tocar, así que aguantar"* (R2H, Med Int). Con la frase *"a todos les va a tocar"* se alude a la reproducción de la violencia desde distintas posiciones, todos son víctimas, pero también llegarán a ser perpetradoras o perpetradores, así se preserva el círculo de violencia característico de algunos ambientes clínicos.

La conciencia de que el período formativo es temporal influye en que las y los residentes soporten maltratos, abusos y agresiones constantes sin desistir. La obtención del título como especialista es un aliciente que los mantiene activos en los cursos de especialización. Por ejemplo, las residentes de segundo año del hospital de GyO se expresaron así *"Aguantas porque quieres ser especialista, pero ni en mi casa me gritan así"* o *"Me quedo aquí por orgullo, porque no quiero fracasar"*, otra dijo *"Vamos contando día por día a que acabe la residencia"*. Como se ha reportado en la literatura,<sup>8,38,41</sup> los maltratos se incorporan como parte del proceso formativo y se normalizan las humillaciones haciéndolos sentir vulnerables, inseguros y expuestos.

Respecto al interés de prevenir y resolver la violencia no parece haber intención clara de las instituciones para atender el problema. Como refieren Mingo y Moreno,<sup>26</sup> la ignorancia cultivada permite invisibilizar la violencia para mantener el estatus quo de los privilegiados. Este argumento puede explicar la falta de acción sistemática de las autoridades para la atención de la violencia en las residencias médicas ya sea porque, como se ha evidenciado, se minimiza, se justifica como un estilo de enseñanza, se promueve por medio de las represalias de las y los propios compañeras o

compañeros, profesores o profesoras, o a través de mecanismos deficientes de las organizaciones que se convierten en puertas giratorias.<sup>45</sup>

## CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio mixto, tanto en la parte cuantitativa como cualitativa, muestran que la falta de denuncia se explica por la presencia de culturas organizacionales de impunidad en contextos clínicos, así como en las relaciones interpersonales marcadas por las jerarquías hospitalarias en lo asistencial y en lo educativo. La violencia y las situaciones de abuso y agresión se asumen como componentes intrínsecos en las actividades de enseñanza y los procedimientos de atención en los que participan las y los residentes. A ellos no les queda más que aguantar ante la omisión de las autoridades. El andamiaje institucional propicia las restricciones en la atención de los casos, lo que lleva a las y los residentes a desarrollar resistencias personales y colectivas no oficiales para sobrellevar este tramo de su formación como especialistas.

Respecto a las alternativas de solución a esta problemática es necesario modificar la enseñanza basada en la vergüenza, mejorar las vías de denuncia y la implementación de consecuencias para socavar la cultura de la impunidad. Habría que construir una política que no sólo tenga como meta la sanción punitiva y construir medidas alternativas de solución comunitaria que incidan en la cultura del abuso, no sólo en las víctimas directas y las y los agresores, sino en los testigos de estos actos que también se forman en un ambiente hostil. A la par, no hay medidas suficientes para la solución de la violencia si no hay voluntad para minar estas expresiones, y esto implica el reconocimiento y acción directa de las autoridades de las diferentes instituciones que intervienen en la educación médica. Por lo anterior se propone mejorar los canales de comunicación entre las y los residentes de distintas jerarquías, con las y los médicos adscritos que fungan o no como profesores y con las autoridades educativas dentro y fuera de la sede para establecer estrategias de mediación de conflictos que conlleven a solucionar de manera equitativa los problemas que se suscitan en las interacciones entre los involucrados.

## REFERENCIAS

- Valadez I, González N. Violencia escolar: maltrato entre iguales en dos niveles educativos. *Revista Investigación en Salud*. 2007; 9(3):184-189
- Velázquez LM. Experiencias estudiantiles con la violencia en la escuela. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 2005;10(26):739-754
- Moscarello R, Margittai KJ, Rossi M. Differences in abuse reported by female and male Canadian medical students. *CAMJ* 1994;150,257-263
- Kassebaum DG, Cutler ER. On the culture of student abuse in medical school. *Acad. Med*. 1998; 73: 1149-1158
- Frank E, Carrera JS, Stratton T, Bickel J, Nora LM. Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: Longitudinal survey. *BMJ* 2006; 333: 682
- Hamui-Sutton L, Sánchez-Guzmán MA, Paulo-Maya A, Ramírez-Velázquez J, Lemus-Alcántara S, Loza-Taylor T, et al. Interacciones en la Clínica: Más Allá Del Cerebro; Facultad de Medicina UNAM. Ciudad de México, México, 2022 <https://libros.facmed.unam.mx/index.php/2022/08/04/interacciones-y-narrativas-en-la-clinica-mas-alla-del-cerebro/>
- Peckston DC, Urwin R, McMullan R, Westbrook J. Student and clinician perceptions of medical student mistreatment: A cross-sectional vignette survey. *BMJ* 2022; 12: e061253
- Stone L, Phillips C, Douglas KA. Sexual assault and harassment of doctors, by doctors: A qualitative study. *Med. Educ*. 2019; 53: 833-843
- Montes-Villaseñor E, García-González J, Blánquez-Morales MSL, De San Jorge-Cárdenas XMC. Exposición a la violencia durante la formación profesional de los médicos residentes. *Cienc. Univ. Autónoma Tamaulipas* 2018; 12:54-66
- Salehi PP, Jacobs D, Suhail-Sindhu T, Judson BL, Azzizadeh B, Lee YH. Consequences of Medical Hierarchy on Medical Students, Residents, and Medical Education in Otolaryngology. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2020; 163: 906-914
- Anicich EM, Swaab RI, Galinsky AD. Hierarchical cultural values predict success and mortality in high-stakes teams. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 2015; 12:1338-1343
- Ronay R, Greenaway K, Anicich EM, Galinsky AD. The path to glory is paved with hierarchy: When hierarchical differentiation increases group effectiveness. *Psychol. Sci*. 2012; 23: 669-677
- Silver HK. Medical students and medical school. *JAMA*. 1982; 247(3): 309-10
- Colenbrander L, Causer L, Haire B. 'If you can't make it, you're not tough enough to do medicine': a qualitative study of Sydney-based medical students' experiences of bullying and harassment in clinical settings. *BMC Med Educ*. 2020; 20(1): 86
- Mejía N, Suárez DE. Estrategias para promover un ambiente académico respetuoso en el ámbito clínico. *Ars Medica Rev. De Cienc. Médicas* 2021; 46:51-59
- Lind KT, Osborne CM, Badesch B, Blood A, Lowenstein SR. Ending student mistreatment: early successes and continuing challenges. *Med Educ Online*. 2020; 25(1):1690846
- Siller H, Tauber G, Komlenac N, Hochleitner M. Gender differences and similarities in medical students' experiences of mistreatment by various groups of perpetrators. *BMC Med Educ*. 2017; 17(1): 134
- Barbanti PCM, Oliveira SRL, de Medeiros AE, Bitencourt MR, Victorino SVZ, Bitencourt MR, et al. Prevalence and Impact of Academic Violence in Medical Education. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(18):11519
- Derive S, Casas M, Obrador GT, Villa AR, Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Inv Ed Med*. 2018;7(26):35-44
- Ortiz-León S, Jaimes-Medrano AL, Tafuya-Ramos SA, Mujica-Amaya ML, Olmedo-Canchola VH, Carrasco-Rojas JA. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir*. 2014; 82(3):290-301
- Hernández CA, Jiménez M, Guadarrama E. La percepción del hostigamiento y acoso sexual en mujeres estudiantes en dos instituciones de educación superior. *Rev Educ Sup*. 2015; 44(176):63-82

22. Montes-Villaseñor E, García-González J, Blázquez-Morales MSL, Cruz-Juárez A, De-San-Jorge-Cárdenas XMDC. Exposure to violence during the vocational training of resident physicians. *CienciaUAT*. 2018;12(2):54-66
23. Castro PR, Villanueva LM. El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu. *Sociológica*. 2019;34(97):73-113
24. Castro R. Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colect*. 2014;10(3):339-51
25. Scott KM, Caldwell PH, Barnes EH, Barrett J "Teaching by humiliation" and mistreatment of medical students in clinical rotations: a pilot study. *Med J Aust*. 2015;203(4):185e.1-6
26. Mingo A, Moreno H. El ocioso intento de tapar el sol con un dedo: violencia de género en la universidad. *Perfiles educativos*. 2015;37(148):138-155
27. Fricker M. Injusticia epistémica. Herder. Barcelona, España, 2017
28. Ley Federal del Trabajo, vigente 1º de abril de 1970, Diario Oficial de la Federación, [consultado 21 Julio 2025]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
29. Norma Oficial Mexicana de Educación en Salud NOM-001-SSA-2023. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica vigente se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 19 de marzo de 2024. [consultado 21 Julio 2025]. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5720561&fecha=19/03/2024#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5720561&fecha=19/03/2024#gsc.tab=0)
30. Hamui-Sutton A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*. 2013; 2(8):211-216
31. Ventura-León J. L, Caycho-Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2017;15(1):625-627
32. LaDonna K A, Artino A R, Balmer DF. Beyond the Guise of Saturation: Rigor and Qualitative Interview Data. *Journal Of Graduate Medical Education*. 2021; 13(5):607-611
33. Rees CE, Monrouxe LV. "A morning since eight of just pure grill": a multischool qualitative study of student abuse. *Acad Med*. 2011; 86(11):1374-82
34. Webb FE, Gibbons K, El-Ahwany NL. Tackling sexist inequality in medical school. *BMJ*. 2021; 374:2302
35. Lüthi E, Pichonnaz L, Schwarz J, Morier-Genoud P, Dayer C, Rrustemi I, et al. Preventing sexism and sexual harassment in medical schools by using Theater of the Oppressed as an interactive and reflexive tool. *BMC Res Notes*. 2022; 15(1):192
36. Ibrahim D, Riley R. Female Medical Students' Experiences of Sexism during Clinical Placements: A Qualitative Study. *Healthcare (Basel)*. 2023; 11(7):1002
37. Stone JP, Charette JH, McPhalen DF, Temple-Oberle C. Under the knife: medical student perceptions of intimidation and mistreatment. *J Sur Educ*. 2015; 72(4):749-753
38. Chung MP, Thang CK, Vermillion M, Fried JM, Uijtdehaage S. Exploring medical students' barriers to reporting mistreatment during clerkships: a qualitative study. *Med Edu Online*. 2018; 23:1, 1478170
39. Wetterneck TB, Linzer M, McMurray JE, Douglas J, Schwartz MD, Bigby J, et al. Society of General Internal Medicine Career Satisfaction Study Group. Worklife and satisfaction of general internists. *Arch Intern Med*. 2002; 162(6):649-656
40. Zhang LM, Ellis RJ, Ma M, et al. Prevalence, Types, and Sources of Bullying Reported by US General Surgery Residents in 2019. *JAMA*. 2020; 323(20):2093-2095
41. Castro R, Villanueva M. Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estudios Sociológicos*. 2018; 36(108):539-569
42. Hamui-Sutton L, Paz-Rodríguez F, Sánchez-Guzmán A, Vives-Varela T, Corona T. Violence and Clinical Learning Environments in Medical Residencies. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 13, 20(18):6754
43. Peña-Collazos W. La violencia simbólica como reproducción biopolítica del poder. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2009; 9(2):62-75

44. Zamora JDCJ, Martínez FDV. Regulación de las residencias médicas en México y derechos humanos. *Enfoques Jurídicos*. 2021; (04):84-99
45. Varela GH. Las universidades frente a la violencia de género. El alcance limitado de los mecanismos formales. *Rev Mex Cienc Polit Soc*. 2020; 65(238):49-80

Copyright © 2025 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
Todos los derechos reservados

Hamui-Sutton L. ORCID: 0000-0002-3190-4470  
Sánchez-Guzmán MA. ORCID: 0000-0001-6625-8010  
Vives-Varela T. ORCID: 0000-0002-1833-3976  
Paz-Rodríguez F. ORCID: 0000-0003-4424-7067

---

**Conflicto de intereses:**

*Los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo.*

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.