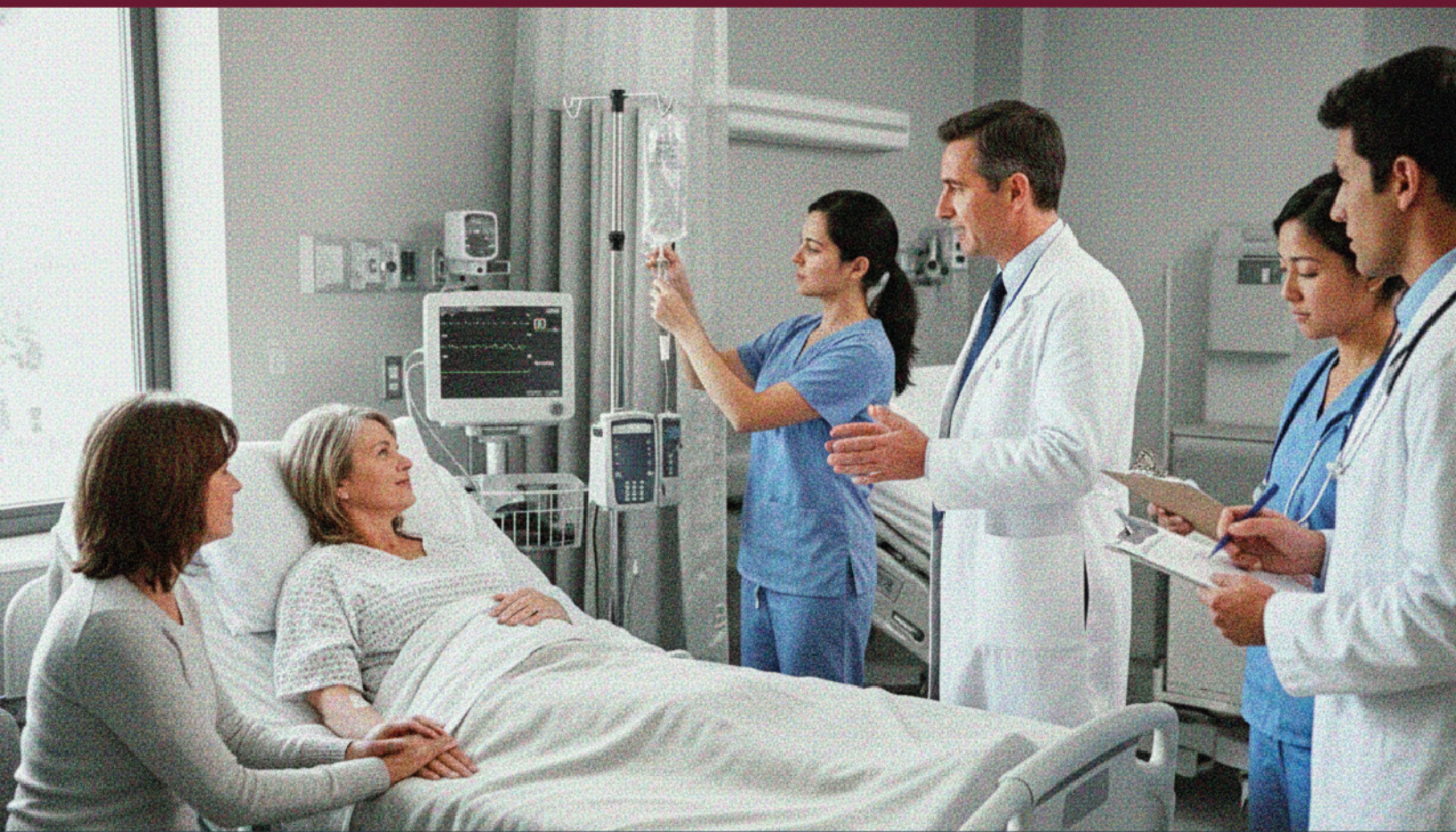


REVISTA CONAMED

Órgano oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

Volumen: 30 | Número: 4 | Octubre - Diciembre 2025 | ISSN: 2007 - 932X



Desafíos formativos, éticos y legales de la práctica médica: hacia entornos clínicos seguros e incluyentes

Artículo Original

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

Editorial

Formación, no sufrimiento: transformar la residencia médica desde la acción



Salud
Secretaría de Salud



CONAMED
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

REVISTA CONAMED

Directorio

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz
Secretario de Salud

Dirección Editorial

Directora Editorial
Dra. Odet Sarabia González
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Presidente del Comité Editorial
Dr. Emilio José García Mayo
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Editora en Jefe
Dra. Gabriela Yanet Cortés Moreno
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Coordinadora Editorial
Mtra. Irma Kristel Rosas Díaz
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Asistente Editorial
Lcda. Martha Patricia Hernández Mex
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

REVISTA CONAMED

Editores Asociados

Dr. Patricio Javier Santillán Doherty
Comisión Nacional de Bioética

Dra. Armida Zúñiga Estrada
Comisión Federal para la Protección
contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)

Dra. Martha Margarita Zapata Tarrés
Secretaría de Salud

Dr. Luis Armando González Placencia
Asociación Nacional de Universidades e Instituciones
de Educación Superior (ANUIES)

Dr. José Moya Medina
Organización Panamericana de la Salud /
Organización Mundial de la Salud

Dr. José Joaquín Mira Solves
Departamento Psicología de la Salud,
Calité Investigación

Dra. Yisel Pinillos Patiño
Universidad Simón Bolívar, Colombia

Dr. Rodolfo Cano Jiménez
Miembro del Consejo Consultivo del Colegio de
Medicina Interna de México como Ex Presidente

Editores de Sección

Dra. Liliana Hernández Mendoza
Subcomisión Jurídica
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Emilio José García Mayo
Dirección General de Conciliación
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Pablo Moreno Sánchez
Dirección General de Orientación y Gestión
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dra. Martha Arellano González
Dirección General de Arbitraje
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dra. Aramara Yasmin Aco Flores
Dirección General de Arbitraje
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Ricardo Landa Reyes
Dirección General de Arbitraje
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Luis Daniel Olvera Martínez
Dirección General de Conciliación
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Lcdo. Jesús Olivares Villa
Dirección General de Arbitraje
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dra. Tania Janeth González Salinas
Dirección General de Orientación y Gestión
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Eduardo García Muñoz
Dirección General de Conciliación
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Comité Científico - Editorial

Dr. Juan Gabriel Rosales Barrera

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Dr. Sergio Ponce de León Rosales

Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán

Dr. Francisco Camilo de la Fuente Sandoval

Instituto Nacional de Neurología
Manuel Velasco Suárez

Dra. Dewi Sharon Hernández Montoya

Instituto Nacional de Pediatría

Dr. Osvaldo Miranda Araujo

Instituto Nacional de Perinatología

Dr. José Nicolás Iván Martínez López

Instituto Nacional de Psiquiatría

Mtra. Claudia Solórzano Herrera

Instituto Nacional de Medicina Genómica

Dra. Natalia Sánchez Garrido

Instituto Nacional de Geriátría

Dra. Jennifer Hincapié Sánchez

Programa Universitario de Bioética
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Sergio López Moreno

División de Ciencias Biológicas y de la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana

Dr. Leonardo Limón Camacho

Petróleos Mexicanos PEMEX

Dr. César Humberto Botello Ortiz

Instituto de Seguridad Social del
Estado de México y Municipios

Dra. Laura Cortés Sanabria

Dirección General de Calidad y Educación en Salud,
Secretaría de Salud

Mtra. Sandra Guadalupe Moya Sánchez

Dirección de Enfermería, Dirección General
de Calidad y Educación en Salud

Dra. Maritza Ramos Ramírez

Instituto Nacional de Cancerología

Dr. Joaquin Alejandro Zúñiga Ramos

Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias
Ismael Cosío Villegas (INER)

Dra. Rosana Pelayo Camacho

Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

Dr. Jesús Reyna Figueroa

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado ISSSTE

Dra. Mariana Cárdenas González

Servicio de Salud
IMSS-BIENESTAR

Tte. Nav. SSN, MCN. Ramón Saavedra Bravo

Secretaría de Marina

Dra. Carmen Margarita Hernández Cárdenas

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Ismael Cosío Villegas (INER)

Equipo de Producción, Maquetación, Difusión y Editor de Estilo Ortotipográfico

Dr. Agustín Antonio Herrera Fragoso
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología
del Estado de Puebla

Mtra. Sonia Adriana Tena Becerra
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Mtra. Brenda Magos Acuña
Comisión Nacional de Arbitraje Médico



Indexación y Visibilidad

· Dialnet · Periódica · Biblat · LATINDEX · IMBIOMED · CUIDEN · BVS ·
EBSCO · INEHRM · CODAMEDY · Google Académico

REVISTA CONAMED, Vol. 30, Octubre-Diciembre 2025, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Marina Nacional No. 60, Colonia Tacuba, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, C.P. 11410, en la Ciudad de México. Tel. 52 (55) 5420-7000, www.salud.gob.mx. Editora responsable: Dra. Odet Sarabia González, Comisionada Nacional. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2011-103108524200-102, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Licitud de Título y Contenido No. 15722 otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Permiso SEPOMEX No. PP-DF-025 1098. Diseño editorial Comisión Nacional de Arbitraje Médico e impresión ACRECOM S.A. de C.V., con domicilio en Braga No. 3, Colonia San Andrés Tetepilco, Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09440, Ciudad de México. Consta de un tiraje de 50 ejemplares. Los artículos armados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.



Editorial







172 **Formación, no sufrimiento: transformar la residencia médica desde la acción**

Training, not suffering: transforming medical residency through action
Reyna-Figueroa J, Salyano-Peñuelas YA. / Instituto de Seguridad Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
<https://dx.doi.org/10.35366/121990>

Artículos Originales






174 **¿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 , Sánchez-Guzmán MA , Vives-Varel T , Paz-Rodríguez F. 
/ Académica de la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
<https://dx.doi.org/10.35366/121991>

191 **Discriminación de género en el ámbito laboral de médicas familiares**

Gender discrimination in the workplace among female family physicians
Menchaca-Moreno LB, Hernández-Ordóñez R, Orozco-Torres G, Pacheco-Zavala MP.
/ Centro de Investigación Educativa y Formación Docente; Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato, México.
<https://dx.doi.org/10.35366/121992>

204 **Competencia intercultural en enfermería comunitaria: una etnografía focalizada sobre la articulación con medicina tradicional**

Intercultural competence in community nursing: a focused ethnography on the articulation with traditional medicine
Olivera-Carrasco, H , Santiago-Martínez S , Rico-Montoya NA 
/ Dirección General de Coordinación de Operaciones y Enlace Sectorial, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Secretaría de Salud; Ciudad de México, México.
<https://dx.doi.org/10.35366/121993>

Reporte de Caso




218 **De la cuasifalla al evento centinela: análisis conciliatorio de un caso de caída postoperatoria en una persona adulta mayor**

From near-miss to sentinel event: a conciliatory analysis of a case of postoperative fall in an older adult
Olvera-Martínez LD / Dirección de Conciliación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Ciudad de México.
<https://dx.doi.org/10.35366/121994>

Artículos de Revisión



224 **El consentimiento informado como eje de prevención y resolución de conflictos médico-paciente**

Informed consent as a pillar for preventing and resolving physician-patient conflicts
Hernández-Mendoza L 
/ Subcomisionada Jurídica, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Ciudad de México.
<https://dx.doi.org/10.35366/121995>

230 **Riesgo inherente y residual como herramientas legales ante complicaciones médicas**

Inherent and residual risk as legal tools in the face of medical complications
Tovar-Velasco JJ. / Investigador, Dirección Médico legal, voces por la dignidad, centro de derechos humanos, Santiago de Querétaro, Querétaro, México.
<https://dx.doi.org/10.35366/121996>

Formación, no sufrimiento: transformar la residencia médica desde la acción

Training, not suffering: transforming medical residency through action

Reyna-Figueroa J^{1*}, Salyano-Peñuelas YA².

1. Jefe de Servicios de Enseñanza e Investigación. Instituto de Seguridad Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

2. Jefa del Departamento de Investigación. Instituto de Seguridad Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En la consulta de diversos medios periodísticos, redes sociales y publicaciones científicas buscando cual es la actualidad en los ambientes académicos saludables en México, se observa la coincidencia en señalar que las instituciones de salud enfrentan retos significativos para garantizar ambientes académicos saludables, pocos analizan el impacto que este problema tiene en la relación médico paciente y en la calidad de la atención médica. En un alto porcentaje, sin embargo, se destaca de manera recurrente la existencia de limitaciones estructurales y una aparente falta de atención a esta problemática.

Algunos argumentos sugieren que, si todo el personal fuera capacitado en derechos humanos, se sancionara de manera inmediata a quienes infringen la normativa y se promoviera una convivencia adecuada, sería posible erradicar la violencia contra los recursos humanos en formación para la salud dentro de las unidades médicas. La realidad demuestra que la capacitación y la persuasión, aunque necesarias, no son suficientes cuando los destinatarios de las acciones muestran resistencia o desinterés, dificultando la construcción de consensos y la implementación de mejoras.

Es sencillo exhortar a la integridad y al cuidado mutuo, en la práctica esto resulta complejo debido a la naturaleza humana, caracterizada por diferencias individuales que pueden obstaculizar los acuerdos. Como señala Malcolm Gladwell en "Fueras de serie", las herencias culturales son fuerzas persistentes que influyen en el comportamiento incluso cuando las condiciones originales han cambiado.¹

Para avanzar hacia ambientes dignos y respetuosos, es fundamental transformar estas herencias culturales, es necesario que el personal docente y directivo asuma la responsabilidad de su rol formativo, comprendiendo que el ejemplo es esencial, y que los médicos residentes de mayor jerarquía prioricen el respeto sobre el ejercicio del poder; la inclusión y el liderazgo firme contribuirán a la formación de generaciones capaces de impulsar el cambio.

En 2025, México cuenta con 47,767 médicos residentes, concentrándose más del 50% de las plazas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Estas instituciones, junto con la Secretaría de la Defensa Nacional (DEFENSA) y la Secretaría de Marina, han sido señaladas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos debido a denuncias por

Autor(a) de

Correspondencia:

Reyna-Figueroa J.
Jefe de Servicios de Enseñanza e Investigación. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
Correo electrónico: jesus.reyna@issste.gob.mx

Citar como:

Reyna-Figueroa J, Salyano-Peñuelas YA. Formación, no sufrimiento: transformar la residencia médica desde la acción. *Rev CONAMED*. 2025;30(4): 172-173.

Fecha de recepción:

11 de noviembre 2025

afectación al bienestar y desarrollo profesional de los residentes, contradictoriamente la participación activa de los médicos residentes en la identificación de áreas de oportunidad y en actividades de capacitación no ha visto un incremento.² Estudios recientes muestran que el 40.32% no concluye los cursos virtuales ofrecidos por las universidades y la participación en encuestas sobre salud mental apenas alcanza el 8%. Las principales causas son la sobrecarga de trabajo, dificultades de acceso a internet y la percepción de que los contenidos no son relevantes para su formación.

Ante este panorama, es indispensable implementar acciones orientadas a mejorar las condiciones académicas y laborales. Entre ellas, destaca la necesidad de establecer mecanismos efectivos de denuncia, que garanticen anonimato, protección y seguimiento, así como la integración de los residentes en comisiones que supervisen el cumplimiento de las acciones propuestas.

Contrario a lo que se piensa, existe una normativa clara que regula la formación médica, como la NOM-001-SSA3-2023,³ que establece lineamientos precisos para el ingreso, permanencia y egreso de los residentes, contemplando sus derechos y obligaciones. Las universidades cuentan con reglamentos y defensorías que definen las consecuencias del cumplimiento o incumplimiento de estas disposiciones. Si bien es necesario actualizar y discutir estos marcos normativos, la aplicación rigurosa de la que está vigente es, por ahora, la mejor alternativa, procurando no revictimizar a quienes han sido afectados por hostigamiento o violencia.

El respeto y la adaptación a la normativa deben ser el punto de partida, sustentados en los pilares de prevención, promoción y fortalecimiento del trabajo académico, junto con la revisión constante de los lineamientos jurídicos, administrativos y académicos.

La participación de las personas médicas residentes en la supervisión de acciones dentro de las unidades médicas, permitiría consensuar problemáticas, vigilar el cumplimiento normativo y dar seguimiento a los acuerdos institucionales. Además, es prioritario capacitar a jefes de enseñanza y profesores en la NOM-001-SSA3-2023, liderazgo, manejo de conflictos, derechos humanos y ética profesional, con el apoyo de instituciones como Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la Secretaría del Buen Gobierno, la Dirección General

de Calidad y Educación en Salud (DGCE), las universidades y Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).

En cualquier entorno, el incumplimiento a la normatividad puede derivar en renuncias, denuncias, pérdida de prestigio de profesores e instituciones y proyectos de vida. Por ello, es fundamental que cada actor asuma su responsabilidad, ponderando la congruencia entre el ser humanista y el ser especialista, entendiendo que ambas cualidades son complementarias y esenciales.

Finalmente, el establecimiento de mecanismos para la incorporación de los residentes a la nómina institucional una vez que son egresados, contribuirán a la retención de talento médico y al fortalecimiento de las instituciones.

REFERENCIAS

1. Gladwell M. Fuera de serie: Por qué unas personas tienen éxito y otras no. Buenos Aires: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara; 2009. Cap. 6, "Harlan, Kentucky"
2. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Pronunciamiento sobre condiciones laborales de médicos residentes en México [Internet]. Ciudad de México: CNDH; 2025 Jul 14 [citado 2025 Nov 9]. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2025-07/PRON_2025_008.pdf
3. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, Para la organización y funcionamiento de las residencias médicas. México: Secretaría de Salud; 2023. Disponible en: <https://cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/docs/NOM-001-SSA-2023.pdf>

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

Conflicto de intereses:

"El y la autora 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.

¿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^{1*} , Sánchez-Guzmán MA² , Vives-Varela T³ , Paz-Rodríguez F⁴ .

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,¹ estudiado en distintas regiones. Se trata de un problema social que se manifiesta y reproduce de diversas maneras,^{1,2} 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.³ El abuso se limita a situaciones en entornos específicos y constituye una de las múltiples manifestaciones de la violencia.⁴ 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.^{5,6}

Las y los médicos abusados por otros médicos constituyen una población de víctimas invisibilizadas en organizaciones como los hospitales donde existe la enseñanza.⁷ 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.⁸ 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.⁹⁻¹² 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.^{13,14}

Mejía y Suárez,¹⁵ 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.^{16,17} Recientemente en Brasil se realizó una investigación que señaló que la prevalencia del maltrato entre médicos en formación es de 59% en escuelas públicas.¹⁸

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.¹⁹ 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.²⁰ 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.^{4,21-23}

Las jerarquías y relaciones de poder se perpetúan en estos entornos a través del currículum oculto.²⁴ Investigaciones como la de Scott et al.²⁵ 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.⁸ Araceli Mingo y Hortensia Moreno,²⁶ 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,²⁷ 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.⁸ 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,²⁸ la Norma Oficial sobre Educación en Salud,²⁹ 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.^A 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,³⁰ 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,³¹ 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),⁵ 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.⁶ 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,^B 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.³² 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,³³ 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
Año de residencia														
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
Especialidad														
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.

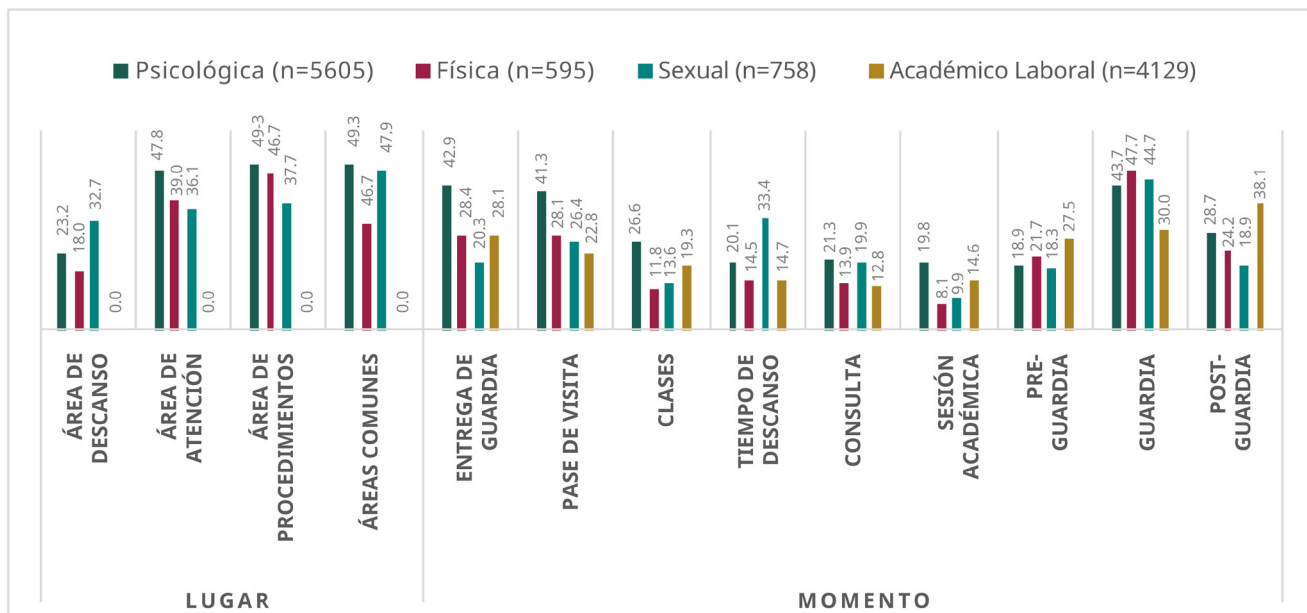


Figura 1. Lugar y momento de la violencia, por tipo (Psicológica, física, sexual, académico laboral).

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*.

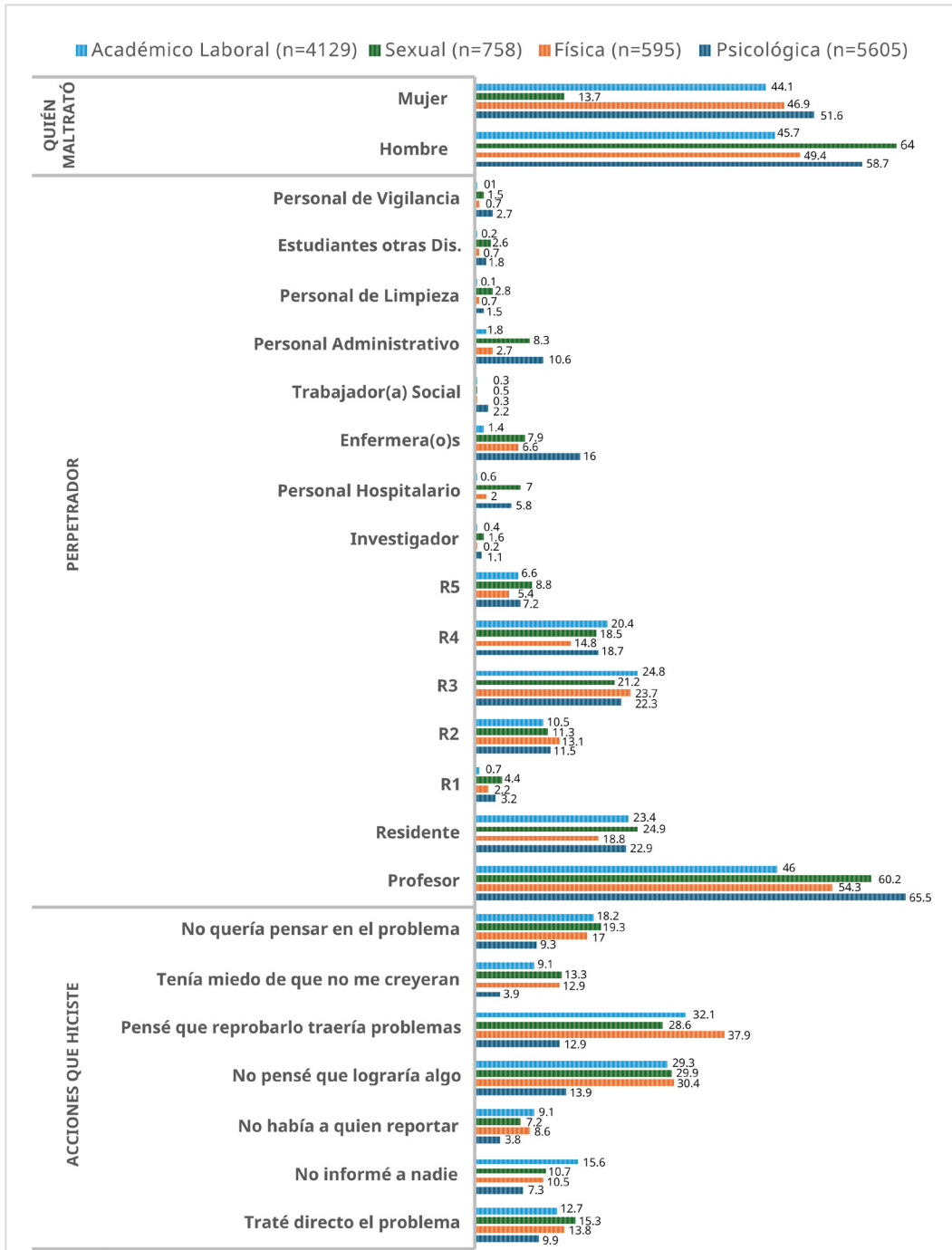


Figura 2. Sexo, perpetrador y acción realizada ante el acto violento por tipo (psicológica, física, sexual y académico laboral)

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.

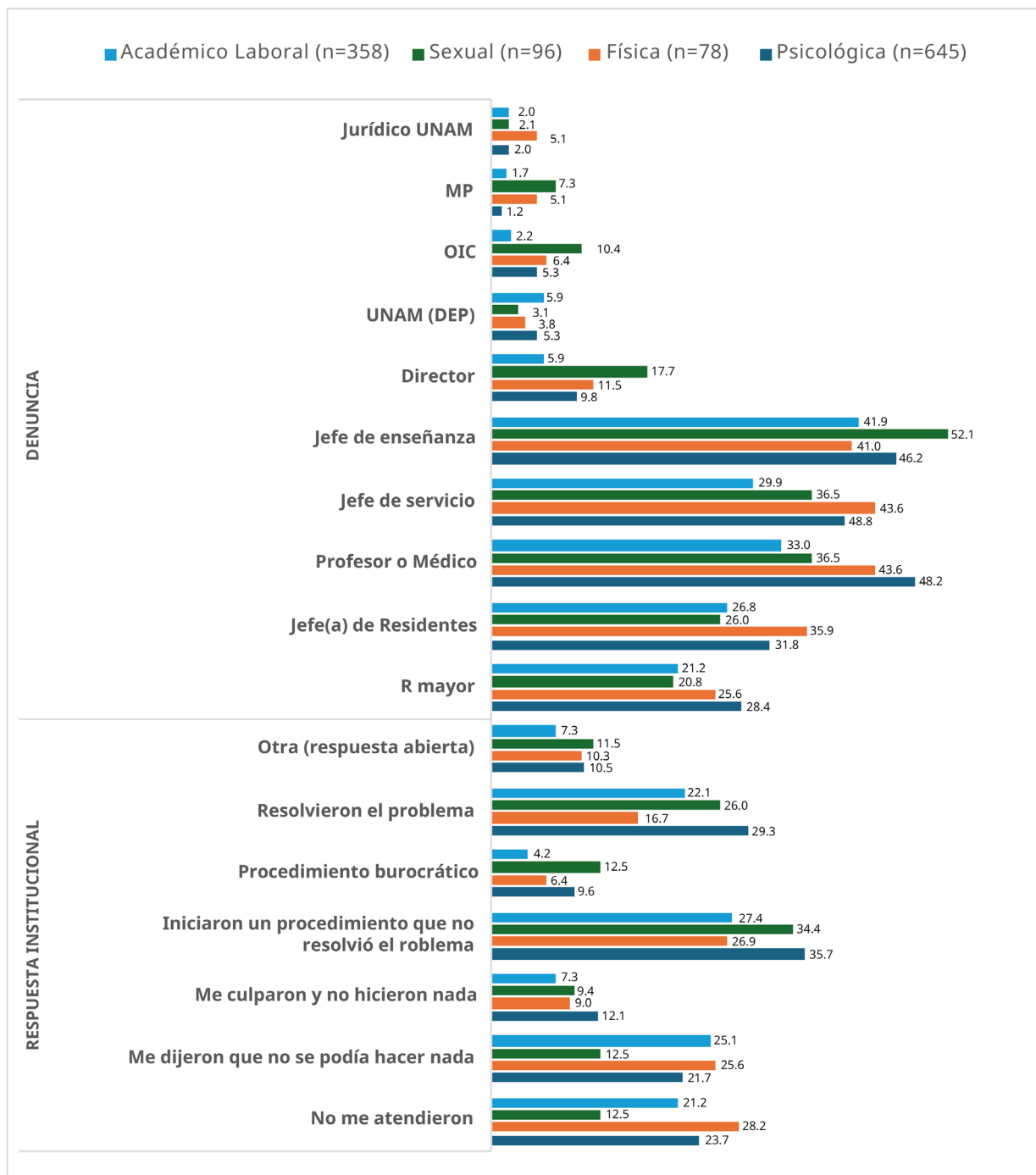


Figura 3. Denuncia y respuesta institucional del reporte o queja realizada por tipo (psicológica, física, sexual y académico laboral)

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%)
Identidad de género			
Hombre	6190	1	
Mujer	6253	1.658	(1.424-1.930)
LGBTI+	150	1.121	(0.549-2.291)
Especialidad			
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	
Residentes por hospital			
1-100	3343	1.288	(1.049-1.580)
101-200	3253	1.113	(0.895-1.384)
201-500	3126	1.005	(0.806-1.253)
501-850	2871	1	
Perpetrador			
Hombre	4195	3.813	(3.224-4.510)
Mujer	3716	3.646	(3.097-4.292)

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,^c 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, Oftalmólogo).

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, Cirujano).

"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, Pediatra).

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.³³ 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,³⁴⁻³⁶ 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,³⁷ 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.³⁸ Las especialidades que reportaron cifras con mayor índice de expresiones de violencia, también por ser las más numerosas, fueron Medicina Interna (7.05%),³⁹ y Cirugía (7.7%).⁴⁰ 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.⁴¹ 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.⁸ Castro y Villanueva,⁴¹ 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.²⁶ 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,⁴² 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,^D propuesto por Bourdieu,⁴³ 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,⁴² 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.⁴⁴

Según Stone et.al.³⁷ 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.³⁸ 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.³⁹ 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 hagas 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,^{8,38,41} 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,²⁶ 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.⁴⁵

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 fungen 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

1. Valadez I, González N. Violencia escolar: maltrato entre iguales en dos niveles educativos. *Revista Investigación en Salud*. 2007; 9(3):184-189
2. Velázquez LM. Experiencias estudiantiles con la violencia en la escuela. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 2005;10(26):739-754
3. Moscarello R, Margittai KJ, Rossi M. Differences in abuse reported by female and male Canadian medical students. *CAMJ* 1994;150,257-263
4. Kassebaum DG, Cutler ER. On the culture of student abuse in medical school. *Acad. Med*. 1998; 73: 1149-1158
5. 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
6. 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/>
7. 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
8. Stone L, Phillips C, Douglas KA. Sexual assault and harassment of doctors, by doctors: A qualitative study. *Med. Educ*. 2019; 53: 833-843
9. 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
10. 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
11. 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
12. 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
13. Silver HK. Medical students and medical school. *JAMA*. 1982; 247(3): 309-10
14. 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
15. 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
16. 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
17. 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
18. 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
19. 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
20. 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
21. 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
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.

Discriminación de género en el ámbito laboral de médicas familiares

Gender discrimination in the workplace among female family physicians



Menchaca-Moreno LB^{1*}, Hernández-Ordóñez R², Orozco-Torres G³, Pacheco-Zavala MP⁴.

1. Residente de tercer año de Medicina Familiar; Unidad de Medicina Familiar No. 47, Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Gto, México.
2. Director del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente en Guanajuato, Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato, México.
3. Profesora titular de al residencia médica de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato, México.
4. Profesora médica Centro de Investigación Educativa y Formación Docente en Guanajuato, Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato, México.

RESUMEN

Introducción: La igualdad de género, aunque planteada como meta social universal, continúa siendo una deuda pendiente en la práctica médica. En el ámbito laboral de la Medicina Familiar, las médicas enfrentan barreras que no se relacionan con sus competencias profesionales, sino con prejuicios y estructuras culturales que perpetúan la discriminación. **Objetivo:** desde la fenomenología hermenéutica, objetivo del estudio fue explorar el autoconcepto y las experiencias de discriminación de un grupo de médicas familiares en una unidad de atención primaria. **Metodología:** Se desarrolló un estudio cualitativo de corte fenomenológico en León, Guanajuato. Participaron médicas con al menos un año de antigüedad, seleccionadas mediante muestreo homogéneo, hasta alcanzar saturación teórica. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con duración de 30–40 minutos, las cuales se transcribieron de manera literal y se analizaron con ATLAS. Ti, a través de un proceso recursivo-iterativo. **Resultados:** Once médicas familiares compartieron vivencias que revelan la persistencia de desigualdades estructurales, micromachismos normalizados y sesgos en los roles profesionales. Emergieron cuatro categorías centrales: discriminación de género, percepción de igualdad, estatus quo y neo ideologías. Se identificó que se confunden los constructos equidad e igualdad, y cómo la Medicina Familiar sigue siendo desvalorizada, limitando la participación de las mujeres en la toma de decisiones. **Conclusiones:** La discriminación de género es un fenómeno multifactorial condicionado por factores estructurales, culturales y relacionales. Superar estas barreras exige transformar la cultura organizacional para favorecer entornos laborales equitativos, el reconocimiento y desarrollo profesional de las médicas familiares.

Palabras clave: discriminación de género; medicina familiar; igualdad laboral; micromachismos.

Autor(a) de

Correspondencia:

Hernández-Ordóñez R.
Director del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente; Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato, México.
correo electrónico: rhopos@gmail.com o raul.hernandez@imss.gob.mx

Citar como:

Menchaca-Moreno LB, Hernández-Ordóñez R, Orozco-Torres G, Pacheco-Zavala MP. Discriminación de género en el ámbito laboral de médicas familiares *Rev CONAMED*. 2025;30(4): 191-203.

Fecha de recepción:

12 de agosto de 2025

Fecha de aceptación:

01 de diciembre de 2025

ABSTRACT

Introduction: Gender equality, though widely recognized as a universal social goal, remains an unresolved challenge in medical practice. In Family Medicine, female physicians often encounter barriers rooted more in cultural prejudice than in professional competence, perpetuating discriminatory practices. This study explores the self-concept and experiences of gender-based discrimination among female family physicians in a primary care setting. **Objective:** Guided by a hermeneutic phenomenological approach, this study examines how a purposively selected, homogeneous group of female family physicians in a primary care unit construct their self-concept and experience gender discrimination within their professional environment. **Methodology:** A qualitative phenomenological study was conducted in León, Guanajuato, Mexico. Female family physicians with at least one year of professional experience were recruited through homogeneous purposive sampling until theoretical saturation was reached. Semi-structured interviews (30–40 minutes) were conducted, transcribed verbatim, and analyzed using ATLAS. Ti through a recursive–iterative coding process. **Results:** Eleven physicians participated, sharing narratives that revealed persistent structural inequalities, microaggressions, and gender bias in professional roles. Four core categories emerged: gender discrimination, perception of equality, status quo, and neo-ideologies. Participants often conflated equity with equality and described the persistent undervaluation of Family Medicine, limiting professional recognition and leadership opportunities. **Conclusions:** Gender discrimination in Family Medicine is a multifactorial phenomenon shaped by structural, cultural, and relational dynamics. Addressing these barriers requires comprehensive cultural and organizational transformation to foster equitable environments that support recognition, leadership, and professional advancement for female family physicians.

Keywords: gender discrimination; family medicine; workplace equality; microaggressions.

INTRODUCCIÓN

En ningún país del mundo puede afirmarse que exista equidad de género; en algunos contextos puede ser menos evidente, pero persiste en distintos niveles sociales e institucionales. En México, alcanzar la igualdad de género continúa

siendo un desafío, particularmente para las médicas, quienes históricamente han tenido menos acceso a oportunidades y derechos profesionales. La discriminación de género en el área laboral constituye un problema de salud pública y social, frecuente en los distintos niveles de atención médica, y a menudo silenciado dentro de las organizaciones de salud.^{1,2}

Muchas médicas enfrentan cotidianamente actos de discriminación por parte de pacientes, colegas y directivos. Estas experiencias generan inseguridad en la toma de decisiones clínicas, limitan sus oportunidades profesionales y, en algunos casos, derivan en afectaciones a la salud mental.^{3,4} Este fenómeno no es exclusivo de México: estudios internacionales recientes han documentado la persistencia de sesgos de género en la formación médica, la menor representación de mujeres en posiciones de liderazgo y la carga desigual de responsabilidades familiares que inciden en su desarrollo profesional.⁵

La teoría feminista ha desarrollado conceptos que permiten descubrir y nombrar realidades históricamente invisibilizadas asociadas a la subordinación de las mujeres. Este enfoque busca develar esas realidades y proponer alternativas sociales para una convivencia equitativa entre mujeres y hombres.^{1,6} La cultura feminista, como construcción colectiva, ha contribuido a transformar las condiciones sociales de vida de las mujeres, aunque aún no se ha logrado la igualdad sustantiva en ningún país.^{2,6}

Dentro del feminismo se distinguen distintas corrientes que ayudan a comprender las tensiones actuales. El feminismo liberal promueve la igualdad de derechos y el acceso equitativo a oportunidades en el marco institucional existente, señalando que la desigualdad de género proviene de la división entre lo público y lo privado.⁷ El feminismo radical, en contraste, plantea una crítica profunda a las estructuras patriarcales y al control del cuerpo femenino, considerando necesario abolir la noción misma de género para lograr la igualdad plena.⁶ Si bien ambas corrientes han enriquecido el debate sobre el papel de las mujeres en la medicina, la adopción práctica de sus postulados sigue obstaculizada por resistencias culturales arraigadas en la profesión.

El concepto de género, entendido como una construcción sociocultural que define normas, expectativas y comportamientos en función del

sexo, permite analizar cómo se generan relaciones sociales asimétricas.⁸ Este modelo de construcción sociocultural del género, caracterizado por una jerarquización sistemática que privilegia lo masculino, otorga mayor valor y poder a lo masculino y genera desigualdades estructurales para las mujeres. La discriminación de género, como fenómeno social, vulnera la dignidad y los derechos humanos, y suele pasar desapercibida en la vida cotidiana.⁹ Desde la infancia, se interioriza la idea de que lo masculino es superior en lo físico, intelectual y social. En consecuencia, las mujeres son percibidas como inferiores, se ignoran sus capacidades y se limita el reconocimiento de sus logros.^{10,11}

El marco jurídico internacional ha avanzado en la protección de los derechos de las mujeres. Desde 1946, con la creación de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de la ONU, se han establecido principios de igualdad y no discriminación en documentos como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y los Pactos Internacionales de 1966.⁸ Sin embargo, estos avances no han sido suficientes para erradicar la discriminación, ya que las políticas públicas se han formulado desde modelos masculinos que no consideran las realidades diferenciadas de las mujeres.¹² En México, la participación de las mujeres en el ámbito profesional ha crecido, pero persisten desigualdades: el país ocupa lugares rezagados en los índices de brecha de género,¹³ y en indicadores de equidad laboral.¹⁴

DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO EN EL ÁMBITO MÉDICO

El ámbito hospitalario reproduce expresiones y prácticas machistas que afectan principalmente a estudiantes, residentes y docentes mujeres, así como a personas con identidades de género diversas. Estas formas de discriminación, muchas veces naturalizadas, dificultan el reconocimiento del problema y perpetúan barreras para el acceso de las mujeres a posiciones de liderazgo.^{2,15} Entre los factores que sostienen estas inequidades se encuentran: el clima de género, los sesgos implícitos, la doble jornada laboral, la baja representación femenina en cargos académicos y directivos, y la persistente brecha salarial.^{15,16} Por ejemplo, en México, las mujeres constituyen más del 65–67 % de la fuerza laboral del sector salud, pero solo alrededor del 6.0% de ellas accede a puestos directivos, frente al 12.1 % de los hombres. En relación con la

persistente brecha salarial, por cada 100 pesos que percibe un hombre, una mujer recibe 91.2 pesos, y en ciertos grupos de edad (55–64 años) la diferencia salarial alcanza hasta 36 %.^{17,18}

Desde la formación médica, las mujeres son sexualizadas y tratadas como inferiores. Son comunes los comentarios sexistas, los chistes de contenido sexual, el acoso verbal o físico y los tocamientos no consentidos.^{16,19-21} En especialidades quirúrgicas como Cirugía o Traumatología se refuerza la idea de que las mujeres no poseen la misma capacidad que los hombres, orientándolas hacia áreas consideradas “más fáciles” o “femeninas”.^{19,21} Este trato desigual también proviene de otros profesionales de la salud, como el personal de enfermería, quienes en ocasiones tienden a percibir a las médicas como pares con menor autoridad, lo cual afecta la dinámica interprofesional.²²

A pesar de los avances, persisten obstáculos externos (discriminación estructural) e internos (auto discriminación) que limitan el desarrollo profesional. Las médicas enfrentan barreras como la discriminación por embarazo, la inequidad salarial, el hostigamiento sexual y el maltrato laboral, todas formas de violencia que tienden a ser invisibilizadas y que afectan el bienestar biopsicosocial.^{2,15} Este hallazgo coincide con estudios recientes que muestran la asociación entre discriminación de género, Burnout y mayores tasas de depresión y ansiedad en médicas en formación.^{23,24}

En este contexto, el autoconcepto adquiere un papel central para comprender la experiencia profesional de las médicas. El autoconcepto se refiere a la percepción que las personas construyen sobre sus propias capacidades, valor y desempeño, y está profundamente influenciado por la interacción social y los discursos que rodean el ejercicio profesional. La exposición continua a estereotipos de género, deslegitimación del criterio clínico, microagresiones y violencia simbólica puede deteriorar la autopercepción de competencia, generar dudas en la toma de decisiones clínicas y disminuir la autoeficacia profesional. Diversos estudios han mostrado que la discriminación y el trato desigual afectan directamente la percepción de competencia y el autoconcepto profesional de las mujeres en entornos de formación y práctica médica.^{25,26}

En México, existe poca investigación centrada en la discriminación vivida por médicas

especialistas, lo cual representa una omisión importante frente a una problemática que afecta directamente su salud y desempeño profesional. Aunque se han publicado estudios internacionales multicéntricos que documentan la desigualdad en residentes y médicas de distintas especialidades,^{27,28} los datos locales siguen siendo escasos y dispersos. No obstante, la evidencia nacional disponible señala patrones consistentes: se han documentado episodios de acoso sexual durante la formación, trato despectivo por parte de colegas y pacientes, obstáculos para acceder a posiciones de liderazgo y penalización laboral vinculada al embarazo o maternidad. Asimismo, algunos estudios describen una mayor carga laboral y evaluaciones más estrictas hacia las médicas en comparación con los varones, lo que refleja la persistencia de desigualdades estructurales incluso en contextos clínicos donde la participación femenina es mayoritaria.^{29,30}

Pese a la evidencia global y a la creciente visibilidad del tema, en México aún se conoce poco sobre cómo las médicas especialistas en Medicina Familiar experimentan y conceptualizan la discriminación de género. Este vacío es relevante, dado que la Medicina Familiar constituye la base de la Atención Primaria y un espacio en el que convergen desigualdades históricas, estereotipos profesionales y barreras institucionales.

El objetivo del este estudio cualitativo, con diseño fenomenológico hermenéutico, es explorar el autoconcepto y las experiencias de discriminación de género de un grupo homogéneo intencional de médicas familiares en una unidad de atención primaria.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio con diseño fenomenológico de corte hermenéutico,³¹ dado que el objetivo no fue únicamente explorar las experiencias de discriminación, sino también interpretar los significados que las médicas familiares atribuyen a esas vivencias en su contexto laboral y social, en la Unidad de Medicina Familiar No. 47, en León, Guanajuato, la cual es considerada como la segunda unidad más grande a nivel nacional. Se estima que la población adscrita es de 332 mil 854 personas y laboran más de 86 médicos familiares, de los cuales 55% son mujeres.

Se incluyeron 11 médicas especialistas en medicina familiar con al menos un año de antigüedad

laboral en la unidad médica, considerando que este tiempo permite comprender de manera más profunda la dinámica institucional y la cultura organizacional de la unidad. Asimismo, se excluyeron médicas en licencia académica y/o laboral, así como aquellas que no aceptaron participar en el estudio. El tamaño de la muestra se definió por saturación teórica, entendida como el punto en que la incorporación de nuevas entrevistas no aportó categorías adicionales ni modificó las ya existentes.³² En este estudio, la saturación se identificó después de la décima entrevista, cuando los relatos comenzaron a ser redundantes y las categorías principales, discriminación de género, percepción de igualdad, estatus quo y neoideologías, aparecieron de forma reiterada en las participantes. Una entrevista adicional permitió corroborar la estabilidad de los hallazgos.

El reclutamiento se realizó mediante muestreo intencional homogéneo,³³ con invitación directa y personal a las médicas que cumplían con los criterios de inclusión. Las potenciales participantes fueron informadas sobre los objetivos, procedimientos y alcances del estudio, garantizando la confidencialidad y el carácter voluntario de su participación. Aquellas que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado, antes de llevar a cabo la entrevista en profundidad.

Las entrevistas se realizaron de manera presencial en un espacio privado dentro de la unidad médica, garantizando confidencialidad y comodidad; el tiempo aproximado de cada entrevista fue de 30 a 40 minutos. Las sesiones fueron grabadas en audio y complementadas con notas de campo por la investigadora principal, quien registro impresiones contextuales y no verbales relevantes para el análisis interpretativo. Cada entrevista fue transcrita de forma literal por los investigadores, asegurando fidelidad y familiaridad profunda con el material narrativo. Se adoptó una posición reflexiva, reconociendo la experiencia profesional en el ámbito de la medicina familiar como un elemento potencialmente favorecedor en la interpretación de los significados emergentes.

No se realizaron devoluciones formales de las transcripciones a las participantes, pero se mantuvo la validación interpretativa continua durante las entrevistas, mediante la reformulación y confirmación de significados expresados por las médicas familiares.

El análisis de la narrativa se llevó a cabo con el apoyo del Software ATLAS.Ti en su versión de prueba, siguiendo los principios de la fenomenología hermenéutica. Se utilizó una codificación abierta e inductiva, permitiendo que los significados emergieran directamente de las narraciones de las participantes. Las transcripciones fueron leídas reflexivamente en repetidas ocasiones por los investigadores para identificar patrones y segmentar los datos en unidades significativas, que posteriormente se agruparon en códigos. Posteriormente, se llevó a cabo una reducción y

codificación axial, relacionando códigos entre sí, permitiendo la creación de categorías y subcategorías temáticas que reflejaran las experiencias en relación con el autoconcepto y la discriminación.

La condensación de los datos y el proceso analítico iterativo-recursivo se realizó con revisiones sucesivas y discusión entre las investigadoras y el investigador para resolver discrepancias en la interpretación. Se construyó un árbol de códigos que permitió representar visualmente la estructura de las relaciones entre las categorías y subcategorías.

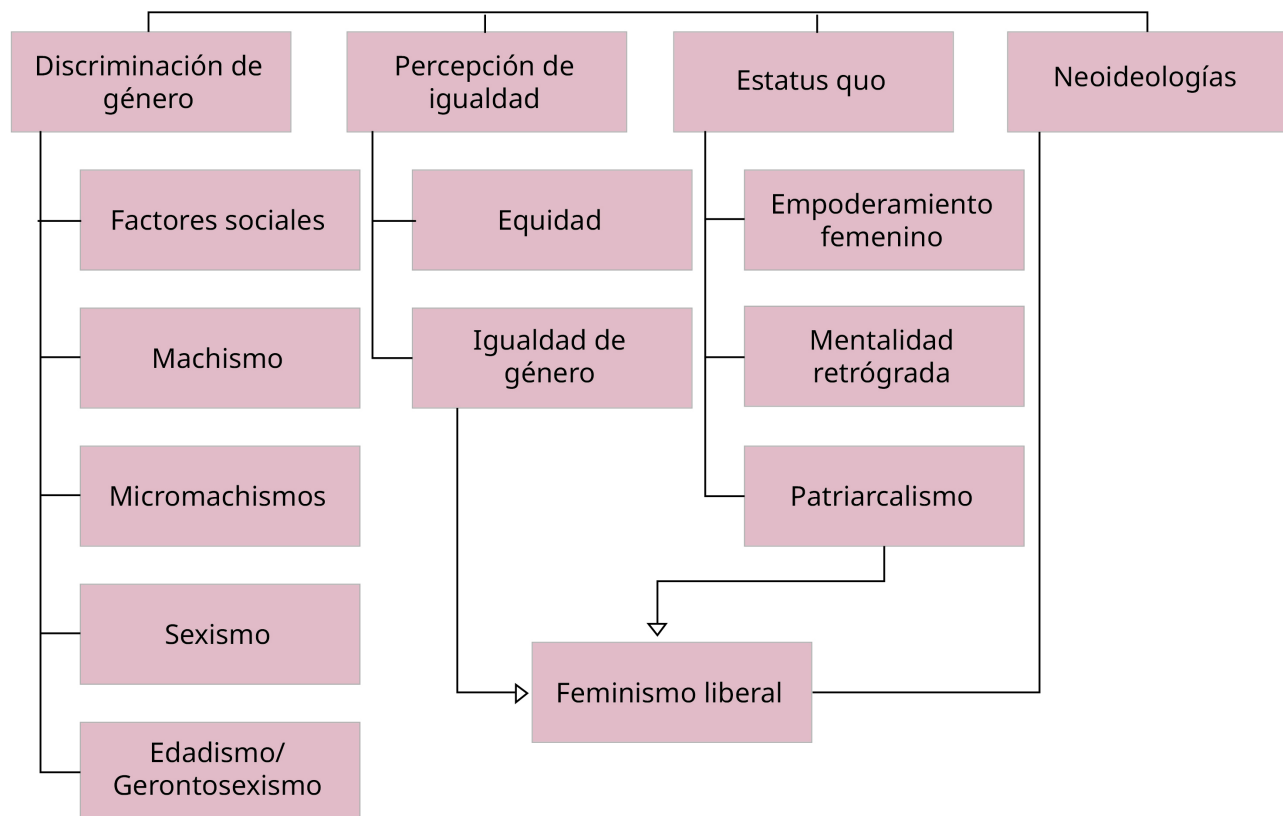


Figura 1. Árbol de códigos. Experiencias de discriminación de género en médicas especialistas en medicina familiar

La calidad metodológica se aseguró considerando los criterios de credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad propuestos por Guba y Lincoln: La primera, se garantizó mediante la inmersión prolongada en el campo, la triangulación de fuentes (entrevistas y notas de campo) y la validación interpretativa continua durante las entrevistas. La transferibilidad se favoreció al proporcionar descripciones densas del contexto institucional y de las participantes, permitiendo a otros investigadores

valorar la aplicabilidad de los hallazgos en entornos similares. Por último, la confirmabilidad se mantuvo un diario reflexivo en Excel, por parte de la investigadora principal, en el que se registraron sus percepciones, supuestos y posibles influencias, con el fin de asegurar una interpretación fiel a las narrativas de las participantes.

Se empleó triangulación metodológica, integrando entrevistas semiestructuradas y notas de

campo, así como la triangulación de investigadores a través de la reflexividad del equipo de investigadores. El estudio siguió las recomendaciones de la checklist COREQ.

El estudio fue autorizado por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud 1008, con el número R-2022-1008-018. Cabe señalar que para la participación de cada una de las médicas se solicitó su autorización por escrito, garantizando la confidencialidad de la información.

RESULTADOS

Se entrevistaron 11 médicas especialistas en Medicina Familiar, con un promedio de edad de 42 años,

todas con más de un año de antigüedad en la Unidad de Medicina Familiar No.47 de León, Guanajuato.

Tras el proceso de análisis, se identificaron cuatro categorías principales que estructuran las experiencias de las médicas familiares respecto a la discriminación de género: **1) discriminación de género, 2) percepción de igualdad, 3) neoideologías y 4) estatus quo.** Cada categoría agrupa diversas subcategorías que permiten comprender los matices de la problemática. (Imagen 1)

La *Tabla 1* muestra la organización de las categorías y subcategorías, junto con una definición breve que facilita su interpretación.

Tabla 1. Categorías y subcategorías de la discriminación de género en el ámbito laboral desde la mirada de las médicas especialistas en medicina familiar

Categoría	Subcategoría	Definición breve
Discriminación de género	Machismo	Actitudes o prácticas que perpetúan roles de género tradicionales.
	Micromachismos	Conductas sutiles que desvalorizan a la mujer en lo profesional.
	Sexismo	Creencias que refuerzan la desigualdad y demeritan a las mujeres.
	Misoginia	Sexualización y desprecio hacia las mujeres.
	Edadismo/Gerontosexismo	Discriminación hacia mujeres mayores, combinada con sesgos de género.
Percepción de igualdad	Equidad	Justicia social adaptada a necesidades específicas.
	Igualdad de género	Mismas condiciones y oportunidades para todas las personas.
	Empoderamiento femenino	Eliminación de barreras estructurales.
Estatus quo	Mentalidad retrógrada	Resistencia a cambios y nuevas ideas.
	Patriarcalismo	Predominio masculino en instituciones y decisiones.
Neoideologías	Feminismo liberal	Igualdad de derechos y acceso a oportunidades.

I. Discriminación de género

Esta categoría se expresó tanto en la conceptualización del género como en actos de exclusión. Las médicas entrevistadas coincidieron en que el género es una construcción social que influye en roles y expectativas, aunque algunas lo confundieron con el sexo biológico.

“La condición que nos marca el rol en la sociedad, a partir de ahí desempeñamos nuestras actividades del día a día, laborales, familiares, personales.”

“El género es lo que nos diferencia: masculino y femenino.”

La discriminación fue identificada como una de las más comunes, con manifestaciones en los ámbitos laboral, educativo y social. Se reconocieron conductas de menosprecio y exclusión basadas únicamente en el género.

“Cuando no te dejan decir algo o hacer cosas solo por ser mujer.”

II. Percepción de igualdad

Las participantes mostraron dificultades para diferenciar entre equidad e igualdad. Mientras que la equidad se entiende como un trato justo adaptado a las necesidades individuales, la igualdad implica condiciones homogéneas. Para la mayoría, ambos conceptos fueron utilizados como sinónimos.

"Que todos podamos tener la misma oportunidad de hacer cualquier cosa, de acuerdo con nuestras capacidades."

"... Que se tengan las mismas oportunidades de desarrollar nuestras capacidades, nuestras actitudes."

Esta confusión refleja tensiones conceptuales que pueden limitar la aplicación de políticas institucionales de género.

III. Estatus quo

La categoría permitió examinar las condiciones laborales actuales, donde persisten desigualdades normalizadas y expresiones jerárquicas de poder.

"... Por ser estudiante y mujer, ciertos superiores son hostigantes."

"El doctor me dijo: 'eres una chillona', que no tenía que ser así."

Aunque se reconocen avances en derechos y oportunidades, las participantes señalaron la persistencia de comentarios y actitudes que refuerzan estereotipos y deslegitiman las emociones femeninas.

IV. Neoideologías

Las médicas identificaron representaciones simbólicas modernas que reproducen desigualdades bajo apariencias de normalidad o cortesía. Una de las

más mencionadas fue la asignación estereotipada de especialidades médicas.

"Tengo conocidas que quisieron ser cirujanas y cirugía es una profesión médica que es sumamente difícil para una mujer."

Otra práctica recurrente fue la desidentificación profesional mediante el lenguaje, al referirse a las médicas como "señorita" o "enfermera" en lugar de reconocerlas como doctoras.

"Siempre que ven a una mujer le dicen señorita o enfermera y ven a un enfermero y sí le dicen doctor."

También se reportaron comentarios sobre apariencia física, que, aunque disfrazados de halagos, refuerzan la cosificación de la mujer.

"Piropos que tú no pediste o a lo mejor con alguien que no tienes confianza."

Un caso ilustrativo fue el de una médica embarazada durante el internado, a quien se le negó la posibilidad de retirarse pese a estar en trabajo de parto.

"Ella se alivió a las 3 de la mañana. A la 1 seguía haciendo pendientes porque el doctor no la dejaba retirarse."

En la *Tabla 2*, se presenta en forma de matriz analítica las categorías, subcategorías, citas de las entrevistas, así como el análisis interpretativo de la conversación.

Tabla 2. Matriz de las subcategorías de la discriminación de género en el ámbito laboral desde la mirada de las médicas especialistas en medicina familiar

Categoría	Subcategoría	Cita de referencia	Análisis-Interpretación
Discriminación de género	Machismo	MF1: "Como mujeres somos nosotras las que tenemos que pedir permiso para atender las actividades de nuestros hijos". MF7: "Por el simple hecho de ser mujer no te dejan hacer ciertas cosas o te dicen, déjame ayudarte, tú no puedes hacerlo".	Presencia de actitudes y comportamientos que preservan la creencia de superioridad de hombres y sobre las mujeres, manifestada en forma de actitudes prepotentes
	Micromachismos	MF10: "Con nosotras suelen referirse como, <i>señorita, enfermera, muchacha; sin embargo, con los hombres siempre se refieren a ellos como Doctor</i> ". MF3: "... Es común oír decir, no le hagas caso, anda en sus días" ...	Normalización de actitudes o acciones que minimizan e invisibilizan la capacidad de las mujeres debido a los estereotipos, manifestadas por pequeños actos, gestos o expresiones que, aunque son inconscientes, sí expresan la prevalencia de un sistema social donde los hombres ostentan el poder.

	Sexismo	MF1: "Una persona me dijo, NO, prefiero que venga el doctor y ya él me diga, dudando de mi juicio clínico" MF4: "No se me ha permitido subir a un nivel de confianza por mi sexo, ante el prejuicio de que no voy a tener el tiempo de dedicación al puesto, por mis actividades propias de la mujer".	Presencia de creencias y actitudes que refuerzan la desigualdad de género, discriminando a las mujeres en función de su sexo.
	Edadismo/ Gerontosexismo	MF6: "Me ha pasado que cuando quise aspirar a una jefatura me dijeron que era muy joven para el puesto y que me faltaba experiencia, que tenía que hacer tablas, más méritos y ayudar más" MF11: "Al exponer mis inconformidades y las de mis compañeras, he notado que grupos de hombres se burlan de nosotras, refiriéndose como el grupo de las menopáusicas", haciendo a alusión a nuestra edad"	En ambos casos se evidencia la descalificación por motivos de la edad, poniéndose de manifiesto los estereotipos y prejuicios con relación a que hay edades para ejercer tal cual función, o bien poder expresarse con relación a algo.
Percepción de igualdad	Equidad	MF1: "Tanto médicas como médicos tenemos las mismas posibilidades, derechos y condiciones en varios aspectos de nuestra vida, pero que es deben distribuir de manera justa". MF4: "debemos tener las mismas oportunidades de desarrollar nuestras capacidades, nuestras actitudes y competencias..."	En ambos casos se busca la distribución justa de oportunidades, derechos, aunque no se signa que debe ser de acuerdo con las necesidades.
	Igualdad de género	MF2: "tanto los hombres como las mujeres tienen los mismos derechos por igual" MF6: "Todos los trabajadores debemos ser iguales"	Se identifica que se buscan los mismos derechos, responsabilidades y oportunidades, independientemente de las necesidades individuales o diferencias que pueda haber.
Estatus quo	Empoderamiento femenino	MF1: "Hemos tenido un cambio muy grande en general, con acceso a algunas profesiones u oficios que tradicionalmente no se tenía, de tal manera que nosotras decidimos si los tomamos o no" MF8: "La mujer ya se desenvuelve cada vez más en ámbitos que antes eran exclusivos de los hombres y somos nosotras las que hemos decidido que así sea"	Muestra ineludible de que la mujer ha aprehendido y tomado el control sobre sus propias vidas, decidiendo participar en forma activa en la sociedad.
	Patriarcalismo	MF8: "Aunque hay mayor participación de las mujeres, he escuchado a compañeras decir <déjame preguntarle a mi esposo a ver que dice o expresiones como "mi señor">"	Esta expresión permite ver como aún está vigente el sistema social en donde los hombres son los entes de autoridad social.
Neoidelogías	Feminismo liberal	MF1: "Si vamos avanzando en la sociedad con la participación de mujeres y hombres en oficios y profesiones que tradicionalmente eran para los sexos opuestos, por ejemplo, cada vez hay más enfermeros, en caso de los hombres y urólogas en el caso de las mujeres, por mencionar algunos" MF4: "Ahorita ya todos pueden ser lo que les dé la gana, incluso hay hombres que apoyan más a las mujeres profesionalmente en ciertos puestos"	Se hace alusión y reconocimiento a la participación de los hombres hacia el rol de las mujeres, promoviendo su participación

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que la discriminación de género sigue siendo una realidad cotidiana en el ámbito médico, particularmente entre médicas especialistas en Medicina Familiar. Las participantes expresaron una comprensión diversa del género, oscilando entre visiones constructivistas y esencialistas, lo cual refleja tensiones entre culturas patriarcales y discursos feministas aún no resueltas en el ámbito clínico. Esto coincide con la perspectiva de Scott, quien plantea que el género es una categoría de análisis que estructura el poder en las relaciones sociales y se naturaliza en roles, expectativas y lenguajes institucionales.³⁴

Por otra parte, aunque igualdad y equidad son conceptos distintos, las participantes tendieron a utilizarlos como sinónimos, entendiendo la equidad como *"dar lo mismo a todos"*. Esta confusión limita la aplicación de políticas efectivas en salud, lo cual coincide con lo señalado por Rodríguez Palop,³⁵ *"sin una visión relacional de los derechos y sin reconocer la interdependencia social, se perpetúan esquemas individualistas que invisibilizan barreras estructurales"*.

De la misma forma, las médicas reportaron obstáculos explícitos e implícitos durante su desarrollo profesional, desde hostigamiento y frases despectivas hasta micromachismos institucionalizados. Estos hallazgos revelan la vigencia de un sistema de discriminación estructural, manifestado por la gerontocracia y el patriarcado, en el que el poder se concentra en figuras masculinas de mayor edad, reforzando la subordinación de las mujeres jóvenes. García Arteaga et al., han señalado que los micromachismos institucionales actúan como inhibidores del empoderamiento femenino al mantener roles tradicionales incluso dentro de espacios profesionales.¹³ Del mismo modo, Stephen et al., identificaron múltiples barreras estructurales, hostilidad, acoso, falta de mentoría, que impiden el desarrollo pleno de las mujeres, particularmente en especialidades de mayor prestigio.³⁶

Un hallazgo relevante fue la identificación de neoideologías de género: formas modernas de discriminación que se presentan como conductas normales o incluso corteses, como el uso reiterado de *"señorita"* en lugar de *"doctora"*. Estas expresiones, aunque no intencionalmente ofensivas, refuerzan la idea de que la autoridad médica sigue siendo masculina. Segovia-Sáiz et al.,³⁷ documentaron fenómenos similares en instituciones académicas, donde

las mujeres jóvenes enfrentan barreras invisibles para acceder a puestos de liderazgo.

Las participantes también señalaron el desprestigio de la especialidad de Medicina Familiar, considerada de *"menor importancia"* frente a otras ramas médicas. Calleja-Argudo et al.,³⁸ explican que este fenómeno se debe al bajo reconocimiento académico, la sobrecarga administrativa y la falta de incentivos de investigación, lo que ha deteriorado la imagen de la Atención Primaria. Esta percepción no solo afecta la trayectoria profesional de las médicas, sino también la valoración social de un área fundamental para la calidad de la atención en salud.

La transferibilidad de los resultados se sustenta en las descripciones densas obtenidas y en la coherencia interna entre las categorías emergentes. Los hallazgos sobre discriminación de género, percepción de igualdad, estatus quo y neoideologías reflejan dinámicas sociales y organizacionales que pueden presentarse en otras unidades de atención primaria con estructuras jerárquicas y dinámicas institucionales similares. En particular, las experiencias de micromachismos y sexismo institucional, las confusiones conceptuales entre equidad e igualdad y la persistencia de mentalidades patriarcales normalizadas son elementos potencialmente transferibles a otros contextos del sistema de salud, donde las relaciones de poder, los estereotipos y la cultura organizacional influyen en la práctica médica y en la construcción del autoconcepto profesional de las mujeres.

Implicaciones clínicas y organizacionales

La persistencia de estas prácticas discriminatorias tiene consecuencias directas en la atención médica. Al limitar la participación plena de las médicas, se debilitan los equipos de salud y se generan entornos laborales inseguros que afectan la calidad de la atención y la satisfacción profesional. Stephen et al.³³ señalan que incluso en espacios con políticas de equidad, las mujeres deben probar constantemente su competencia, mientras que los hombres gozan de presunción automática de autoridad.

La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Igualdad de Género enfatiza que no basta con incrementar la presencia de mujeres: es necesario modificar estructuras, discursos y prácticas que obstaculizan su desarrollo profesional.³⁹ De igual manera, la OPS y la OMS,^{40,41} advierten que las inequidades de género en el sector salud reducen

la eficiencia de los sistemas sanitarios y perpetúan desigualdades sociales más amplias.

Los hallazgos de este estudio revelan la necesidad de incorporar la perspectiva de género de manera estructurada en los entornos clínicos y administrativos de las unidades de atención primaria. En el ámbito clínico, sugerimos protocolos institucionales para el reporte y seguimiento de casos de discriminación de género, garantizando confidencialidad. Asimismo, recomendamos programas o la implementación de jornadas de capacitación continua sobre sesgos inconscientes, liderazgo inclusivo y comunicación no sexista, que favorezcan la equidad de género y el fortalecimiento del autoconcepto de las médicas familiares. A nivel organizacional, se propone la incorporación de indicadores de equidad e inclusión dentro de los sistemas de evaluación del desempeño.

Fortalezas y limitaciones del estudio

Una fortaleza central de este estudio es su enfoque cualitativo fenomenológico, que permitió captar significados subjetivos y contextuales imposibles de obtener con métodos cuantitativos. Las entrevistas ofrecieron narrativas auténticas que revelan tanto los hechos discriminatorios como sus implicaciones emocionales y profesionales. Sin embargo, como en toda investigación cualitativa, existen limitaciones: la subjetividad de las participantes y del investigador pudo influir en la interpretación; además, algunas médicas pudieron omitir experiencias por temor a represalias. Aunque se aplicaron estrategias de rigor —codificación sistemática, triangulación y uso de software especializado— los sesgos de interpretación no pueden eliminarse completamente.

Perspectivas futuras

Los hallazgos de este estudio constituyen un punto de partida para explorar nuevas líneas de investigación. Será necesario analizar también la perspectiva de los médicos varones, en especial quienes ocupan puestos de liderazgo o muestran conciencia de género, para comprender cómo reproducen, permiten o resisten la desigualdad en el ámbito laboral médico. Asimismo, se recomienda profundizar en el impacto de estas desigualdades en la calidad de la atención brindada en el primer nivel, donde la Medicina Familiar cumple un rol estratégico.

CONCLUSIONES

Las narrativas de las médicas familiares evidencian que la discriminación de género persiste de manera explícita y sutil en el ámbito laboral, expresándose mediante micromachismos, sexismo institucional y estereotipos normalizados que afectan su autoconcepto profesional y limitan la participación equitativa en la toma de decisiones. La percepción de igualdad y equidad continúa siendo ambigua, lo que limita la aplicación de políticas efectivas y perpetúa un estatus quo sostenido por estructuras jerárquicas y relaciones de poder asimétricas.

Asimismo, las neoideologías, como el feminismo liberal, emergen como formas de resistencia simbólica que, aunque incipientes, reflejan el deseo de transformación institucional. Estos hallazgos permiten comprender la discriminación de género como un fenómeno estructural y reproducido culturalmente dentro de los servicios de salud.

Se concluye que la promoción de espacios equitativos, el fortalecimiento de mecanismos de capacitación y concientización, así como la promoción a la denuncia, y la adopción de indicadores de equidad institucional resultan esenciales para avanzar hacia una cultura organizacional más inclusiva en el ámbito sanitario.

REFERENCIAS

1. Zamudio Sánchez FJ, Ayala Carrillo MR, Arana Ovalle RI. Mujeres y hombres: desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estud Soc* [Internet]. 2014; 22 (44):251-79. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572014000200010
2. Vargas Acevedo C. La mujer en medicina: la normalización de una discriminación oculta. *Univ. Medicina*. [Internet]. 2021; 62(4): 201-205. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392021000400018&lng=en. Publicación electrónica 30 de septiembre de 2021. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed62-4.muje>
3. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2008; 28(1): 48-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es
4. Mousa M, Boyle J, Skouteris H, Mullins AK, Currie G, Riach K, Teede HJ. Advancing women in healthcare leadership: a systematic review and meta-synthesis of multi-sector evidence on organisational interventions. *EclinicalMedicine* [Internet]. 2021; 39:101084. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101084>
5. Carr PL, Raj A, Kaplan SE, Terrin N, Breeze JL, Freund KM. Gender differences in academic medicine: retention, rank, and leadership comparisons from the National Faculty Survey. *Acad Med*. 2018;93(11):1694-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002146>
6. Maldonado Manzano RL, Vinuesa Ochoa NV, Pozo Franco PE, Luna Romero SM. Análisis del feminismo radical en la sociedad según el Método General de Solución de Problemas y Diagrama de Ishikawa. *Dilemas Contemp Educ Política Valores* [Internet]. 2021; 8(spe3):00006. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902021000500006 <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2685>
7. Rodríguez-Shadow MJ. La discriminación hacia las mujeres. *Ciencia*. 2008;59(1):41-51. Disponible en: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/59_2/PDF/07-616-41-51.pdf?utm_source=chatgpt.com
8. Sánchez-Cabezudo Rina T. La evolución histórica de la igualdad de género desde el prisma de la Organización de Naciones Unidas. *Ihering* [Internet]. 2021; 4:74-95. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=691773015003>
9. La Barbera M, Wences I. La "discriminación de género" en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *UACM* [Internet]. 2020;17(42):59-87. Disponible en: <https://revistas.uacm.edu.mx/ojs/index.php/contexto/article/view/1852>
10. García-Peña AL. De la historia de las mujeres a la historia del género. *Contribuciones desde Coatepec* [Internet]. 2016; (31) Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28150017004>
11. Villanueva Lozano M. Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Rev Interdiscip Estud Género Col Mex* [Internet]. 2019;5: e366. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2395-91852019000100105
12. Estrada-Ramírez Karla P, Miranda-Lora América L., Sandoval-Quiroa Ricardo C., Ávila-Montiel Diana, Mier-Prado María J., Garduño-Espinosa Juan. Brecha de género en la autoría de artículos publicados en el Boletín Médico del Hospital Infantil de México. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [Internet]. 2018; 75 (4): 216-223. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462018000400216&lng=es <https://doi.org/10.24875/bmhim.m18000030>
13. García Arteaga VF, Cruz Coria E, Mejía Reyes C. Factores que impulsan e inhiben el empoderamiento femenino: una revisión de literatura. *Reflexiones* [Internet]. 2022 [citado 2025 oct 14];101(1):121-40. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-28592022000100121
14. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD) 2020-2024. Avance y resultados 2022. Ciudad de México: Gobierno de México; 2022
15. Lagunas-Vázquez M, Beltrán-Morales LF, Ortega-Rubio A. Desarrollo, feminismo y género: cinco teorías y una canción desesperada desde el Sur. *Estud Desarro Soc Cuba Am Lat* [Internet]. 2016 [citado 2025 oct 14];4(2):62-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322016000200006

16. Villanueva Lozano M. Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Rev Interdiscip Estud Género Col Mex* [Internet]. 2019 [citado 2025 oct 15];5: e366. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2395-91852019000100105
17. México, ¿Cómo Vamos? Medicina con M de Mujer. Observatorio de las condiciones laborales de las mujeres en el sector salud. 2023. Disponible en: <https://mexicocomovamos.mx/wp-content/uploads/2023/12/Observatorio-Mujeres-en-el-Sector-Salud.pdf>
18. El Economista. Profesionistas de la salud ganan hasta 36% menos que sus pares hombres en México. 22 mayo 2023. Disponible en: <https://www.economista.com.mx/capital-humano/profesionistas-salud-ganan-pares-hombres-mexico-20250522-760273.html>
19. Mesa-Chavez F, Castro-Sanchez A, Villarreal-Garza C. Gender discrimination and sexual harassment experienced by women physicians in Mexico. *J Interpers Violence*. 2025;40(9-10):NP4795-NP4814
20. Villanueva-Lozano M, Salinas-Martínez AM, Ramos-Jiménez A, Ramos-Jiménez J. Discrimination, abuse, and sexual harassment in a total institution: Sexual harassment of female medical students in Mexico. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):90
21. Ibrahim N, Mohamed MA, Ghaleb EM, Azzam H, Atef SH. Female medical students' experiences of sexism during clinical training: a systematic review. *Adv Med Educ Pract*. 2023; 14:527-543. doi: 10.3390/healthcare11071002. PMID: 37046928; PMCID: PMC1009465
22. Migotto S, Schofield R, Symon B. Gender issues in physician-nurse collaboration: A literature review. *J Nurs Manag*. 2019;27(6):1230-1238. doi: 10.1111/jonm.12872. Epub 2019 Oct 4. PMID: 31529750
23. Stock, J., Kaifie, A. Efectos de la discriminación de género en la elección de especialidad de los estudiantes de medicina para su residencia (junior): una encuesta entre estudiantes de medicina en Alemania. *BMC Med Educ* 24, 601 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05579-9>
24. Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA, et al. Experiencias de médicos con maltrato y discriminación por parte de pacientes, familiares y visitantes, y su asociación con el síndrome de burnout. *JAMA Netw Open*. 2022;5(5): e2213080. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.13080
25. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. 1978;1(4):139-61
26. Coverdale JH, Balon R, Roberts LW. Mistreatment of trainees: verbal abuse and other bullying behaviors. *Acad Psychiatry*. 2009; 33(4):269-73. doi: 10.1176/appi.ap.33.4.269. PMID: 19690101
27. Sandhu NK, Peixoto M, Figliolo M, Gupta L. Gender equity in academic medicine. *J Korean Med Sci*. 2023 May 22;38(20): e154. Disponible en: <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e154>
28. Cáceres-Manrique FM, Amaya-Castellanos CI, Rivero-Rubio C. Desigualdades de género en el ámbito sanitario: el caso de la medicina. *Aquichán* [Internet]. 2019 jun [citado 2025 oct 14];19(2): e1927. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972019000200007
29. Villanueva-Lozano M, Salinas-Martínez AM, Ramos-Jiménez A, Ramos-Jiménez J. Discrimination, abuse and sexual harassment in a total institution: Sexual harassment of female medical students in Mexico *BMC Med Educ*. 2019;19(1):90 Disponible en: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1516-0>
30. Sepúlveda-Vildósola AC, Mota-Nova AR, Fajardo-Dolci GE, Reyes-Lagunes I. Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco percibido. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(Suppl 1):92-101
31. Montiel A. Disputa entre Husserl y Heidegger: De la fenomenología reflexiva a la fenomenología hermenéutica. *ARANDU UTIC*. 2016;3(1):201-31
32. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17:613-9
33. Alaminos Chica A, Castejón Costa JL. Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión. Alicante: Editorial Marfil; 2006. (Serie Docencia Universitaria-EEES; Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Alicante). ISBN: 84-268-1267-8

34. Scott JW. Gender: a useful category of historical analysis. *Am Hist Rev.* 1986;91(5):1053-75. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/1864376>
35. Rodríguez Palop ME. Reformular los derechos humanos desde una visión relacional: el fin de la inmunidad y la autosuficiencia. *Derechos Libertad Rev Filos Derecho Derechos Humanos.* 2017;(36):135-66
36. Stephens EH, Heisler CA, Temkin SM, Miller P. The current status of women in surgery: how to affect the future. *JAMA Surg.* 2021;155(9):876-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama-surg.2020.0312>
37. Segovia-Saiz C, Briones-Vozmediano E, Pastells-Peiró R, González-María E, Gea-Sánchez M. Techo de cristal y desigualdades de género en la carrera profesional de las mujeres académicas e investigadoras en ciencias biomédicas. *Gac Sanit.* 2020;34(4):403-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.008>
38. Calleja-Argudo S, Martínez-González A, Ballesteros-Vecina R, Nieves-Sanchis MÁ, Bernad-Carbonell F, Ayuso-Raya MC. ¿Por qué los graduados en medicina no quieren ser médicos de familia? *Rev Clin Med Fam [Internet].* 2023; 16(4):338-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2023000500006
39. World Medical Association (WMA). WMA statement on gender equality in medicine [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-gender-equality-in-medicine/>
40. World Health Organization (WHO). La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial: un análisis mundial en tiempos de COVID-19 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052895>
41. World Health Organization (WHO). *Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce.* (Human Resources for Health Observer Series No. 24). Geneva: WHO; 2019 [citado 11 sep 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515467>

Conflicto de intereses:

Las y 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.

Competencia intercultural en enfermería comunitaria: una etnografía focalizada sobre la articulación con medicina tradicional

Intercultural competence in community nursing: a focused ethnography on the articulation with traditional medicine



Olivera-Carrasco H^{1*}, **Santiago-Martínez, S²**, **Rico-Montoya NA³**.

1. Coordinador de Enseñanza de Enfermería, Dirección General de Coordinación de Operaciones y Enlace Sectorial, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; Ciudad de México, México.

2. Docente Investigadora, Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales e Interculturalidad, Universidad Nacional Rosario Castellanos, Ciudad de México, México.

3. Docente Investigadora, Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales e Interculturalidad, Universidad Nacional Rosario Castellanos, Ciudad de México, México.

RESUMEN

Introducción. En México, las comunidades indígenas conservan sus sistemas médicos tradicionales que coexisten con el modelo biomédico, pero cuya articulación sigue siendo limitada, lo que repercute en la calidad y la pertinencia cultural de la atención. La enfermería comunitaria, por su cercanía con la población y su rol educativo, constituye un agente clave para fortalecer el cuidado culturalmente competente en la prevención, detección y control de enfermedades crónicas. Sin embargo, persisten barreras lingüísticas, epistémicas y de reconocimiento institucional hacia la medicina tradicional, lo que limita el acceso a servicios de salud con pertinencia cultural. **Objetivo.** Analizar las prácticas y necesidades formativas del personal de enfermería comunitaria para impulsar la competencia intercultural y favorecer la articulación con la medicina tradicional en contextos indígenas. **Metodología.** Se realizó una etnografía focalizada, en una comunidad indígena del municipio de Acatlán de Pérez Figueroa, Oaxaca, mediante observación participante, y entrevistas semiestructuradas a enfermeras comunitarias con amplia trayectoria profesional. Los datos se analizaron mediante la codificación inductiva y triangulación metodológica, garantizando los principios éticos de la Declaración de Helsinki. **Resultados.** Los hallazgos evidenciaron que las enfermeras implementan estrategias adaptativas – uso de intérpretes comunitarios, materiales visuales con referentes locales y actividades lúdicas – que facilitan la comunicación intercultural, aunque sin respaldo institucional. Asimismo, expresaron interés en fortalecer la cooperación con agentes tradicionales de salud. **Conclusiones.** La enfermería comunitaria en contextos indígenas requiere una formación decolonial orientada a la competencia lingüística, el diálogo de saberes y la mediación intercultural. La falta de políticas institucionales que promuevan esta articulación reproducen un paradigma monocultural que impide consolidar una atención culturalmente apropiada, coherente con los valores, lenguas y prácticas de las comunidades. Con base en estos hallazgos, se propone una estrategia formativa crítica y decolonial que fortalezca el liderazgo de enfermería como puente entre la medicina tradicional y el modelo biomédico.

Autor(a) de

Correspondencia:

Olivera-Carrasco, H.
Coordinador de Enseñanza de Enfermería, Dirección General de Coordinación de Operaciones y Enlace Sectorial, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Secretaría de Salud; Ciudad de México, México.
correo electrónico: coordinacion.hfr21@gmail.com

Citar como:

Olivera-Carrasco, H, Santiago-Martínez, S, Rico-Montoya, NA. Competencia intercultural en enfermería comunitaria: una etnografía focalizada sobre la articulación con medicina tradicional *Rev CONAMED*. 2025;30(4): 204-217.

Fecha de recepción:

25 de agosto de 2025

Fecha de aceptación:

29 de octubre de 2025

Palabras clave: enfermería comunitaria; competencia cultural; medicina tradicional; atención primaria de salud; enfermedades crónicas.

ABSTRACT

Introduction. In Mexico, indigenous communities preserve their traditional medical systems, which coexist with the biomedical model, but whose articulation remains limited, affecting the quality and cultural relevance of care. Community nursing, due to its proximity to the population and its educational role, is a key agent in strengthening culturally competent care in the prevention, detection, and control of chronic diseases. However, linguistic, epistemic, and institutional recognition barriers to traditional medicine persist, limiting access to culturally relevant health services. **Objective.** To analyze the practices and training needs of community nursing staff to promote intercultural competence and encourage coordination with traditional medicine in indigenous contexts. **Methodology.** A focused ethnography was conducted in an indigenous community in the municipality of Acatlán de Pérez Figueroa, Oaxaca, through participant observation and semi-structured interviews with community nurses with extensive professional experience. The data were analyzed using inductive coding and methodological triangulation, ensuring compliance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki. **Results.** The findings showed that nurses implement adaptive strategies—use of community interpreters, visual materials with local references, and recreational activities—that facilitate intercultural communication, although without institutional support. They also expressed interest in strengthening cooperation with traditional health agents. **Conclusions.** Community nursing in indigenous contexts requires decolonial training focused on linguistic competence, dialogue of knowledge, and intercultural mediation. The lack of institutional policies that promote this articulation reproduces a monocultural paradigm that prevents the consolidation of culturally appropriate care consistent with the values, languages, and practices of the communities. Based on these findings, a critical and decolonial training strategy is proposed to strengthen nursing leadership as a bridge between traditional medicine and the biomedical model.

Keywords: community health nursing; cultural competency; traditional medicine; primary health care; chronic disease.

INTRODUCCIÓN

En México, las comunidades indígenas conservan sistemas médicos tradicionales que representan no solo un recurso terapéutico, sino también un pilar de identidad cultural, cohesión social y transmisión intergeneracional de saberes ancestrales.¹ Estos sistemas comprenden modos distintos de percibir, entender y cuidar la salud-enfermedad, vinculados al territorio, la espiritualidad, el entorno natural y la comunidad, y constituyen una forma legítima de conocimiento y práctica médica.² En muchas comunidades rurales y de difícil acceso, estos sistemas continúan siendo la primera opción de atención para amplios sectores de la población, coexistiendo de manera paralela con los servicios institucionales de salud.^{1,3} Sin embargo, la articulación efectiva entre la medicina tradicional y el modelo biomédico —aun fuertemente influido por un enfoque biologicista y monocultural— mantiene una posición hegemónica que invisibiliza o subordina los saberes locales.⁴ Esta falta de reconocimiento restringe la pertinencia cultural y lingüística al derecho a la salud, afectando la accesibilidad, adherencia terapéutica y aceptación del cuidado.^{3,4}

En el marco de los servicios de atención primaria de salud, la enfermería comunitaria constituye un eje estratégico por su cercanía con las personas, su capacidad de generar vínculos de confianza y su rol como agente educativo y mediador cultural.^{3,5} Sin embargo, diversas investigaciones señalan que el personal de enfermería carece frecuentemente de una formación intercultural robusta que les permita integrar de manera efectiva las cosmovisiones, prácticas y saberes propios de la medicina tradicional en sus intervenciones clínicas y de promoción de la salud.⁵

La enfermería comunitaria se define como la disciplina que aplica cuidados directos e indirectos a individuos, familias y comunidades con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, fomentando la participación comunitaria. El personal de enfermería comunitaria requiere desarrollar competencias interculturales, entendidas como el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que permiten ofrecer un cuidado congruente con las creencias, valores y prácticas culturales de los usuarios.^{5,6}

El enfoque de la enfermería comunitaria transita de un paradigma monocultural hacia una ecología de saberes, capaz de dialogar con la

diversidad de conocimientos y cosmovisiones. Este enfoque reconoce que existen múltiples formas de construir conocimientos, y que las concepciones de salud-enfermedad en los pueblos indígenas se encuentran profundamente ligadas al territorio, la memoria, la biodiversidad y la cosmovisión. Reconocer la diversidad contribuye a mejorar la calidad y pertinencia del derecho a la salud intercultural, respaldado por marcos normativos nacionales e internacionales que garantizan la atención conforme a lengua materna y con pertinencia cultural.⁶

En este sentido, la teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado de Madeleine Leininger plantea que el cuidado debe adaptarse a las características culturales del grupo atendido, promoviendo la preservación, negociación o reestructuración de las prácticas culturales para lograr una atención segura y aceptada.⁶

En la atención de las personas con enfermedades crónicas en comunidades indígenas, los desafíos se acentúan debido a la brecha sanitaria, las barreras lingüísticas y las diferencias en las cosmovisiones sobre el proceso salud-enfermedad.¹ Aunque algunas instituciones han incorporado elementos de interculturalidad, estos resultan insuficientes; se requieren nuevos mecanismos institucionales que fortalezcan el vínculo entre la medicina tradicional, la enfermería comunitaria y el modelo biomédico, bajo un marco de interculturalidad crítica.⁷

El verdadero reto no radica únicamente en la adaptación cultural, sino en la construcción de puentes dialógicos que reconozcan la validez de los saberes ancestrales y promuevan un aprendizaje mutuo entre ambos sistemas médicos.^{1,8} De esta manera, la enfermería comunitaria puede contribuir no solo a mejorar la calidad del cuidado, sino también a garantizar el derecho de los pueblos indígenas a una atención con pertinencia cultural y lingüística, en concordancia con la legislación mexicana y los instrumentos internacionales sobre los derechos de los pueblos indígenas.^{6,9,10}

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar las prácticas y necesidades formativas del personal de enfermería comunitaria para fortalecer su competencia intercultural y el reconocimiento de la medicina tradicional en los servicios de atención primaria, contribuyendo a mejorar la calidad y la pertinencia cultural de los cuidados.

CONTEXTO DEL ESTUDIO

La investigación se realizó en una comunidad indígena del municipio de Acatlán de Pérez Figueroa, Oaxaca, caracterizada por la coexistencia de sistemas médicos tradicional y biomédico para la atención de los procesos de salud y enfermedad, altos índices de marginación y uso predominante de lengua originaria en la vida cotidiana.^{3,4,11} Este entorno resultó idóneo para explorar procesos de mediación cultural y ecología de saberes en los servicios de atención primaria de salud.

Se encontró que, la comunidad dispone de una casa de salud en la que se proveen servicios básicos de salud, como son consulta de medicina general, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La infraestructura consta de un consultorio, sala de espera, sala de expulsión y un sanitario con letrina. El equipo de salud está conformado por un médico, dos enfermeras comunitarias y un promotor de la salud. Entre los principales problemas de salud que afectan a la población destacan las infecciones gastrointestinales, parasitarias, respiratorias y cutáneas, consideradas enfermedades básicas, así como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, clasificadas como enfermedades crónicas.¹¹

Comprender los servicios de la enfermería comunitaria desde una perspectiva intercultural permitió identificar los retos, desafíos y vacíos que existen en la formación de futuros profesionales de enfermería, necesarios para otorgar a las poblaciones históricamente excluidas y racializadas el ejercicio efectivo de su derecho a la salud con enfoque intercultural.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio cualitativo con enfoque etnográfico focalizado,^{4,12,13} y situado por su capacidad para comprender, desde una perspectiva holística, las interacciones, significados y prácticas culturales que configuran el ejercicio de la enfermería comunitaria en contextos indígenas. Este enfoque permitió analizar cómo el personal de enfermería interpreta, media y reconfigura su práctica profesional frente a los saberes de la medicina tradicional y los sistemas institucionales de atención.^{4,12}

La etnografía focalizada se eligió por su potencial para ofrecer una comprensión densa y

situada de fenómenos culturales específicos, en escenarios delimitados y en periodos temporales acotados del campo de la salud.^{12,13} A diferencia de la etnografía clásica de larga duración, esta modalidad se centra en eventos, interacciones y significados que emergen en torno a un tema concreto: la competencia intercultural en la práctica enfermera. Este diseño permitió recuperar las voces de las enfermeras comunitarias como agentes culturales, comprender los procesos de mediación entre saberes biomédicos y tradicionales, y documentar las estrategias empleadas para brindar cuidados culturalmente pertinentes.

El rol de investigador se desarrolló bajo la modalidad de observador participante, implicado en el contexto pero con plena conciencia reflexiva, reconociendo sus propios marcos de referencia y evitando la imposición de un paradigma monocultural.¹⁴ Esto implicó que la observación se realizara desde una postura dialógica, orientada al respeto y validación de la diversidad epistémica.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se emplearon dos técnicas complementarias: la observación participante y entrevistas semiestructuradas.

a) Observación participante, la cual constituyó la técnica central de campo, ya que permitió captar matices culturales y relacionales no verbalizados del cuidado: gestos, silencios, actitudes y dinámicas relacionales entre enfermeras, pacientes y agentes tradicionales.^{13,14} Esta técnica favoreció la comprensión de las prácticas implícitas, los códigos simbólicos de interacción y la manera en que se negocian los significados del cuidado en entornos interculturales.

Se realizaron observaciones durante la jornada de salud, consultas en la casa de salud y actividades educativas. Se registraron interacciones entre enfermeras, población y agentes de salud tradicionales, integrando los datos en diarios de campo que incluyeron descripciones densas, fragmentos de diálogo y reflexiones analíticas preliminares. Este registro permitió contrastar los discursos institucionales sobre interculturalidad con las prácticas reales de cuidado, revelando la brecha entre la normatividad y la experiencia cotidiana.^{7,11}

b) Entrevistas semiestructuradas, como técnica complementaria, se realizaron entrevistas en profun-

dididad a dos enfermeras comunitarias con más de 20 años de experiencia en la región, seleccionadas mediante muestreo intencional por su conocimiento del contexto, dinámicas interculturales y estrategias educativas.^{11,13} Estas informantes clave permitieron comprender las estrategias de articulación entre medicina tradicional y modelo biomédico, así como los factores que favorecen o limitan la competencia intercultural en su práctica cotidiana.

Para guiar las entrevistas se elaboró un guion flexible de 10 preguntas abiertas, que permitió explorar las siguientes interrogantes centrales: (*Anexo 1*)

1. ¿Me puede platicar de usted y de su actividad como enfermera (o) comunitaria?
2. ¿Me puede platicar cómo es la comunidad en donde usted trabaja, a qué se dedica la población, como es el gobierno, sus tradiciones, la lengua y escuelas?
3. ¿Cuáles son las enfermedades o padecimientos principales que padece la población?
4. ¿Cuáles son los medios a los que acuden las personas para la atención de su salud?
5. ¿Cómo entabla una conversación con las personas que hablan la lengua indígena?
6. ¿Qué dificultades enfrenta para promover educación para la salud a las personas que hablan la lengua indígena?
7. ¿Qué prácticas educativas y didácticas utiliza para educar a la población?
8. ¿Cómo se vinculan los servicios de salud con las prácticas de la medicina tradicional que se proporciona por las parteras, curanderas o médicos tradicionales?
9. ¿Cómo se dan los momentos de retroalimentación de sus explicaciones con los saberes tradicionales?
10. ¿Cómo podría usted impulsar el reconocimiento de la interculturalidad y las cosmovisiones del cuidado de la salud de la población?

Las entrevistas se realizaron por videollamada, con una duración promedio de 50 minutos, y se grabaron

con consentimiento informado verbal. Fueron transcritas de manera literal y posteriormente analizadas.

ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS

El análisis se realizó siguiendo los principios de la codificación temática inductiva,¹¹ desarrollada en cinco fases:

1. Lectura reiterada de transcripciones y diarios de campo.
2. Identificación de unidades de significado emergentes.
3. Agrupación de códigos en categorías temáticas mediante comparación constante.
4. Integración de marcos teóricos de Leininger y Freire.^{6,10}
5. Interpretación final a través de triangulación metodológica, contrastando observaciones, entrevistas y documentos comunitarios.

La saturación teórica se alcanzó cuando no emergieron nuevas categorías relevantes. El análisis mantuvo una orientación reflexiva constante, en la que el investigador evaluó sus propios supuestos culturales y profesionales, garantizando rigor interpretativo y validez interna.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se desarrolló conforme a los principios de la Declaración de Helsinki,¹⁵ y la normativa nacional mexicana en materia de investigación en salud. Los participantes otorgaron consentimiento informado verbal, resguardándose la confidencialidad y el anonimato mediante códigos alfanuméricos. Los registros se almacenaron en dispositivos cifrados, se evitó alterar el entorno cultural o interferir en las dinámicas tradicionales de cuidado, preservando los principios de no maleficencia y respeto intercultural.

ENFOQUE TEÓRICO

La enfermería es una disciplina que se encuentra dentro del universo de las ciencias de la salud, sin embargo, no se limita al estudio de lo biológico, sino que se inserta en el ámbito de lo humano, lo cultural y lo social.² Su objeto de estudio el cuidado abarca la dimensión biológica, psicológica, ética y simbólica que varían según el contexto histórico y sociocultural.² En este sentido, la enfermería

comunitaria busca promover, mantener y restaurar la salud de la población desde un enfoque participativo, reconociendo los determinantes sociales y culturales que influyen en el bienestar colectivo.¹³

A diferencia de la práctica clínica hospitalaria, la enfermería comunitaria se fundamenta en la proximidad, el diálogo y la mediación cultural, estableciendo vínculos horizontales con las comunidades y reconociendo a las personas como sujetos activos de su proceso salud-enfermedad.³ Este modelo transita desde una visión asistencialista hacia un enfoque emancipador del cuidado, donde la enfermera se convierte en agente educativo, promotora de salud y mediadora intercultural.

La comprensión de la competencia intercultural en este estudio se sustentó en dos enfoques teóricos complementarios:

1. Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

Leininger argumenta que es indispensable respetar y aceptar las diferencias culturales, aplicar la sensibilidad para entender cómo estas diferencias influyen en las relaciones, y la capacidad de desarrollar modalidades de cuidado que mejoren los encuentros culturales.⁶ Su teoría sostiene que las prácticas de salud y las decisiones sobre el cuidado deben estar en armonía con los valores, creencias y modos de vida de las personas a quienes se atiende. Para ello, el profesional debe identificar qué elementos culturales pueden preservarse, adaptarse o negociarse a fin de promover el bienestar sin imponer modelos externos.

En contextos indígenas, esta perspectiva adquiere una relevancia particular pues el proceso salud-enfermedad se encuentra profundamente vinculado con la cosmovisión, la espiritualidad, el territorio y la comunidad. Aplicar la teoría de Leininger en la enfermería comunitaria implica reconocer que cada cultura posee sistemas de cuidado propios, articulados con sus recursos simbólicos, naturales y sociales.^{6,16}

En este estudio, la teoría de Leininger permitió interpretar las prácticas y estrategias de las enfermeras comunitarias como expresiones situadas de cuidado cultural, en las que se materializa la negociación entre la biomedicina institucional y los saberes de la medicina tradicional. Además, funcionó como guía para analizar cómo las profesionales

reconstruyen su rol desde la sensibilidad cultural, la empatía y la ética del respeto a la diferencia.

2. Educación Dialógica y Pedagogía Crítica de Paulo Freire.

Freire,¹⁰ concibe la educación como un proceso liberador, donde las personas son sujetos activos capaces de transformar su realidad mediante la reflexión y la acción. En el ámbito de la salud, la educación dialógica se manifiesta en la relación horizontal entre profesional y comunidad, en la que ambos aprenden y enseñan mutuamente.

Desde esta visión, la enfermería comunitaria no solo transmite información biomédica, sino que facilita procesos de coaprendizaje y de construcción colectiva del conocimiento. Este enfoque se traduce en prácticas educativas que integran la cosmovisión local, el idioma indígena y los saberes ancestrales como recursos pedagógicos y terapéuticos.

La integración de la pedagogía crítica en la práctica de enfermería permite decolonizar los procesos formativos, desafiando la visión eurocéntrica del cuidado y recuperando el conocimiento ancestral como fuente legítima de aprendizaje. Así, el cuidado se entiende no solo como intervención clínica, sino como un acto político y cultural que contribuye a la justicia epistémica y a la equidad en salud.^{8,10}

Estos marcos facilitaron el reconocimiento de la interculturalidad como un proceso de negociación y construcción compartida de significados.

Ambos enfoques Leininger y Freire convergen en la idea de que el cuidado es una relación ética, dialógica y culturalmente situada. Mientras que Leininger proporciona el sustento epistemológico del respeto a la diversidad cultural, Freire ofrece la metodología pedagógica para materializar ese respeto en prácticas diarias transformadoras.

Desde esta articulación teórica, la competencia intercultural se entiende no como un conjunto de habilidades técnicas, sino como un proceso reflexivo, ético y político que implica:

- Comprender las relaciones de poder entre sistemas médicos.
- Reconocer la legitimidad del saber tradicional.
- Construir espacios de aprendizaje mutuo y corresponsabilidad.

Este marco teórico permitió analizar cómo las enfermeras comunitarias operan como mediadoras culturales entre la medicina tradicional y el modelo biomédico, transformando la práctica del cuidado en un acto de justicia epistémica y equidad social.^{8,10}

RESULTADOS

El análisis temático inductivo,¹² permitió la construcción de cuatro categorías centrales que sintetizan las experiencias, percepciones y prácticas relatadas por las enfermeras comunitarias en torno a la competencia intercultural y su vinculación con la medicina tradicional en el ámbito de los servicios de atención primaria de salud. Estas categorías muestran la manera en que las enfermeras negocian significados, adaptan sus estrategias y reinterpretan su rol dentro de un sistema de salud predominantemente biomédico.

1. Reconocimiento del contexto sociocultural como eje del cuidado

Las participantes subrayaron que conocer las características socioculturales, lingüísticas y económicas de la comunidad es la base para diseñar intervenciones de salud culturalmente pertinentes.⁶ La planificación en salud comunitaria implica indagar saberes y prácticas de cuidados de la salud de acuerdo con las cosmovisiones y legados de las comunidades, pues en cada comunidad existen saberes milenarios de la medicina tradicional y que han sido transmitidos de generación a generación. Cuando éstos son reconocidos y valorados por el personal de enfermería existen nuevas relaciones que configuran diálogos interculturales entre las sabedoras y los sabedores de la medicina tradicional y las enfermeras. Sin embargo, hay que especificar que el personal de enfermería es un profesional capaz de generar procesos participativos comunitarios para ajustar y en su caso adecuar las intervenciones de salud los cuales influyen en la aceptación de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como en la adherencia terapéutica de acuerdo con el contexto sociocultural.

Estos hallazgos coinciden con los principios de la "*Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Leininger*";⁶ que plantea que el cuidado debe ser culturalmente adecuado con los valores y estilos de vida del grupo atendido, a fin de evitar la imposición cultural y el etnocentrismo, que podrían provocar choques y conflictos culturales

entre los usuarios y el personal de enfermería. En este estudio, el reconocimiento del contexto se consolidó como una competencia intercultural fundamental que orienta la práctica profesional hacia la justicia cultural y la equidad sanitaria.

2. Estrategias de comunicación adaptadas a hablantes de lenguas originarias

El uso de la lengua es un puente comunicativo que coadyuva a entender las acciones y conocimientos que las personas de la comunidad realizan en su vida cotidiana. La lengua es también un referente que permite comprender y entender significados que las personas de una cultura construyen de acuerdo con su cosmovisión, es, además, las formas de nombrar el mundo. Considerar la lengua un puente comunicativo posibilita la comprensión de dos mundos totalmente distintos.

En el ámbito de la salud, el uso de la lengua con pertinencia lingüística es un derecho que tienen las comunidades y pueblos indígenas, cuando el derecho lingüístico es violentado por alguna institución es reflejo del racismo estructural que agudiza las desigualdades sociales a poblaciones históricamente excluidas. Aunque existen experiencias en que incorporan a hablantes de lenguas indígenas para garantizar la accesibilidad y asequibilidad a la población al derecho a la salud, no es suficiente, pues se necesitan de formación de intérpretes de lenguas indígenas, esto implica, generar procesos en el desarrollo de técnicas, modalidades y métodos de interpretación en el ámbito de la salud, por lo que ser hablante de lengua indígena no hace a la persona interprete en su lengua.⁷ En las entrevistas, las enfermeras resaltaron que la traducción literal institucional no garantiza la comprensión del mensaje, dado que ciertos conceptos biomédicos carecen de equivalentes directos en lengua indígena. Para subsanar la ausencia de formación de intérpretes, recurrieron a explicaciones situadas en la cosmovisión local, integrando ejemplos y analogías propias del contexto, en sintonía con un enfoque de diálogo de saberes.¹⁷ Frente a estas barreras, implementaron estrategias comunicativas innovadoras, entre ellas: el uso de intérpretes comunitarios elegidos por consenso local; materiales visuales elaborados con referentes culturales propios; actividades lúdicas y dramatizaciones en lengua originaria para educación en salud.

Estas estrategias buscaron promover el diálogo sobre la importancia de comprender la salud desde el ámbito biomédico sin dejar de lado la medicina tradicional, como se evidencia en los siguientes extractos de las entrevistas, realizadas durante el estudio.

• Experiencia como Enfermera Comunitaria:

"Primero, cuando llegamos a la comunidad tuvimos que nombrar a un traductor que la misma comunidad eligió, en acuerdo con las autoridades de ahí. Con ello, nosotros empezamos a detectar de qué religión son, que tipo de medicamentos consumen o cuál es su cosmovisión de su comunidad, cuántas parteras, hierberos, hueseros, incluso hasta brujos. Estas comunidades tenían una, dos o tres personas que atendían partos, tenían al curandero o curandera que cuando les picaba una víbora les daban un ungüento o cuando se enfermaba del estómago les daban un té. Cuando nosotros llegamos hace 22 años, las personas no se dejaban vacunar, no se dejaban revisar las mujeres, entonces tuvimos que unirnos con el pastor de la comunidad, con el cura de la iglesia, visitar a los curanderos, a los hierberos para que ellos nos apoyaran". (E01).¹¹

• Formas de Comunicación con personas de lengua indígena:

"El promotor organiza los talleres y busca al traductor, nosotras las enfermeras damos los talleres, con el apoyo de rotafolios de papel bond, se ilustra con personajes con vestimenta de la comunidad" (E01). "Yo tengo una auxiliar, que es una señora de la comunidad que traduce en su lengua, cuando yo empiezo a hablar o explicándoles, les empieza a hablar en su lengua, ella les comenta" (E02).¹¹

• Dificultades para promover la educación para la salud a las personas de lengua indígena:

"La lengua es la barrera más importante, porque yo no hablo la lengua indígena, los adultos mayores son a los que se les dificulta hablar el español, solo un 20% habla español, tanto hombres como mujeres, con los jóvenes había un poco de dificultad para enseñarles sobre los métodos de planificación familiar, ellos ponían su barrera de que no necesitaban ese tipo de métodos, pero les explicamos a través de ilustraciones, de folletos informativos" (E02).¹¹

• Uso de prácticas educativas y estrategias pedagógicas:

“Usamos rotafolios para explicar a la gente, en los talleres hacemos muchos juegos, hacemos dos ruedas en sentido del reloj, y cantamos una canción de diabetes que escribieron ellas mismas, el juego de las sillas, con las mamás jóvenes llevamos un muñeco para enseñarles a vestir y enseñar a amamantar, la papa caliente, la lotería con imágenes que representan a las personas enfermas, con temas de hipertensión y diabetes donde tienen que explicar los síntomas que observan en las personas, fichas de alimentos para enseñarles a combinar alimentos, desafortunadamente desde la pandemia ya no hemos hecho este tipo de reuniones, la gente dejó de acudir, la jurisdicción nos dio unos folders con información para educación para la salud, pero nosotros no lo pudimos implementar porque no estaba hecho para la lengua indígena, nos dio muchas ideas pero no lo pudimos aplicar” (E01).¹¹

Este resultado refleja un avance concreto en la implementación del derecho lingüístico en salud, entendido como el derecho de las comunidades a recibir atención en su lengua y con pertinencia cultural.^{8,17} Sin embargo, también evidencia la ausencia de políticas estructuradas que garanticen la profesionalización de intérpretes de lenguas indígenas en el sistema de salud, un vacío que perpetúa la inequidad lingüística y cultural. Reconocer la salud como un derecho humano requiere adaptarla a los contextos socioculturales y lingüísticos, superando los patrones monoculturales de la medicina biomédica hacia un acceso a la salud informada y adecuada a las necesidades y problemáticas que viven las comunidades.

3. Ausencia de articulación formal con la medicina tradicional

Las enfermeras reconocieron la vigencia, eficacia y legitimidad social de los saberes y prácticas de la medicina tradicional incluyendo el trabajo de curanderos, parteras y hueseros, pero señalaron la inexistencia de mecanismos institucionales de colaboración.^{3,4} Las interacciones actuales con agentes tradicionales ocurren de forma ocasional e informal, sustentadas en relaciones de confianza interpersonal, sin respaldo de protocolos o estrategias oficiales.

Esta situación limita la continuidad del cuidado, debilita la coordinación interinstitucional y mantiene un modelo de atención fragmentado

y biologicista.⁴ No obstante, se evidenció un avance cualitativo: el reconocimiento mutuo entre enfermeras y agentes tradicionales como actores complementarios en el proceso de salud-enfermedad. Este reconocimiento representa un paso hacia la interculturalidad crítica, en la que el diálogo de saberes comienza a configurarse de manera horizontal, aunque todavía carece de formalización operativa.

4. Necesidades formativas para fortalecer la competencia intercultural

Las participantes reportaron una insuficiencia en su formación profesional para abordar la diversidad cultural de forma sistemática. Identificaron vacíos en el currículo de enfermería y en los programas de capacitación laboral sobre interculturalidad, principalmente en tres áreas:

- Aprendizaje funcional de lenguas originarias.
- Conocimientos sobre prácticas de terapias tradicionales y fundamentos simbólicos.
- Aplicación de estrategias de educación para la salud con pertinencia cultural.³

Coincidieron en que los espacios de formación actuales mantienen una visión eurocéntrica, donde los saberes tradicionales son tratados como anecdóticos o marginales. Propusieron que un currículo de capacitación decolonizado, orientado por la pedagogía crítica,^{18,19} permitiría construir puentes sólidos entre el conocimiento biomédico y el saber ancestral, favoreciendo intervenciones más aceptadas, sostenibles y culturalmente legítimas.

Sin embargo, este estudio mostró un progreso tangible respecto a la independencia profesional y la innovación pedagógica de las enfermeras comunitarias, quienes han estado creando sus propios materiales didácticos y ajustando sus modos de trabajo a los recursos disponibles en su entorno laboral. No obstante, subrayaron la necesidad de respaldo institucional para construir sobre esos esfuerzos políticas de formación permanentes y sistematizadas.

En general, las cuatro categorías muestran que las enfermeras comunitarias actúan como mediadoras entre dos racionalidades, la biomédica y la tradicional. Su pedagogía cotidiana implica fusionar el respeto cultural, la innovación pedagógica y una ética del cuidado para crear un modelo práctico emergente de competencia intercultural. Aunque

los avances señalados son resultado del apoyo comunitario, su fortalecimiento depende de políticas públicas que consideren la interculturalidad no como un discurso, sino como un principio estructural de los servicios de salud.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que la competencia intercultural en enfermería comunitaria trasciende las habilidades técnicas y comunicativas, al ampliar una transformación estructural del paradigma del cuidado en contextos indígenas.^{1,2} La ausencia de articulación formal con la medicina tradicional revela la persistencia de un paradigma monocultural en las políticas de salud, donde el enfoque biologicista privilegia un modelo único de atención y subordina los saberes locales a estándares biomédicos.^{3,4} Este fenómeno se vincula con lo que Boaventura de Sousa Santos denomina racismo epistémico, entendido como la deslegitimación sistemática de conocimientos, prácticas y cosmovisiones que no se ajustan a la racionalidad eurocéntrica dominante.⁸

Desde la perspectiva de la "*Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Leininger*", la comprensión de los valores, creencias y prácticas de la población no solo enriquece el cuidado, sino que orienta la toma de decisiones sobre qué elementos preservar, adaptar o negociar para lograr una atención congruente con el contexto cultural.⁶ Esta teoría permitió interpretar que las enfermeras participantes actúan como mediadoras entre dos sistemas de pensamiento: el biomédico y el tradicional, desarrollando estrategias de negociación simbólica y operativa para sostener la confianza y la aceptación comunitaria.^{6,10}

La categoría de reconocimiento del contexto sociocultural enfatiza la relevancia de la ecología de saberes como propuesta para construir puentes entre la ciencia biomédica y los sistemas médicos tradicionales.^{6,8} La ecología de saberes propuesta por de Souza Santos,⁸ y Menéndez,⁷ plantea un marco para construir puentes epistemológicos entre la ciencia y la tradición, superando la dicotomía entre lo moderno y lo ancestral. Este enfoque permitiría que las estrategias de educación en salud se nutran tanto de la evidencia científica como de las culturas y prácticas de la medicina tradicional, fortaleciendo la pertinencia cultural y la aceptabilidad de las intervenciones.⁶

Por otro lado, las "*estrategias de comunicación adaptadas*" descritas por las participantes muestran un alto grado de innovación y sensibilidad cultural.¹¹ No obstante, su desarrollo depende más de la experiencia personal que de una política pública o un currículo formal, lo que evidencia la necesidad de decolonizar el currículo en la formación de enfermería.^{18,19} Esto implicaría integrar de manera estructural contenidos sobre lenguas originarias, prácticas de salud tradicionales y metodologías participativas, así como la incorporación de la pedagogía crítica para fomentar un pensamiento reflexivo y transformador en los futuros profesionales.^{10,17}

Respecto a las "*necesidades formativas*", las participantes señalaron que la capacitación en lenguas originarias y en estrategias culturalmente pertinentes no solo es un recurso técnico, sino un ejercicio ético de respeto a los derechos de las poblaciones vulnerables particularmente indígenas, afrodescendientes, migrantes y desplazados quienes enfrentan barreras históricas de acceso y discriminación en los servicios de salud.²⁰ Incluir estos componentes en la educación continua del personal de enfermería comunitaria podría transformar la relación entre el sistema de salud y las comunidades, favoreciendo la construcción de alianzas interculturales sostenibles.^{1,4}

La competencia intercultural, entendida en este estudio, va más allá de la adaptación cultural: constituye una postura ética y política frente a la diversidad. Implica reconocer que el conocimiento biomédico y los saberes tradicionales pueden coexistir de forma complementaria.^{3,16} Este enfoque contribuye a la justicia epistémica, fortaleciendo la autonomía cultural de los pueblos indígenas y la eficacia de las intervenciones en salud.^{8,20,21} Para ello, este estudio propuso un Programa para la capacitación en Interculturalidad para el personal de Enfermería Comunitaria (*Tabla 1*).

Módulo	Título	Objetivo	Contenidos clave	Estrategias didácticas	Evaluación
M1	Fundamentos de salud intercultural y enfermería comunitaria	Analizar los principios y marcos conceptuales de la salud intercultural y su aplicación en el cuidado comunitario.	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptos de interculturalidad en salud - Determinantes sociales y culturales - Rol de la enfermería comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Clase magistral participativa - Estudio de casos locales - Debate guiado 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensayo reflexivo - Mapa conceptual
M2	Comunicación y empatía en contextos interculturales	Desarrollar habilidades comunicativas y empáticas que faciliten la interacción efectiva con pacientes de contextos culturales diversos.	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa - Lenguaje no verbal y códigos culturales - Uso de intérpretes comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> - Taller vivencial - Juego de roles - Dinámicas de sensibilización 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación estructurada - Portafolio de evidencias
M3	Competencia lingüística y articulación con la medicina tradicional	Fortalecer las habilidades lingüísticas en lenguas originarias y promover la coordinación efectiva con practicantes de medicina tradicional	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción al vocabulario básico en lengua local - Técnicas para entrevistas clínicas bilingües - Protocolos de referencia y contrarreferencia con terapeutas tradicionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas con hablantes nativos - Entrevistas simuladas - Visitas de observación a curanderos o parteras 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de cotejo de desempeño - Registro reflexivo
M4	Enfermedades crónicas y cuidados culturalmente adaptados	Implementar intervenciones de prevención y manejo de enfermedades crónicas con pertinencia cultural.	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes, hipertensión y enfermedades respiratorias en comunidades indígenas - Barreras culturales en adherencia al tratamiento - Diseño de material educativo culturalmente pertinente 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de material visual - Visitas domiciliarias simuladas - Estudio de casos clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Rúbrica de proyecto - Presentación grupal
M5	Saberes ancestrales y complementariedad en salud	Reconocer e integrar prácticas y saberes tradicionales en el cuidado de la salud de forma complementaria y respetuosa.	<ul style="list-style-type: none"> - Inventario de terapias y plantas medicinales locales - Criterios para integración segura con tratamientos biomédicos - Estrategias de articulación institucional-comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Conversatorio con portadores de saberes - Registro etnográfico - Elaboración de guía colaborativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe etnográfico - Evaluación por pares
Perfil docente/Facilitador		Profesionales de salud con experiencia intercultural, expertos en pedagogía crítica, antropólogos/as de la salud, mediadores interculturales y lingüísticos (preferentemente de la comunidad).			

Tabla 1. Propuesta de Programa para la capacitación en Interculturalidad para el personal de Enfermería Comunitaria

Fuente: Elaboración propia.

El marco básico para este proceso lo proporciona el método de la Educación Dialógica, junto con la Pedagogía Crítica de Freire.¹⁰ Según esta, la enseñanza es una especie de práctica de liberación que mejora la capacidad de mover la mente de las personas a través de la conciencia crítica y la acción. Aplicar este ethos a la enfermería comunitaria significa convertir la relación profesional-paciente en un diálogo horizontal afirmativo de conocimiento en el que ambos socios son considerados concedores y agentes de cambio.

En este proceso transformador, las enfermeras comunitarias también participan en la innovación pedagógica, así como en la práctica clínica. Los resultados de este estudio indican que las enfermeras comunitarias desempeñan un papel importante en la innovación pedagógica, fomentan procesos para mejorar el tejido de las comunidades y promueven la buena voluntad (especialmente al tratar enfermedades crónicas).^{11,22}

En conclusión, la investigación ha encontrado que el establecimiento de políticas públicas para institucionalizar la interculturalidad crítica garantiza algunos beneficios. En lugar de decidir el modelo de medicina u hospital, convierte la política de salud en una transformación ética y epistemológica.^{1,8} Esto implica el reconocimiento de otras maneras de conocer y vivir, como la tradición y el folklore, el derecho de todos en cualquier parte del mundo a ser tratados en su idioma de origen, y hacer que los afectados tengan una participación real en cómo recibirán la atención.

En resumen, la enfermería comunitaria es un puente epistémico y cultural entre la medicina tradicional y la biomedicina occidental, incorporando la ecología del conocimiento y un espacio para la justicia de la salud epistémica. Este híbrido es absolutamente necesario si queremos avanzar hacia un modelo de salud que sea verdaderamente inclusivo, equitativo y culturalmente sensible, donde el cuidado se convierta en un acto de respeto, reciprocidad y transformación social.

CONCLUSIONES

El presente estudio confirma que la enfermería comunitaria es crucial para orientar el sistema de salud hacia un modelo más inclusivo, equitativo y competente en materia educativa. En este contexto indígena, las enfermeras comunitarias no solo deben responder a las demandas del modelo biomédico,

sino también tener en cuenta la diversidad cultural, lingüística y epistémica dentro de las comunidades que atienden.^{3,4}

Los hallazgos mostraron que las enfermeras participantes han desarrollado estrategias de mediación cultural y comunicación adaptada que facilitan la comprensión, la confianza y la adherencia terapéutica, especialmente en el caso de enfermedades crónicas.^{11,22} Por ejemplo, estos esfuerzos personales pertenecen a la iniciativa individual y a la experiencia profesional acumulada.

Debido a que en el orden institucional todavía faltan mecanismos para la colaboración con agentes de salud tradicional curanderos, parteras, hueseros, existe un paradigma monocultural y un enfoque biologicista que limitan ciertos tipos de conocimientos considerándolos meramente prácticas ancestrales.^{3,4,6} El resultado de este sesgo epistémico es limitar la apertura de canales de diálogo formativo y modelos de atención integral, socavando el respeto y la reciprocidad.

Avanzar hacia una interculturalidad crítica significa pasar de experiencias locales aisladas a políticas operativas sostenibles que institucionalicen el diálogo de saberes entre el sistema biomédico y los sistemas médicos tradicionales.^{1,3,8} Esto implica reconocer la legitimidad plena de los conocimientos indígenas, promover la participación de los agentes comunitarios de salud y garantizar que la atención se brinde en la lengua originaria y con pertinencia cultural.^{20,21}

Asimismo, la decolonización del currículo de enfermería es una condición necesaria para preparar a profesionales interculturales. La incorporación de lenguas originarias, prácticas de medicina tradicional y metodologías pedagógicas que adopten la pedagogía crítica de Freire hace posible que la enfermería comunitaria se establezca como un puente epistémico y ético entre el modelo biomédico y la medicina ancestral.^{10,16,22}

Estas transformaciones deben ser consideradas no solo como una mejora técnica, sino como un compromiso ético con el derecho a la salud de los pueblos históricamente marginados, incluyendo indígenas, afrodescendientes, migrantes y desplazados.^{9,20} Desde esta perspectiva, la competencia intercultural se convierte en una práctica política que busca tanto la justicia para la episteme como la equidad en la salud pública.

Finalmente, este estudio concluye que solo a través de vínculos efectivos entre el conocimiento tradicional y el conocimiento científico puede surgir una atención integral genuina, ser lo suficientemente legítima como para tener sentido social y ser ampliamente aceptada como norma. La enfermería comunitaria, al situarse en el territorio, en el diálogo y en la comprensión cultural, se reafirma como una disciplina clave en la construcción de un sistema de salud intercultural, capaz de garantizar el derecho al cuidado con dignidad, respeto y pertinencia cultural para todos los pueblos de México.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud, México. Interculturalidad en salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. 3a ed. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento; 2014 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>
2. Altamira-Camacho R. La disciplina de enfermería. Una perspectiva sobre su campo y dominio. *Index Enferm* [Internet]. 2023;32(2):e14252 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235589>
3. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., EUA; 2017 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5585:2011-cultural-diversity-health&Itemid=72495&lang=es#gsc.tab=0
4. Dorado Martínez C. Etnofarmacología, riqueza terapéutica de México para el desarrollo social sostenible. *Ecociencia Int J* [Internet]. 2020;2(3):54-65 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.35766/je20236>
5. Iglesias Moré S. ¿Qué es la Enfermería Comunitaria? [Internet]. *Red Cubana de Enfermería Comunitaria*; [2025] [citado 23 oct 2025]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/acerca-de/que-es-la-enfermeria-comunitaria/>
6. McFarland M. Madeleine M. Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier España; 2010. p. 454-9
7. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2003;8(1):185-207 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>
8. Santos BS. *Epistemologías del Sur. Perspectivas*. Madrid: Akal; 2014
9. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 2. 5 de febrero de 1917, Última reforma publicada DOF 18-11-2022 (México). Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
10. Freire P. *Pedagogía de la esperanza: un encuentro con pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI; 1993 [citado 3 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86901005>
11. Olivera Carrasco H, Santiago Martínez S, Rico Montoya NA, Alejandro García S. Educación para la prevención y control de enfermedades crónicas en comunidades interculturales por personal de enfermería [tesis por informe académico por experiencia profesional]. Ciudad de México: Universidad Rosario Castellanos; 2024
12. Cotán A. El método etnográfico como construcción de conocimiento: un análisis descriptivo sobre su uso y conceptualización en ciencias sociales. *Márgenes Rev Educ Univ Málaga* [Internet]. 2020;1(1):83-103 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24310/mgnmar.v1i1.7241>
13. Peralta Martínez C. Etnografía y métodos etnográficos. Análisis. *Rev Colomb Humanid* [Internet]. 2009;(74):33-52 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=515551760003>
14. Jociles Rubio MI. La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Rev Colomb Antropol* [Internet]. 2018;54(1):121-50 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.22380/2539472X.386>

15. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Fortaleza, Brasil; 2013 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
16. Hernández Freeman L. Análisis de la participación comunitaria desde una perspectiva sociocultural. *Estud Desarro Soc Cuba Am Latina* [Internet]. 2015;3(3):14-24 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552357188009>
17. Santiago Martínez S. Narrativas de intérpretes en lenguas indígenas sobre el racismo lingüístico y el acceso a la justicia en México. *Rev DyCS Victoria*. 2024;7(1):42-57. doi:10.29059/rdycsv.v7i1.212
18. Santos BdS. *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce; 2010
19. Méndez Karlovich M. Curriculum y colonialidad. Repensando el curriculum desde las Epistemologías del Sur. *Archivos de Ciencias de la Educación* [Internet]. 2020 [citado 25 de mayo de 2025];14(18):e089. doi:10.24215/23468866e089
20. Comisión Nacional de Derechos Humanos. El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades [Internet]. México: CNDH; 2015 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>
21. Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas [Internet]. Nueva York: ONU; 2007 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
22. Martínez-Hernández Á. *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos; 2008

Olivera-Carrasco H. ORCID: 0000-0001-6721-0676
 Santiago-Martínez S. ORCID: 0009-0003-5493-8416
 Rico-Montoya NA. ORCID: 0000-0002-4743-2615

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.

Anexo 1. Guión de entrevista semiestructurada para enfermeras comunitarias

PROYECTO					
Título	Educación a la población sobre la prevención y control de las Enfermedades crónicas por personal de enfermería comunitaria con enfoque intercultural.				
Lugar de la entrevista					
Fecha				Hora	
PARTICIPANTE					
Participante	E01	Identidad de género: Hombre () Mujer () Prefiero no decirlo ()			
Nivel Académico:	Licenciatura ()	Especialidad ()	Maestría ()	Doctorado ()	
Puesto:			Antigüedad laboral (años):		
CUESTIONARIO					
Esta entrevista busca conocer la práctica educativa del personal de enfermería comunitaria hacia la población indígena para la promoción de la salud, la prevención y control de las enfermedades crónicas (EC). La información que proporcione será utilizada para desarrollar un proyecto de educación intercultural para el personal de enfermería y será de carácter confidencial. La realización del cuestionario es voluntaria.					
¿Está de acuerdo en participar en esta entrevista?			Si ()	No ()	
¿Me puede otorgar su consentimiento para grabar esta entrevista?			Si ()	No ()	
Preguntas Guía					
1. ¿Me puede platicar de usted y de su actividad como enfermera (o) comunitaria?					
2. ¿Me puede platicar cómo es la comunidad en donde usted trabaja, a qué se dedica la población, como es el gobierno, sus tradiciones, la lengua y escuelas?					
3. ¿Cuáles son las enfermedades o padecimientos principales que padece la población?					
4. ¿Cuáles son los medios a los que acuden las personas para la atención de su salud?					
5. ¿Cómo entabla una conversación con las personas que hablan la lengua indígena?					
6. ¿Qué dificultades enfrenta para promover educación para la salud a las personas que hablan la lengua indígena?					
7. ¿Qué prácticas educativas y didácticas utiliza para educar a la población?					
8. ¿Cómo se vinculan los servicios de salud con las prácticas de la medicina tradicional que se proporciona por las parteras, curanderas o médicos tradicionales?					
9. ¿Cómo se dan los momentos de retroalimentación de sus explicaciones con los saberes tradicionales?					
10. ¿Cómo podría usted impulsar el reconocimiento de la interculturalidad y las cosmovisiones del cuidado de la salud de la población?					

De la cuasifalla al evento centinela: análisis conciliatorio de un caso de caída postoperatoria en una persona adulta mayor

From near-miss to sentinel event: a conciliatory analysis of a case of postoperative fall in an older adult



Olvera-Martínez LD^{1*}.

1. Dirección de Conciliación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Ciudad de México.

RESUMEN

Se presenta el caso de una persona adulta mayor intervenida quirúrgicamente por oclusión intestinal en una unidad médica privada, procedimiento que transcurrió sin complicaciones inmediatas. Durante su estancia en el área de recuperación, el paciente manifestó agitación y ansiedad compatibles con síndrome confusional agudo postoperatorio; no obstante, no se implementaron medidas preventivas de seguridad a pesar de haberse registrado un primer evento de cuasifalla. Posteriormente, el paciente sufrió una caída de su propia altura que derivó en un desenlace fatal, constituyendo un evento centinela. El caso fue tramitado como queja médica ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y se resolvió durante la etapa conciliatoria mediante el diálogo entre las partes y la intervención de conciliadores especializados. Este caso pone de manifiesto la importancia de reconocer y manejar oportunamente los factores de riesgo de caída en personas adultas mayores, así como de fortalecer los sistemas de reporte, análisis y respuesta ante incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Palabras clave: seguridad del paciente; evento centinela; conciliación médica; adulto mayor; prevención de caídas.

ABSTRACT

This report describes the case of an older adult who underwent surgery for intestinal obstruction in a private medical facility, a procedure that progressed without immediate complications. During the postoperative recovery period, the patient developed agitation and anxiety consistent with acute postoperative confusional syndrome; however, no preventive safety measures were implemented despite a previously documented near-miss event. Subsequently, the patient suffered a fall from standing height that resulted in a fatal outcome, constituting a sentinel event.

The case was filed as a medical complaint before the National Medical Arbitration Commission (CONAMED) and was resolved during the conciliation stage through dialogue between the parties and the intervention of specialized conciliators. This case highlights the importance of promptly recognizing and managing fall risk factors in older adults, as well as strengthening reporting, analysis, and response systems for incidents related to patient safety.

Autor(a) de

Correspondencia:

Olvera-Martínez LD.
Dirección de
Conciliación, Comisión
Nacional de Arbitraje
Médico, Marina Nacional
No. 60, Col. Tacuba,
Alcaldía Miguel Hidalgo,
Ciudad de México,
México.
correo electrónico:
lolvera@conamed.gob.
mx

Citar como:

Olvera-Martínez LD.
De la cuasifalla al evento
centinela: análisis
conciliatorio de un caso
de caída postoperatoria
en una persona adulta
mayor. *Rev CONAMED*.
2025;30(4): 218-223.

Fecha de recepción:

05 de noviembre de
2025

Fecha de aceptación:

21 de noviembre de
2025

Keywords: patient safety; sentinel event; medical conciliation; older adult; fall prevention.

INTRODUCCION

La seguridad del paciente es un componente indispensable de la calidad en la atención médica y un elemento fundamental del derecho a la protección de la salud. De acuerdo con los lineamientos internacionales, se entiende como el conjunto de acciones orientadas a prevenir el daño evitable asociado a la atención, mediante sistemas y procesos que reduzcan la probabilidad de errores.¹

En este ámbito, los incidentes relacionados con la seguridad se clasifican en tres categorías principales: cuasifalla, evento adverso y evento centinela. La cuasifalla se refiere a un acto inseguro que pudo haber ocasionado daño, pero que fue evitado por intervención o por casualidad.² El evento adverso implica daño no intencionado ocasionado por la atención médica y no por la enfermedad de base. Por su parte, el evento centinela corresponde a la ocurrencia inesperada de muerte o lesión física o psicológica grave, cuya repetición representaría un alto riesgo y que exige una investigación inmediata.³

Las caídas constituyen uno de los eventos adversos más frecuentes en el entorno hospitalario, con una incidencia estimada de 3 a 5 casos por cada 1000 días-cama.⁴ En más de una tercera parte de los casos generan traumatismos significativos que impactan en los resultados clínicos y representan costos adicionales para los sistemas de salud.^{5,6} Esta problemática es especialmente relevante en personas adultas mayores, quienes presentan mayor susceptibilidad debido a factores fisiológicos, comorbilidades y riesgo aumentado de delirium o síndrome confusional agudo postoperatorio.

El presente reporte describe un caso de evento centinela por caída postoperatoria en una persona adulta mayor, en el que se identificaron omisiones en la implementación de medidas de seguridad y en el reconocimiento temprano del síndrome confusional agudo. Asimismo, se expone cómo la controversia fue atendida y resuelta mediante la etapa conciliatoria de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), destacando la relevancia de la gestión de riesgos, la comunicación interprofesional y la cultura justa en los servicios de salud.

PRESENTACION DEL CASO

Se trató de un paciente masculino de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 20 años de evolución, controlada con losartán; tabaquismo suspendido dos meses antes del evento; y consumo ocasional de alcohol. Acudió al servicio de urgencias de una unidad médica privada por presentar distensión abdominal, estreñimiento y emesis de cinco días de evolución, previamente tratado con metoclopramida con mínima mejoría.

Fue valorado por el servicio de cirugía general e intervenido quirúrgicamente por oclusión intestinal secundaria a vólvulo de ciego. Se le practicó hemicolectomía derecha e ileostomía con bolsa de Hartmann. El procedimiento transcurrió sin complicaciones inmediatas y el paciente fue trasladado al área de recuperación, donde permaneció bajo monitorización continua en espera de una habitación disponible.

Desde las primeras horas de su estancia en el área de recuperación, el paciente presentó episodios de agitación psicomotriz y ansiedad compatibles con síndrome confusional agudo postoperatorio, además de dolor moderado.

A las dos horas de su llegada a dicha área, y aún en espera de una habitación disponible, intentó incorporarse, deslizándose por la parte inferior de la camilla. El personal de enfermería acudió de inmediato, logrando tranquilizarlo y recostarlo nuevamente. Se elaboró el reporte de cuasifalla; sin embargo, no se documentó la implementación de medidas farmacológicas, físicas o de supervisión para garantizar la seguridad del paciente. Las notas subsecuentes señalan que permaneció inquieto y ansioso.

Una hora después, el paciente volvió a intentar incorporarse y, al ponerse de pie, presentó un episodio de síncope. El personal de enfermería acudió de inmediato para auxiliarlo y constató la ausencia de signos vitales. El personal médico inició maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, sin obtener respuesta. Se certificó la defunción y se asentó paro cardíaco como causa principal. La cronología completa del evento se muestra en la *Tabla 1*.

Hora	Área	Hallazgo / Nota relevante	Acción tomada	Observación crítica
02:15	Quirófano	Procedimiento quirúrgico exitoso; paciente estable	Traslado a recuperación	—
04:05	Recuperación	Paciente agitado, ansioso y con riesgo de caída	Se informa al paciente; no se implementan medidas adicionales	Falta de intervención médica
04:30	Recuperación	Paciente se desliza por la parte inferior de la camilla e intenta incorporarse	Personal de enfermería lo recuesta nuevamente; se elabora reporte de cuasifalla	Cuasifalla sin implementación de medidas correctivas
05:30	Recuperación	Paciente intenta levantarse, presenta síncope, cae y sufre paro cardiorrespiratorio	Maniobras de RCP avanzada sin éxito	Evento centinela; ausencia de medidas preventivas

Tabla 1. Cronología del evento centinela del caso

INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL

La queja fue presentada por la hija del paciente ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), quien refirió que, a pesar de que la cirugía había sido exitosa, su padre permaneció en el área de recuperación más tiempo del habitual debido a la falta de disponibilidad de habitaciones. Señaló que, durante ese periodo, el personal le informó que el paciente había sufrido un paro cardiorrespiratorio súbito y fallecido, sin que se le proporcionara una explicación clara y detallada sobre lo ocurrido.

Una vez admitida la queja, se notificó al prestador del servicio médico — la unidad hospitalaria y el equipo quirúrgico — y se le invitó a participar de manera voluntaria en la etapa conciliatoria, de conformidad con lo establecido en el "*Reglamento para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial* de la CONAMED".⁷ El prestador aceptó la invitación y entregó la documentación clínica completa, incluyendo el expediente médico, reportes de enfermería, notas quirúrgicas y los formatos de notificación de cuasifalla, evento adverso y evento centinela. Con ello, se procedió a programar la audiencia conciliatoria.

El equipo conciliador, integrado por profesionales con formación en salud y derecho sanitario, realizó una revisión integral del expediente con el objetivo de identificar elementos técnicos y administrativos relacionados con la seguridad

del paciente. Entre los hallazgos más relevantes se documentó lo siguiente:

1. Falta de disponibilidad de cama en hospitalización, lo que prolongó innecesariamente la estancia del paciente en el área de recuperación.
2. Omisión de medidas preventivas ante un riesgo de caída previamente identificado mediante la notificación de una cuasifalla.
3. Ausencia de registro médico sobre el manejo farmacológico o ambiental del síndrome confusional agudo postoperatorio.
4. Falta de comunicación oportuna entre el personal de enfermería y el médico tratante tras el primer intento de levantarse del paciente.

Durante la audiencia conciliatoria se ofreció una explicación detallada de los hechos y, tras realizarse sesiones individualizadas con cada una de las partes, el prestador ofreció una propuesta de compensación económica. La controversia se resolvió por acuerdo voluntario, sin reconocimiento de responsabilidad, destacándose la importancia del diálogo, la reparación temprana y el acompañamiento especializado para la resolución no contenciosa de conflictos.

DISCUSIÓN Y LECCIONES APRENDIDAS

El caso presentado permite reflexionar sobre diversas dimensiones de la seguridad del paciente,⁸ particularmente en el contexto de la atención posoperatoria de personas adultas mayores. Aunque el procedimiento quirúrgico se realizó sin complicaciones inmediatas, la cadena de incidentes que se desarrolló posteriormente evidencia la presencia de fallas sistémicas vinculadas con la identificación del riesgo,⁹ la comunicación clínica,¹⁰ y la gestión institucional de los eventos adversos.¹¹

En primer lugar, la disponibilidad limitada de camas en hospitalización condicionó una estancia prolongada del paciente en el área de recuperación, un espacio destinado únicamente a vigilancia transitoria y no a la atención continua de pacientes con alto riesgo clínico.¹² La prolongación de la estancia en áreas no diseñadas para cuidados prolongados se asocia con mayor incidencia de eventos adversos, incluida la aparición de delirium y el incremento del riesgo de caída.¹³

Lección aprendida: *"La gestión hospitalaria debe garantizar procesos de censo, disponibilidad y asignación de camas que eviten estancias innecesarias en áreas intermedias que no cuentan con recursos humanos ni materiales suficientes para la vigilancia sostenida".*

En segundo lugar, el cuadro de agitación psicomotriz, desorientación y ansiedad fue compatible con un síndrome confusional agudo postoperatorio, una condición prevalente en personas adultas mayores y considerada una urgencia geriátrica.¹⁴ Su no reconocimiento oportuno constituye un factor crítico que aumenta la probabilidad de caídas, autolesiones e interrupciones de dispositivos médicos.¹⁵

Lección aprendida: *"El personal médico y de enfermería debe estar capacitado para identificar oportunamente los signos tempranos del síndrome confusional agudo, aplicar herramientas de tamizaje estandarizadas, y activar protocolos de manejo no farmacológico y, cuando sea necesario, farmacológico".¹⁶*

Asimismo, resulta relevante destacar que el primer reporte de cuasifalla no generó acciones correctivas inmediatas. Los sistemas de seguridad del paciente basados en cultura justa establecen que las cuasifallas representan oportunidades esenciales para evitar eventos mayores, siempre que desencadenen un análisis inmediato y una

intervención rápida.¹⁷ En este caso, no se documentó comunicación directa con el médico tratante ni la implementación de medidas preventivas adicionales tras el primer incidente.

Lección aprendida: *"Los reportes de cuasifalla deben activar mecanismos institucionales de respuesta, revisión interdisciplinaria y toma de decisiones clínicas orientadas a mitigar el riesgo, evitando que queden como registros administrativos sin impacto operativo".*

Además, la coordinación entre enfermería y el equipo médico tratante es un elemento clave en el manejo de pacientes vulnerables. La literatura señala que la falta de comunicación oportuna es uno de los factores más asociados a eventos adversos prevenibles.¹⁸

Lección aprendida: *"La comunicación interprofesional efectiva es un componente esencial de la seguridad del paciente, especialmente en contextos de riesgo elevado".*

Finalmente, este caso pone de relieve la relevancia de contar con protocolos institucionales sólidos, sistemas de alerta temprana, cultura de reporte y procesos de mejora continua que permitan reconocer riesgos antes de que se conviertan en eventos centinela.¹⁹ A través del análisis del caso en sede conciliatoria, se identificaron oportunidades de mejora que pueden contribuir al fortalecimiento de la cultura justa, entendida como el equilibrio entre la rendición de cuentas y el aprendizaje organizacional.²⁰

RECOMENDACIONES FINALES

- 1. Garantizar la disponibilidad oportuna de habitaciones para pacientes postoperados,** a fin de evitar estancias prolongadas en áreas de recuperación que no están diseñadas para vigilancia continua.²¹ La gestión eficiente del censo hospitalario reduce el riesgo de eventos adversos asociados a entornos inadecuados.
- 2. Implementar medidas estandarizadas de prevención de caídas,** particularmente en personas adultas mayores, considerando factores como edad >65 años, alteraciones cognitivas, medicación, uso reciente de anestesia y ambientes no adaptados para estancias prolongadas.

3. **Fortalecer la capacitación del personal de salud en la detección temprana del síndrome confusional agudo postoperatorio**, condición con una prevalencia estimada del 37–46% y que puede pasar desapercibida hasta en el 50% de los casos. Su reconocimiento oportuno permite instaurar intervenciones no farmacológicas y, cuando se requiera, farmacológicas, reduciendo la probabilidad de caídas y complicaciones mayores.
4. **Asegurar una comunicación efectiva y oportuna entre enfermería y el médico tratante**, especialmente tras la notificación de una cuasifalla, con el fin de implementar medidas correctivas inmediatas y evitar la progresión hacia un evento adverso o centinela.
5. **Promover el análisis institucional de los casos desde un enfoque conciliatorio y de cultura justa**, reconociendo que el diálogo, la revisión crítica y la reparación temprana contribuyen a prevenir la judicialización y fortalecen la confianza entre usuarios y prestadores de servicios de salud.

DECLARACIÓN ÉTICA

El presente caso fue elaborado con fines académicos e institucionales, garantizando la confidencialidad y anonimización de los datos personales conforme al *Reglamento para la "Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CONAMED"*. No se incluyen datos que permitan identificar a las personas involucradas, y se cuenta con la autorización institucional correspondiente para su publicación. Los datos fueron completamente anonimizados en todas las fases del proceso.

REFERENCIAS

1. AMIIF. Día Mundial de la Seguridad del Paciente, un recordatorio para mejorar la calidad de la atención sanitaria [Internet]. Ciudad de México: AMIIF; 18 sep 2019 [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://amiif.org/dia-mundial-de-la-seguridad-del-paciente-un-recordatorio-para-mejorar-la-calidad-de-la-atencion-sanitaria/>
2. World Health Organization. WHO Patient Safety. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety, version 1.1: final technical report, January 2009 [Internet]. Geneva: WHO; 2010. Report No.: WHO/IER/PSP/2020.2 [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598819>
3. Almansour H. Barriers preventing the reporting of incidents and near misses among healthcare professionals. *J Health Manag.* 2024;26(1). doi: 10.1177/09720634231167031
4. LeLaurin JH, Shorr RI. Preventing falls in hospitalized patients: state of the science. *Clin Geriatr Med.* 2019;35(2):273–283. DOI: 10.1016/j.cger.2019.01.007
5. Agency for Healthcare Research and Quality. Falls. PSNet [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2021 Oct 27 [citado 2025 Nov 19]. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/primer/falls>
6. Dykes PC, Curtin-Bowen M, Lipsitz S, et al. Cost of Inpatient Falls and Cost-Benefit Analysis of Implementation of an Evidence-Based Fall Prevention Program. *JAMA Health Forum.* 2023;4(1):e225125. doi:10.1001/jamahealthforum.2022.5125
7. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico [Internet]. Ciudad de México: CONAMED; 2003 [citado 20 nov 2025]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/transparencia/pdf/reg_procedimiento.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: WHO; 11 sep 2023 [citado el 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
9. UNIR Revista. Qué es el riesgo clínico y cuáles son las claves para su gestión [Internet]. UNIR; 25 oct 2021 [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.unir.net/revista/salud/gestion-riesgo-clinico/>

10. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev Calidad Asistencial* [Internet]. 2005;20(4):216-222. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-los-sistemas-registro-notificacion-efectos-13075840>
11. MSD Manuals. Método de evaluación de confusión (CAM) para el diagnóstico de delirio [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/multimedia/table/m%C3%A9todo-de-evaluaci%C3%B3n-de-confusi%C3%B3n-cam-para-el-diagn%C3%B3stico-de-delirio>
12. National Guideline Centre (UK). Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. NICE Guideline No. 94 [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018 Mar. Chapter 39, Bed occupancy. Bethesda (MD): National Center for Biotechnology Information (US); 2018 [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564920/>
13. Ayón-Aguilar J, et al. Incidence and factors associated with delirium in an Emergency Department. *Revista médica; investigación clínica* [Internet]. 2025 [citado 20 nov 2025]; disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12068897/>
14. Carrasco M, Zalaquett M. Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente crítico. *Rev Med Clin Condes*. 2017;28(2):301-310. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-delirium-una-epidemia-desde-el-S0716864017300469>
15. Juárez Sandoval I, Hernández Pérez A, Vázquez Mellado Larracochea JF, Martínez Camacho MÁ. Factores de riesgo de delirium. *Acta méd. Grupo Ángeles* [Internet]. 2022 Sep [citado 20 nov 2025]; 20(3):258-265. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032022000300258
16. Torres Castro S, Mena Montes B, González Ambrosio G, Zubieta Zavala A, Torres Carrillo NM, Acosta Castillo GI, Espinel Bermúdez MC. Escalas de tamizaje cognitivo en habla hispana: una revisión crítica. *Neurología*. 2022;37(1):53-60. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531830094X>
17. Boysen PG 2nd. Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety. *Ochsner J*. 2013 Fall;13(3):400-6. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776518/>
18. CMMST, Inc. ¿Qué son los eventos centinela, adversos y cuasi fallas? [Internet]. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://cmmstinc.com/blog/qu%C3%A9-son-los-eventos-centinela-adversos-y-cuasi-fallas>
19. Patra KP, De Jesús O. Sentinel Event [Internet]. StatPearls Publishing; actualizado 29 mar 2023 [citado 20 nov 2025]. Bookshelf ID: NBK564388. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564388/>
20. Boysen PG. Just Culture: A Foundation for Balanced Accountability and Patient Safety [Internet]. *Ochsner J*. 2013 Fall;13(3):400-406. [citado 20 nov 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256838081_Just_Culture_A_Foundation_for_Balanced_Accountability_and_Patient_Safety
21. Merino P. Epidemiología de los eventos adversos en los servicios de medicina intensiva. *Medicina Intensiva*. 2025;49(1):32-39. doi:10.1016/j.medin.2024.03.015

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

Conflicto de intereses:

El autor declara 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.

El consentimiento informado como eje de prevención y resolución de conflictos médico-paciente

Informed consent as a pillar for preventing and resolving physician-patient conflicts



Hernández-Mendoza L^{1*} 

1. Subcomisionada Jurídica, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Ciudad de México.

RESUMEN

El consentimiento informado constituye un elemento fundamental en la relación entre el personal de salud y las personas usuarias de los servicios de salud. Desde una perspectiva jurídica, su adecuada implementación no solo garantiza el respeto a los derechos humanos de las personas usuarias, sino que también opera como una herramienta de prevención de conflictos. El presente artículo explora el papel del consentimiento informado como mecanismo de protección y transparencia, y su función estratégica en la resolución de controversias a través de medios alternativos como la conciliación.

Palabras clave: consentimiento informado; conflicto médico-paciente; mecanismos alternativos de solución de controversias; conciliación; responsabilidad profesional médica.

ABSTRACT

Informed consent constitutes a fundamental element in the relationship between healthcare personnel and the users of health services. From a legal perspective, its proper implementation not only ensures respect for the human rights of users, but also serves as a tool for conflict prevention. This article explores the role of informed consent as a mechanism for protection and transparency, and its strategic function in resolving disputes through alternative means such as conciliation.

Keywords: informed consent; doctor-patient conflict; alternative dispute resolution mechanisms; conciliation, medical professional liability.

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado es el proceso mediante el cual una persona usuaria de los servicios de salud otorga su autorización libre, voluntaria y consciente para ser sometida a una intervención médica, después de haber recibido información clara, suficiente y comprensible sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, beneficios, riesgos y posibles consecuencias. Esta práctica ha evolucionado de ser un principio ético a constituir una exigencia legal en la práctica médica contemporánea.

Autor(a) de

Correspondencia:

Hernández-Mendoza L.
Subcomisionada
Jurídica, Comisión
Nacional de Arbitraje
Médico, Marina Nacional
No. 60, Col. Tacuba,
Alcaldía Miguel Hidalgo,
Ciudad de México,
México.
correo electrónico:
liliana.hernandezme@
conamed.gob.mx

Citar como:

Hernández-Mendoza L.
El consentimiento
informado como eje de
prevención y resolución
de conflictos médico-
paciente.
Rev CONAMED.
2025;30(4): 224-229.

Fecha de recepción:

10 de septiembre de
2025

Fecha de aceptación:

07 de noviembre de
2025

Su propósito central es garantizar que la persona usuaria participe de manera activa y consciente en las decisiones relacionadas con su salud, con pleno conocimiento de los beneficios, riesgos, alternativas y consecuencias del procedimiento o tratamiento propuesto. Esta manifestación libre e informada de voluntad no solo fortalece la autonomía individual, sino que también actúa como una salvaguarda frente a prácticas unilaterales o paternalistas por parte del personal de salud.

Tradicionalmente, se asumía que las y los pacientes debían confiar plenamente en el criterio del personal médico y seguir sus indicaciones sin cuestionarlas, bajo la premisa de que solo los profesionales de la salud estaban en condiciones de tomar decisiones sobre los tratamientos. En este contexto, y ante la percepción de que el consentimiento informado no ha evolucionado al mismo ritmo que el conocimiento médico y científico, resulta indispensable que este modelo incorpore un enfoque centrado en el respeto a la autodeterminación de las personas usuarias de los servicios de salud.

En México, el marco normativo reconoce el consentimiento informado como un derecho de las personas usuarias de los servicios de salud.¹ Su omisión puede tener consecuencias tanto administrativas como civiles o incluso penales. Además de su función preventiva, este instrumento cobra relevancia en escenarios donde surgen conflictos derivados de inconformidades con la atención médica, en tanto que la profesión implica una doble responsabilidad: una primaria o ética, consistente en dar cuenta, y otra secundaria o jurídica, relativa a rendir cuentas.²

En este sentido, el consentimiento informado se vincula estrechamente con la responsabilidad profesional médica de no incurrir en negligencia, impericia o imprudencia. La negligencia se configura como el incumplimiento de los principios elementales inherentes al arte o profesión, es decir, cuando aun sabiendo lo que debe hacerse no se hace, o, por el contrario, cuando conociendo lo que no debe hacerse se realiza. Esta responsabilidad encuentra sustento en un marco jurídico debidamente regulado.^{3,4}

A pesar de dichas regulaciones, persiste la necesidad de fortalecer los mecanismos que garanticen que el consentimiento informado no solo se lleve a cabo, sino que además cuente con los elementos mínimos indispensables pa-

ra considerarse una buena práctica médica. Ello contribuirá a dotar de mayor solidez los procedimientos legales en los que médicos y pacientes puedan verse involucrados.

ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado constituye un documento esencial en la relación entre el personal de salud y las personas usuarias de los servicios de salud. Su contenido debe reunir ciertos requisitos mínimos indispensables para ser considerado válido. Entre ellos se encuentran: nombre de la institución a la que pertenece el establecimiento médico, nombre o razón social del establecimiento médico, título del documento, lugar y fecha, acto autorizado, señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado, autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva, nombre y firma de la persona que otorga la autorización, nombre y firma de los testigos (en caso de amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente o en la condición fisiológica o mental del paciente), nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado.⁵

Desde la perspectiva médica, el consentimiento informado constituye un deber bioético inherente a todo el personal de salud, tanto médico cirujano como de otras especialidades. Su validez requiere la presencia de tres elementos fundamentales:

1. Que el personal de salud proporcione a la persona usuaria información veraz, completa y comprensible.
2. Que el consentimiento sea otorgado de manera libre, sin ningún tipo de coacción o influencia indebida.
3. Que la persona usuaria cuente con la capacidad mental y la competencia necesarias para aceptar o rechazar cualquier procedimiento médico o quirúrgico.⁶

Además de los elementos esenciales, se ha propuesto la incorporación de herramientas complementarias destinadas a fortalecer la eficacia del consentimiento informado. Entre ellas se incluyen la utilización de videos u otros recursos multimedia que contribuyan a una comprensión más clara y accesible de los procedimientos

médicos, así como la aplicación de cuestionarios breves orientados a verificar el entendimiento de los aspectos más relevantes de la intervención.⁷

No obstante, en la práctica, no todos los documentos de consentimiento informado cumplen con estos elementos esenciales, lo que puede generar incertidumbre jurídica o incluso derivar en quejas o denuncias. Por ello, además de ajustarse a los requisitos normativos, el documento debe adaptarse a las particularidades del caso clínico, incorporando información contextual que enriquezca su contenido y favorezca la comprensión por parte del paciente. Esta personalización no solo refuerza la autonomía de la persona usuaria de los servicios de salud, sino que también contribuye a prevenir conflictos legales futuros.

El consentimiento informado en los Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias (MASC)

Bajo la premisa de que los MASC constituyen una vía eficaz para dirimir conflictos sin necesidad de acudir a la jurisdicción judicial, y atendiendo a que su incorporación en la estructura de la administración de justicia local coadyuva a reducir la carga de los tribunales, se establece que la preservación de la armonía social exige la responsabilidad y participación activa de los integrantes de la comunidad.⁸ Por tanto, los MASC deberán contar con procedimientos y herramientas dotados del sustento jurídico suficiente que garanticen acuerdos válidos y satisfactorios para las partes involucradas.

En particular, en el ámbito de la conciliación, el consentimiento informado constituye una herramienta fundamental para el análisis y resolución del caso. Su existencia permite reconstruir con mayor claridad los hechos clínicos, establecer el alcance real de la intervención médica y valorar si el paciente otorgó su autorización de manera libre, consciente e informada.

Un consentimiento informado claro, completo y bien estructurado puede ser determinante para lograr acuerdos satisfactorios entre las partes.⁹ Al ofrecer una base documental objetiva, contribuye a reducir las asimetrías de información y a disipar posibles malentendidos o percepciones de negligencia por parte del personal médico. Este documento no solo aporta claridad sobre los procedimientos realizados, sino que también demuestra que el paciente fue advertido de los

riesgos previsibles y las posibles consecuencias del tratamiento, lo cual incide directamente en la valoración de la pertinencia de la actuación médica. Cuando las partes acuden, la audiencia de conciliación se desarrolla con las herramientas más adecuadas a cada caso concreto, y se procura que sean ellas mismas quienes encuentren la solución a su conflicto. Asimismo, el conciliador podrá proponer alternativas con base en los principios de equidad, legalidad, imparcialidad, neutralidad y buena fe, previa verificación de su conveniencia y con la aprobación de las partes.^{10,11} En este escenario, el consentimiento informado puede fungir como un elemento de apoyo técnico-jurídico que orienta el diálogo hacia hechos verificables, más que hacia percepciones subjetivas o suposiciones. Su existencia y contenido permiten determinar si se vulneró la autonomía del paciente y si la atención médica se prestó conforme a los principios éticos y legales.

Además, su adecuada integración en el expediente clínico brinda a los conciliadores una herramienta útil para guiar el análisis del caso, al delimitar responsabilidades y favorecer a una evaluación más objetiva del conflicto. Esto aumenta la posibilidad de alcanzar una solución consensuada, equitativa y reparadora, en la que ambas partes — persona usuaria y prestador de servicios de salud— puedan sentirse escuchados, comprendidos y atendidos.

Prevención de conflictos a través del consentimiento informado

La ausencia, deficiencia o ambigüedad en el consentimiento informado constituye una causa recurrente de quejas y demandas relacionadas con la responsabilidad profesional médica. Dichas situaciones pueden originarse no solo por omisiones deliberadas, sino también por el desconocimiento del propio profesional de la salud respecto al alcance y contenido de este deber.¹² El consentimiento informado no debe reducirse a una mera firma protocolaria, sino que debe garantizar una comunicación clara, efectiva y comprensible entre el profesional y el paciente.

Para que el consentimiento informado sea válido desde los puntos de vista legal y ético, debe contener información clara, veraz y suficiente sobre el diagnóstico, la naturaleza del procedimiento, los riesgos previsibles, las alternativas disponibles y las consecuencias de no seguir el tratamiento

propuesto. Además, debe adecuarse a las condiciones particulares de la persona usuaria de los servicios de salud, considerando su idioma, edad, nivel de comprensión, estado cognitivo, así como su situación emocional y física.

El cumplimiento de estos elementos fortalece la autonomía de las personas usuarias de los servicios de salud, ya que todo establecimiento hospitalario, siempre que el estado de la persona lo permita, debe recabar, al momento de su ingreso, una autorización por escrito y debidamente firmada para la realización de los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios, ya sea con fines diagnósticos o terapéuticos.¹³ Es indispensable que al paciente se le informe con claridad el tipo de documento que se le presenta para su firma, a fin de garantizar que su consentimiento sea plenamente consciente y voluntario. Esta práctica no solo consolida la relación terapéutica, sino que también reduce de manera significativa los riesgos de conflicto.

De igual forma, el consentimiento informado debidamente documentado y suscrito cumple una función probatoria relevante en los procedimientos de conciliación, al dejar constancia de que la persona usuaria de los servicios de salud fue informada y aceptó los riesgos implicados. Este registro permite delimitar responsabilidades, facilita una valoración objetiva del caso y fortalece la seguridad jurídica tanto para la persona usuaria como para el personal de salud involucrado.

Además, para las personas usuarias de los servicios de salud, el consentimiento informado representa una garantía tangible del derecho a decidir sobre su atención médica, con base en información suficiente, clara y oportuna. Este proceso les permite comprender mejor su situación clínica, participar activamente en el proceso terapéutico y ejercer su autonomía con mayor seguridad, reduciendo la incertidumbre y fortaleciendo la confianza en el sistema de salud.

Asimismo, el consentimiento informado no solo constituye un requisito médico, sino que también implica consecuencias jurídicas que han sido objeto de estudio por parte de los juzgadores. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido diversos criterios, entre los que destaca el intitulado *"Consentimiento informado y acceso a la información en materia de salud. Constituyen instrumentos esenciales para evitar la violencia obstétrica contra las mujeres o personas gestantes"*.

Este criterio surgió a partir de un litigio contra el servicio médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, derivado de que una paciente fue canalizada por la Unidad Médica Familiar al Servicio de Urgencias para su valoración, hecho asentado en una nota médica. Aunque fue atendida en dicha área, se decretó la muerte fetal del producto. La nota médica resultó insuficiente, pues carecía de elementos que explicaran los motivos de la remisión a urgencias. Ello vulneró el derecho de acceso a la información médica. Por tanto, es indispensable que se proporcione al paciente información clara y completa sobre su estado de salud, el tratamiento propuesto, el tipo de intervención y demás aspectos relevantes, a fin de que pueda tomar una decisión libre, voluntaria y plenamente consciente.

En esa tesitura, el derecho de acceso a la información del caso médico y el consentimiento informado, son elementos esenciales para garantizar los derechos a la vida, la integridad física y a la libertad personal, para decidir sin coerción o ignorancia sobre su propio cuerpo, la salud sexual o reproductiva, la maternidad y demás aspectos de suma importancia.¹⁴

De igual manera, resulta ilustrativa la contradicción de tesis que dio origen a la jurisprudencia intitulada *"Consentimiento informado. Derecho fundamental de los pacientes"*, relativa al caso de un menor que, debido a un manejo inadecuado de anestesia, sufrió hipoxia que le ocasionó incapacidad total. En este asunto, se analizó si la responsabilidad era de índole contractual o extracontractual. Asimismo, se determinó que, conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, Para la práctica de anestesiología, el consentimiento informado debe incluir la firma del paciente y precisar las características del procedimiento, las posibles complicaciones y los lineamientos que se seguirán para su aplicación.

Se concluyó que el consentimiento informado representa el ejercicio del derecho de las personas usuarias de los servicios de salud a decidir libremente sobre la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos. La ausencia de este documento puede vulnerar derechos fundamentales como la libertad personal y la autodeterminación sobre el propio cuerpo.

Desde esta perspectiva, el consentimiento informado reconoce que la persona usuaria asume los riesgos y consecuencias inherentes al

procedimiento al que será sometida; sin embargo, ello no excluye la responsabilidad profesional cuando exista negligencia, impericia o imprudencia en el actuar del personal de salud. Asimismo, el consentimiento informado cumple una función probatoria, al precisar los alcances, consecuencias y beneficios del tratamiento, evidenciando que la persona usuaria comprendió y aceptó los riesgos previsibles.¹⁵

Recientemente, la Suprema Corte de Justicia de la Nación emitió la tesis *"Consentimiento informado y deber de informar a pacientes de cirugías satisfactivas de afirmación de género tienen un estándar diferenciado y reforzado para garantizarles estar plenamente informadas al tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud"*. El caso se originó cuando una mujer trans se sometió a una cirugía plástica estética de afirmación de género. Luego, al sufrir complicaciones, demandó por responsabilidad civil al médico tratante y a la unidad médica quirúrgica. Alegó que no existió un consentimiento informado válido, pues el médico tratante no le explicó los riesgos, complicaciones y alternativas de la cirugía a partir de su situación particular. En primera instancia se condenó al médico tratante por responsabilidad civil subjetiva. Las partes interpusieron recurso de apelación en el que la sala resolvió absolver a los demandados, al considerar que existían cartas de consentimiento informado que cumplían con los requisitos de la normativa oficial mexicana. Además, señaló que la persona usuaria ya estaba al tanto de los riesgos por consultas previas con otros profesionales de salud. Posteriormente, se promovió juicio de amparo directo por parte de la paciente en el que cuestionó el estándar del deber de informar y del consentimiento informado que subyace a tales consideraciones.¹⁶

El análisis de estas tesis permite advertir que el consentimiento informado tiene dos dimensiones jurídicas: la primera, como requisito normativo que obliga a recabarlos en todas las intervenciones o procedimientos médicos previstos por la legislación; y la segunda, como instrumento de protección y respeto a derechos humanos fundamentales, entre ellos, el derecho a la vida, la libertad de decisión, la integridad física y la salud.¹⁷

En este contexto, para que los Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias cuenten con peso y valor probatorio, resulta esencial que el consentimiento informado quede asentado en el expediente clínico, el cual, regido por diversas

normas jurídicas, garantiza el respeto a los derechos humanos y el cumplimiento de las obligaciones médico-legales. Dicho expediente no solo respalda la decisión libre y consciente del paciente, sino que también permite identificar posibles casos de mala praxis, deficiencias en la gestión de los servicios de salud y riesgos de responsabilidad para el médico o la institución; además, constituye un elemento probatorio indispensable en reclamaciones y un instrumento pericial clave para la elaboración de informes médicos.¹⁸

Este cumplimiento favorece el trabajo de todas las partes: el médico acredita haber realizado el trámite legal de forma adecuada y el paciente actúa con plena conciencia sobre el acto médico y sus alcances. De esta manera, se propicia un mejor diálogo para lograr acuerdos y, en caso de acudir al arbitraje, se cuenta con elementos probatorios completos y confiables sobre la práctica médica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El consentimiento informado constituye un elemento esencial en la relación entre el personal de salud y las personas usuarias de los servicios de salud, ya que no debe entenderse únicamente como un trámite administrativo, sino como un mecanismo de protección de derechos y de prevención de conflictos. No obstante, su aplicación enfrenta diversos retos, entre los que destacan el uso de formatos genéricos o poco claros, la insuficiente capacitación del personal en comunicación efectiva y la necesidad de fomentar una participación más activa de las personas usuarias en la toma de decisiones sobre su salud.

Para fortalecer su utilidad preventiva y resolutoria, resulta indispensable actualizar los formatos de consentimiento informado con un lenguaje claro, accesible e inclusivo; capacitar al personal de salud en habilidades comunicativas, en ética del consentimiento y en atención centrada en la persona; así como establecer auditorías internas que aseguren el cumplimiento de este requisito legal. Además, la implementación del consentimiento informado electrónico representa una alternativa innovadora que puede facilitar el proceso al estandarizar los formatos, agilizar el acceso a la información y garantizar la conservación íntegra y segura de los registros en el expediente clínico.

La adecuada integración del consentimiento informado — en su modalidad tradicional o electrónica — permitiría disminuir el riesgo de controversias y fortalecer el uso efectivo de los Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias (MASC). Todo ello con el propósito de propiciar una resolución ágil, voluntaria y equitativa de los conflictos, basada en el respeto a la dignidad de las personas y en la construcción de una cultura de confianza, ética y legalidad entre el personal de salud y las personas usuarias de los servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 29-11-2023. Artículo 77 Bis 37
2. Fernández-Varela-Mejía H., Sotelo-Monroy G. El deber de cuidado del médico en México. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM doi.org/10.22201.fm.24484865e.2019.62.3.08
3. Ríos-Ruiz A., Fuente del Campo A. El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r37807.pdf>
4. Código Civil Federal. Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada en el DOF 07-01-2024. Artículo 2615
5. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx>
6. Islas-Saucillo M. y Muñoz CH. El consentimiento informado. Aspectos bioéticos. Rev Med Hosp Gen Mex 2000; 63 (4): 267-273
7. Camargo, A., Olmos, J., Higuera-Dagovett, E., Vargas, R., Ruth Barreto, R. Papel de los profesionales de la salud en el diseño, obtención y entendimiento del consentimiento informado: Una revisión. Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient. 22(2):e1164 doi.org/10.31910/rudca.v22.n2.2019.1164
8. Fernández-Fernández V. Impartición de justicia en México en el siglo XXI. México: Editorial Porrúa; 2011. 37-38 p
9. Código Nacional de Procedimientos Penales. Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada en el DOF 16-12-2024. Artículo 186
10. Bardales-Lazcano E. Medios Alternativos de Solución de Conflictos y Justicia Restaurativa. México: Flores Editor y Distribuidor; 2011. 34 p
11. Ley de Justicia alternativa del Estado de Baja California. Congreso del Estado de Baja California. Última reforma publicada 04-03-2022. Artículo 2, fracciones IV y IX
12. Galván-Meléndez M., Huerta-Guerrero H., Galindo-Burciaga M., Barrientos-Ramos A., Morales-Castro M. Conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales en formación en salud Inv Ed Med. 2016;5(18): 108- 114 doi.org/10.1016/j.riem.2016.01.022
13. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada en el DOF 17-07-2018. Artículo 80
14. Primer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Segundo Circuito. Consentimiento Informado y Acceso a la Información en Materia de Salud. Constituyen Instrumentos Esenciales para Evitar la Violencia Obstétrica contra las Mujeres o Personas Gestantes. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 26, junio de 2023, Tomo VII, página 6717
15. Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito y el Tribunal Colegiado en Materias Civil y de Trabajo del Décimo Circuito. Consentimiento Informado. Derecho Fundamental de los Pacientes. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro XI, agosto de 2012, Tomo 1, página 478
16. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Consentimiento informado y deber de informar a pacientes de cirugías satisfactivas de afirmación de género. tienen un estándar diferenciado y reforzado para garantizarles estar plenamente informadas al tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud. Semanario Judicial de la Federación. Tesis 1a./J. 229/2025 (11a.), agosto de 2025
17. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada en el DOF 15-04-2025. Artículos 1, 4, 14, 16 y 17
18. Secretaría de Salud. Lineamientos para el manejo y control del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx/2021/SALUD/Lineamientos-para-el-manejo-y-control-del-expediente-clinico.pdf>, 4 p

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

Hernández-Mendoza L ORCID: 0009-0005-3031-2069

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.

Riesgo inherente y residual como herramientas legales ante complicaciones médicas

Inherent and residual risk as legal tools in the face of medical complications



Tovar-Velasco JJ^{1*}.

1. Investigador, Dirección Médico legal, Voces Por la Dignidad, Centro de Derechos Humanos, Santiago de Querétaro, Querétaro, México.

RESUMEN

La práctica médica es una actividad compleja que, al no constituir una ciencia exacta, implica un margen inevitable de incertidumbre y la posibilidad de complicaciones. En este contexto, los conceptos de riesgo inherente y riesgo residual representan herramientas fundamentales para la gestión de la atención en salud y para la adecuada interpretación de la *lex artis* frente a eventos adversos.

El manuscrito analiza de qué manera estos tipos de riesgo influyen en la determinación de responsabilidades y en la defensa de las y los profesionales de la salud dentro del marco jurídico mexicano, especialmente ante señalamientos de negligencia o mala práctica en un entorno donde han aumentado las acciones judiciales contra el personal sanitario. Asimismo, subraya la importancia de aplicar el principio de presunción de inocencia en los casos en que surgen complicaciones médicas.

La revisión identifica que, tanto en la literatura médica como en la jurídica, no se dispone de un método sistemático para analizar los riesgos inherentes y residuales ni sus controles conforme a las normativas aplicables, con el fin de delimitar con claridad el alcance de las responsabilidades del personal de salud durante el acto médico.

Finalmente, se propone una herramienta metodológica cualitativa orientada a evaluar los controles de riesgo en el acto médico.

Palabras clave: riesgo; gestión del riesgo; jurisprudencia médica; práctica médica; práctica profesional; mala práctica.

ABSTRACT

Medical practice is a complex activity which, as it is not an exact science, inherently involves uncertainty and the possibility of complications. Within this context, the concepts of inherent risk and residual risk are essential tools for healthcare risk management and for the appropriate interpretation of the *lex artis* when adverse events occur.

This review examines how these types of risk influence the determination of professional responsibility and the legal defense of healthcare providers within the Mexican judicial framework, particularly in cases involving allegations of negligence or malpractice amid

Autor(a) de Correspondencia:

Tovar-Velasco, JJ
Investigador, Dirección Médico legal, voces por la dignidad, Centro de Derechos Humanos, Santiago de Querétaro, Querétaro, México.
correo electrónico: tovarcoris@gmail.com

Citar como:

Tovar-Velasco JJ.
Riesgo inherente y residual como herramientas legales ante complicaciones médicas
Rev CONAMED.
2025;30(4): 230-243.

Fecha de recepción:

04 de agosto de 2025

Fecha de aceptación:

23 de octubre de 2025

an increasing number of legal actions against medical personnel. It also underscores the importance of upholding the principle of presumption of innocence when medical complications arise.

The analysis reveals that neither the medical nor the legal literature currently provides a systematic method for assessing inherent and residual risks or their corresponding controls in accordance with applicable regulations, with the aim of clarifying the scope of professional responsibility in the medical act.

Finally, this article proposes a qualitative methodological tool for evaluating risk controls in the medical act.

Keywords: risk; risk management; medical jurisprudence; medical practice; professional practice; malpractice.

INTRODUCCIÓN

La práctica médica es compleja y está lejos de considerarse una ciencia exacta; esta es desafiada constantemente por la incertidumbre de los resultados obtenidos en su aplicación, así como por las múltiples variables que rodean e inciden en la evolución de los pacientes.¹

En este tenor, los conceptos tanto del riesgo inherente como el riesgo residual, así como sus controles, se convierten en herramientas relevantes, tanto para la gestión de la calidad de atención en salud prestada, así como para la correcta interpretación de la *lex artis* y la *lex artis ad hoc* ante posibles complicaciones.

Este documento explora la relevancia de estos conceptos en el marco jurídico mexicano, analizando cómo pueden influir en la determinación de responsabilidades, así como en la defensa de los profesionales de la salud frente a señalamientos de negligencia o mala práctica médica.

Además, propone una herramienta cualitativa de verificación de los puntos relevantes por analizar de manera metodológica ante un conflicto médico legal y que puede ser de trascendencia para los juristas encargados de llevar estos casos.

No hay referentes en la literatura médica y jurídica de alguna herramienta o método de análisis

específico de los riesgos inherentes, residuales y sus controles para poder delimitar el alcance de las responsabilidades o no del prestador de servicios de salud en el acto médico. Así, la ponderación por los juristas para el análisis de estos casos a través del método de análisis propuesto podría facilitarles la evaluación del caso concreto para determinar el grado de responsabilidad profesional ejercitado

También podría ayudar al personal de salud a contemplar todos los pasos requeridos para poder determinar el cumplimiento de su deber profesional apegado al marco legal vigente, así como a la *lex artis* relacionada a su actividad cotidiana. Por lo cual en este trabajo se propone una herramienta metodológica cualitativa para la evaluación de los controles de riesgo en el acto médico.

DESARROLLO

La práctica de la medicina es dependiente de múltiples variables, por lo que diversos autores manifiestan que es imposible pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, ya que las variables que pueden influir en la evolución de estos son múltiples y, en muchas ocasiones, relacionadas a las propias características de los pacientes y ambiente externo.¹

También es una disciplina compleja que cada vez se ve más ensombrecida por acciones judiciales y quejas en contra del personal de salud.^{2,3}

Es sabido que se han incrementado en nuestro país los actos judiciales en contra del personal médico, por lo que cada vez es más común que los pacientes acudan al aparato judicial para resolver conflictos derivados de la atención en salud, ya sea por problemas reales, mala práctica médica o simples malentendidos. Esto ha fomentado la práctica de la medicina defensiva por temor a acciones judiciales, refiriendo que entre 2018 y 2024, se registraron 97,976 quejas o solicitudes de atención ante la comisión nacional de arbitraje médico.⁴

Los tribunales colegiados de circuito en México, en la tesis 2004722 (SCJN, octubre 2013, tesis aislada) han referido de manera textual que "la medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, dado que hay limitaciones propias del profesional en la interpretación de los hechos,

como cuando el cuadro clínico no se manifiesta completamente, el paciente no comprende los riesgos y beneficios de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o entrega información incompleta de sus síntomas; además, las circunstancias en que se da una relación clínica pueden limitar la certeza del diagnóstico y la eficacia de medidas terapéuticas. En estas condiciones, dada la gran variabilidad y complejidad que rodean a una condición clínica concreta, algunas dependientes del profesional, otras de las condiciones particulares del paciente, de los recursos o infraestructura que se disponga y, finalmente, por las circunstancias que la rodean, es imposible aplicar la misma normativa en todos los casos, sino que éstas deben adecuarse al caso concreto".⁵

Por otro lado, es importante considerar que la medicina es considerada en México como una obligación de medios mas no de resultados como refieren las tesis judiciales 160354 (SCJN, enero 2012, Tesis aislada) y 2024514 (SCJN, abril 2022, Tesis aislada), se manifiesta que *"dentro de las obligaciones supone que el profesionista no se obliga al logro de un concreto resultado, sino al despliegue de una conducta diligente, cuya apreciación está en función de la denominada lex artis ad hoc, entendida como el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos, estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida, según informa la doctrina"*.^{6,7}

En México, un principio constitucional que debe considerarse dentro del concepto del riesgos en la atención médica, es la presunción de inocencia de las personas mientras no se declare su responsabilidad mediante sentencia emitida por un juez, como lo expresa el artículo 20 en su apartado B fracción I, de tal manera que, este principio constitucional aplica también a la práctica de la medicina y es salvaguardado por diversos tratados, convenciones e instrumentos internacionales de los cuales México es parte y tiene la obligación de aplicar, basados en los principios de constitucionalidad y convencionalidad concatenados a los puntos referidos previamente en este texto.^{8,9}

En general se acepta el riesgo como un evento que puede acontecer en el futuro en

cualquier actividad que se realice y que puede tener efectos negativos al presentarse. También se define como la contingencia o proximidad de un daño, otros autores lo definen como aquello que puede acontecer en un futuro, más o menos cercano, que está presente en cualquier actividad que se realice, y que causa preocupación por sus consecuencias.^{10,11}

Los riesgos en la práctica médica pueden dividirse en dos tipos principales; los riesgos inherentes y los riesgos residuales, en el entendido de que estos términos originalmente fueron aplicados en materia de seguros, en la actualidad se aplican a muchos ramos de la actividad profesional de diversas ramas, no siendo la excepción la materia médica.¹²

Así, se describe el riesgo inherente como el riesgo que existiría hipotéticamente sin tomarse ninguna medida de mitigación o prevención, es decir; es el riesgo bruto y natural asociado con cualquier actividad o situación particular, en la práctica médica se referiría a cualquier riesgo intrínseco a los procedimientos y tratamientos que existen, por el simple hecho de la naturaleza del acto médico, por ejemplo; en una intervención quirúrgica siempre hay riesgo de infección por el simple hecho de incidir los tejidos de la piel y exponer los tejidos debajo de esta al medio ambiente.¹²

Por otro lado, el riesgo residual es el nivel de riesgo futuro previsto después de implementar todas las medidas de mitigación o contención, suponiendo que sean efectivas para evitar dicho riesgo, como ejemplo podríamos decir que para realizar una cirugía el médico toma todas las precauciones en cuanto a valoraciones preoperatorias, asepsia, antisepsia, profilaxis antimicrobiana pre y postoperatoria, vigilancia de la herida y a pesar de todos estos cuidados, la herida se infecta.^{12,13}

La relevancia de estos riesgos centra su atención en la práctica médica en el punto de que cualquier actividad relacionada al acto médico conlleva un riesgo potencial, desde que el paciente ingiere un medicamento prescrito por su médico, hasta cualquier intervención quirúrgica independientemente de la magnitud de esta, considerando por supuesto, que no existe el riesgo cero a pesar de tomarse todas las medidas para intentar prevenirlo o atenuarlo.

En la búsqueda de literatura de algún método que facilite al jurista el análisis de los casos

de responsabilidad profesional en materia médica, no hemos encontrado alguno que sea de aplicación práctica para su uso relacionado a estos casos como posible guía para determinar los pasos seguidos por el profesional de la salud en cuanto a los controles para reducción de riesgos inherentes y residuales y, sobre esta base poder determinar el nivel de responsabilidad en su actuar.

El asumir que al realizarse una intervención médica de cualquier índole no existe un riesgo, sería un desacierto ya que, hace posible que individuos no relacionados con el ámbito del ejercicio profesional de la salud, puedan inferir situaciones inexistentes o supuestos irreales que puedan derivar en inconformidades, por situaciones que no necesariamente podrían ser atribuibles de manera exclusiva al personal de salud.

Estas situaciones son cada vez es más frecuentes, pueden generarle a estos problemas legales, económicos, y de salud mental como traumas psicológicos, angustia, agotamiento, así como deterioro en su capacidad profesional y de su prestigio profesional, llegando en casos extremos al suicidio.^{14,15}

Como se ha comentado, el riesgo residual es aquel que permanece de manera inevitable, a pesar de haberse tomado todas las medidas de control necesarias para evitarlo, reducirlo o mitigarlo, en el caso concreto de la medicina estas medidas de control recaen en el apego a la *lex artis* que se refiere a las reglas y estándares que rigen la actuación correcta de la atención médica y a la *lex artis ad hoc* que se refiere a la aplicación de dichos estándares a un caso en concreto, considerando las circunstancias de modo, tiempo, lugar y consecuencias concretas del caso y debe ser materializado documentalmente el actuar del profesional de la salud en los consentimientos informados y notas médicas.

La comprensión del jurista de los pasos a evaluar en cuanto al caso en concreto en materia médica le hará comprender que, realizarlo bajo el lente de un método concreto puede facilitar su actuar profesional y tener una visión más amplia y concreta del caso en cuestión para generar mejores argumentos en el análisis de este, encaminándose a encuadrar mediante una perspectiva diferente y más precisa los señalamientos del actuar del profesional en salud que pueden generarse por parte de los juristas relacionados a estos. Es así como, el objetivo primordial de este trabajo es

proponer una herramienta metodológica cualitativa para la evaluación de los controles de riesgo en el acto médico.

Este método además de facilitar al jurista el análisis del caso, también lleva a la necesidad y posibilidad de que el profesional de la salud haga hincapié que, bajo la óptica del método propuesto considere los medios necesarios mínimos a tener en cuenta para aplicar las medidas de seguridad y control para la protección legal de su práctica profesional, más aún en el entendido de que en la actualidad la medicina defensiva ya es una práctica común debido a la cultura punitiva en que vivimos, así como por el incremento de las demandas y denuncias por actos médicos.¹⁶

La relevancia de lo anterior es que, para que puedan fincarse elementos de responsabilidad civil, en materia médica derivado de un riesgo inherente o uno residual y posterior a alguna complicación, se deben considerar tanto los elementos objetivos como subjetivos de la responsabilidad.

Así, los elementos objetivos se refieren a los aspectos materiales y externos del hecho, dentro de los cuales se encuentran tres situaciones principales: 1- el acto u omisión realizada, 2- el daño causado y 3- el nexo causal entre las dos previas.

Los elementos subjetivos, por otro lado, se centran en la intención o la culpa del agente, es decir, si actuó con dolo (intención de causar daño) o culpa (falta de diligencia de un deber de cuidado, negligencia o imprudencia), por otro lado para determinar que la complicación de un acto médico sea considerada como un delito, tendría que categorizarse en función a los siguientes cuatro elementos; 1- tipicidad; si se ajusta a la descripción de un delito según el código penal, 2- antijuricidad; si la acción es contraria al derecho, 3- culpabilidad; si el autor es responsable de la misma y 4- punibilidad; si es meritorio de aplicarse una sanción.^{17,18}

Si no se demuestran por la parte actora las pruebas que determinen con toda claridad todos estos elementos mencionados en los párrafos previos y el personal de salud y su representante jurídico pueden demostrar que actuó de la manera diligente y correcta como está en la normatividad legal, y como refieren algunos autores, considerando y demostrando las excluyentes de incriminación que pueden cancelar alguno de los elementos del delito, es factible que a pesar de la posibilidad y

complejidades de un litigio, este pueda librarse del señalamiento de responsabilidad profesional.¹⁷

Según el código penal federal en sus artículos 15 al 17 se refieren las excluyentes de delitos aplicables al acto médico como son; 1- la falta de voluntad; 2- la inexistencia del tipo penal; 3- el consentimiento informado del titular, cuando el bien jurídico afectado sea disponible para quien lo otorga; 4- el cumplimiento de un deber jurídico, que implica la obligación de proporcionar tratamiento; 5- el estado de necesidad o error invencible, cuando se sacrifica el bien inferior por otro superior como la vida y 6- la no exigibilidad de otra conducta, cuando por las circunstancias que concurren en una conducta ilícita, no permiten actuar conforme a derecho.^{17,18}

Si hay un actuar diligente por parte del médico y se siguieron a cabalidad los pasos de la atención médica apegados a la *lex artis* y *la lex artis ad hoc*, y está adecuadamente sustentado en los documentos llenados por el personal de salud, sería posible para el médico (o enfermera) demostrar que no hubo intención de daño, que se siguieron los pasos requeridos dentro del actuar profesional por la ley general en salud, por la *lex artis* y *lex artis ad hoc*, que dichos pasos están sustentados en los documentos conforme a la NOM 004 SSA3 2012 del expediente clínico, e idealmente apegado a las guías de práctica clínica vigentes que, aunque no son de observancia obligatoria en su cumplimiento, desde el punto de vista jurídico, otorgan al médico cierto amparo para justificar su actuación y cumple un enorme valor orientativo para el juez, aun cuando no le vincula, ni le obliga a su aplicación forzosa.^{19,20}

En cuanto al riesgo residual, algunos autores mencionan que se puede considerar como aquel que no se puede eliminar ni reducir en su totalidad (lo cual aplica a cualquier acto médico), lo que podría deberse a que no existen medidas de control absolutas para prevenirlo, a que para reducirlo podrían introducirse otros riesgos o a que sería extremadamente desproporcionado controlarlo, asimismo mencionan que para controlar el riesgo residual a su nivel más bajo posible, es necesario elegir las mejores medidas de control para una tarea determinada.²¹

El entendimiento de los riesgos potenciales en cualquier intervención por su propia naturaleza; deriva en que el personal de salud y el personal jurídico que lleva estos casos, tiene la responsabilidad

de conocer los riesgos inherentes y residuales en el área de salud así como sus controles, los cuales, en general el personal médico conoce y aplica rutinariamente, (no así el personal jurídico a menos que esté capacitado en esta área para el análisis de los casos), pero no bajo una metodología determinada, ya que estos los va adquiriendo de forma mezclada entre el conocimiento empírico-intuitivo, los usos y costumbres de las áreas donde se entrena y capacita, y sobre el conocimiento académico de su propia práctica profesional.

Sin embargo, al no tener sistematizado el concepto del riesgo inherente, residual y sus controles, es probable que estos no queden completa ni claramente asentados ni descritos en los documentos necesarios para poder ejercer su actividad con mayor seguridad y que, en un caso determinado, el jurista pueda con un mejor enfoque determinar el actuar del profesional de la salud.

El método de evaluación propuesto de los controles en la práctica médica, sería recomendable para su aplicación de manera rutinaria para mitigar los riesgos inherentes y residuales en el ejercicio de la medicina, teniendo que aplicarse como medidas preventivas para disminuir la posibilidad de incurrir en fallas procedimentales, riesgos en la atención médica del paciente e incluso de quejas por falta de información en los expedientes y/o por falta de información en la actividad profesional a los pacientes o sus familiares.

METODOLOGÍA DE HERRAMIENTA DE ANÁLISIS DE CONTROLES PROPUESTA (ANEXOS 1, 2, 3 y 4)

El personal de salud está sujeto a una regulación jurídica robusta y compleja y dentro de su práctica tiene el deber de conocerla independientemente de su campo de acción, así, tenemos que dentro del método de análisis propuesto tanto para médicos como para juristas se determinen los controles que generalmente deben realizarse ante la práctica médica habitual, y según considera el autor del presente documento, pueden dividirse en 4 áreas principales; La herramienta propuesta se estructura en cuatro apartados principales que combinan los controles propuestos con los documentos obligatorios de la NOM 004 SSA3 2012 y en la NOM 019 SSA3 2013.^{19,22}

Estas secciones se dividen en las siguientes 1. Criterios de riesgo que involucran la diligencia en el manejo de la información; 2. Análisis de controles del acto médico (prevención de negligencias); 3. Ponderación de los controles en el actuar de enfermería y 4. Ponderación de la responsabilidad profesional.

Estas cuatro secciones propuestas, engloban los medios de control de los riesgos inherentes y residuales bajo el apego de las normas referidas en cuanto al control documental de notas de valoraciones iniciales, los controles documentales de evaluación de laboratorio y gabinete, los controles documentales de procedimientos preventivos dentro de la atención médica, los controles documentales de medios de valoración y seguimiento de los pacientes, y los controles documentales de apego al tratamiento médico por parte del paciente.

Controles documentales de valoración inicial y de autorización de procedimientos médicos y hospitalarios; Son los documentos que se refieren a las condiciones del paciente en su valoración inicial ya sea en una consulta, hospitalización o a una unidad de urgencias, estos incluyen las notas de consulta inicial, en caso de ingreso a urgencias y hospitalización, las notas de valoración inicial, la historia clínica, los consentimientos informados de hospital y sobre la atención médica por realizarse en caso de ser requeridos, entre otros.

Controles de evaluación de laboratorio y gabinete; estos normalmente son todos los estudios solicitados en las consultas médicas o al ingreso hospitalario de los pacientes requeridos para integrar diagnósticos sindromáticos, presuncionales y definitivos, así como para determinación de parámetros de laboratorios preoperatorios, y para el seguimiento y monitorización del control de los pacientes posterior a una atención médica en los casos que lo ameritan ya sea que estén hospitalizados o como ambulatorios con seguimiento en consulta externa.

Controles documentales sobre procedimientos preventivos realizados en la atención médica; En algunos actos médicos como las intervenciones quirúrgicas o pacientes en situaciones delicadas requieren ciertos cuidados y medidas especiales, como ejemplos; aplicación de medicamentos antimicrobianos para mitigar riesgos de infección en heridas y sean quirúrgicas o de otra índole; prevención de casos de tromboembolia o hipercoagulabilidad

mediante anticoagulación en casos de pacientes encamados de manera prolongada o posteriores a cirugías mayores ortopédicas o cardiovasculares; las planeaciones quirúrgicas, los tiempos de asepsia y antisepsia ante una intervención quirúrgica, los "tiempos fuera" (tiempos de verificación) aplicados por el personal de enfermería previos a la intervención quirúrgica; medidas de control en prevención de caídas del paciente hospitalizado, entre muchos otros.

Controles de medios de valoración y seguimiento de los pacientes: Son todas las notas médicas de seguimiento de los pacientes que deben apegarse a la Norma Oficial Mexicana NOM 004 SSA3 2012,¹⁹ entre algunas destacan las solicitudes de interconsultas, las notas de valoraciones médicas periódicas ya sean del médico tratante o de Interconsultantes, hojas de indicaciones médicas, notas de valoraciones preoperatorias y preanestésicas en los casos requeridos, consentimientos informados de cirugía y anestesia, notas postoperatorias y posanestésicas, notas de seguimiento y evolución, notas de alta o traslado, notas de referencia a otros especialistas, notas de alta, constancias de incapacidad o justificantes médicos y notas de control de medicamentos por las áreas de enfermería, sujetas a la NOM 019 SSA3 2013,²² así como el asentamiento de lo prescrito y la adecuada redacción de recetas médicas conforme a lo estipulado en el Reglamento de Insumos para la Salud en sus artículos 28 al 32 entre otros.²³

Controles sobre los tratamientos realizados: Aquí se aplican los conceptos de *lex artis* y *lex artis ad hoc*, ya que es en el tratamiento, donde entra la experiencia del médico y su apego a la medicina basada en la evidencia, en el apego a las guías de práctica clínica (cuando aplique), así como en la pericia del profesional de la salud en el desarrollo de cada uno de los pasos para dar tratamiento correcto al paciente. Este punto puede ser complejo de evaluar por los juristas y es donde estos pueden requerir de apoyo de terceros experimentados en el campo de la salud para determinar si los pasos realizados se consideran los más indicados para cada caso, este es el caso de los peritajes en materia médica especializada.

Controles de apego del paciente al tratamiento médico: Este punto es complejo de analizar dado a que su certeza depende de la palabra del paciente contra lo observado clínicamente, debe asentarse en las notas médicas la evolución de este, tratando de indagar el apego del paciente al

tratamiento prescrito, los cuidados que este ha tenido con respecto a su atención, en especial en lo relativo a cirugías, medicamentos especializados, rehabilitación o dietas recomendadas, entre otros, o en dado caso, si este está tomando medicamentos no prescritos por el médico a cargo, por ejemplo; si se le ha indicado a un paciente bajar de peso por una enfermedad cardiovascular como hipertensión y hay un incremento de este, o si a un paciente diabético se le indican medicamentos hipoglucemiantes, pero este decide cambiarlos por medios empíricos o modifica su ingesta indicada por su voluntad alejada de lo prescrito, se revelaría una falta de apego a las indicaciones médicas, que sale de las manos del personal de salud a cargo, lo cual debe quedar claramente asentado en el expediente clínico del paciente.

Hay que tener en cuenta que estos parámetros de control son interdependientes e indivisibles, es decir, siempre actúan unos con otros y no hay forma de dividirlos dado a que por la misma razón del tratamiento en conjunto, estos controles provienen de una acción continua, y no hay forma de realizar algunos y no realizar otros para el correcto control de los riesgos dentro de la práctica médica, es justo en este punto que nacen los riesgos residuales, donde ya se consideraron los riesgos inherentes y los controles en relación a estos y es a partir de este punto donde el riesgo residual puede manifestarse como una complicación a pesar de haber aplicado todas las reglas de seguridad para prevenirlos.

Por otro lado, en materia de respuesta biológica ante las enfermedades, cada individuo responde de manera distinta, y aun cuando se espera que un tratamiento específico para una enfermedad determinada, en general, dé una respuesta adecuada, en ocasiones es posible que las propias características de los pacientes y sus enfermedades de fondo, así como su estilo de vida, las reacciones idiosincráticas, efectos secundarios o adversos de los pacientes a medicamentos, implantes o insumos médicos diversos requeridos para su atención, e incluso, el nivel educativo de estos influya en los resultados de la atención médica.²⁴

Este último punto es relevante ya que, para poder comprender la información dada por el médico, así como para seguir las instrucciones médicas sin modificarlas apeándose a los tratamientos es complicado, lo cual es referido por algunos autores que reportan que la falta de adherencia a los

tratamientos por parte de los pacientes es un grave problema de salud pública a nivel mundial.²⁵

Con lo referido no se pretende afirmar que toda consecuencia negativa de un acto médico deriva exclusivamente de los riesgos inherentes o residuales, ni tampoco se pretende negar que seguramente habrá casos en los cuales en el acto médico efectivamente pudo haber un error o una complicación por posibles negligencias, imprudencias o impericias con consecuencias negativas e incluso permanentes para el paciente, ante los cuales el médico deberá demostrar su adecuado proceder basado en lo manifestado en el expediente clínico, teniendo el derecho a defenderse de estas acusaciones en audiencia pública y probar su inocencia ante los recursos legales que considere necesarios siendo que, en caso de no poder demostrarla, deberá asumir las consecuencias de su actuar.

CONCLUSIONES

No existe alguna herramienta jurídica concreta de cotejo de los controles de los riesgos inherentes y residuales en la práctica de la medicina, la cual podría facilitar a los juristas que llevan estos casos el análisis de manera más precisa de todos los pasos realizados por el personal de salud señalado como responsable en su actuar.

La herramienta metodológica cualitativa de cotejo sugerida por el autor, se basa en los conceptos de riesgo inherente, residual y sus controles, y pretende simplificar a los abogados, el análisis de los casos en cuestión, buscando puntos concretos dentro de las documentales de la actividad médica, ya que, en ocasiones los expedientes por analizar pueden derivar en un verdadero laberinto y reto para el jurista que lleva el caso, al tratar de indagar cada paso realizado durante el proceso de la atención médica, siendo que esta no puede analizarse ni juzgarse de manera simplista.

Así una herramienta que de una visión más clara y amplia de lo que debe buscarse en los expedientes y notas relativas a la atención médica, podría agilizar en gran medida el análisis de los casos y sobre esto, puede tenerse una visión más concreta del proceder del médico que se encuentra ante un caso legal, facilitando al jurista la posterior teoría y argumentación del caso en estudio y podría facilitar al juzgador la decisión del asunto en cuestión.

En nuestro país la práctica de la medicina tiene una obligación de medios mas no de resultados, dentro de la complejidad del acto médico puede haber complicaciones y ante estas siempre debe aplicarse de manera obligada la presunción de inocencia, dentro del actuar médico siempre hay riesgos inherentes y residuales inevitables que lo circundan y que pueden llegar a ser incontrolables a pesar de las mejores prácticas en el entendido que el riesgo cero, es inexistente.

RECOMENDACIONES

Dentro de las medidas preventivas para el prestador de servicios de salud recomendables, ante los incontables riesgos inherentes y residuales que rodean el acto médico, las alternativas para su defensa efectiva son:

1. Intentar mantener una adecuada relación médico paciente en el entendido que esta puede ser fluctuante y voluble dependiendo de los resultados obtenidos y propias características del paciente.
2. El apego riguroso a la *lex artis* y *lex artis ad hoc* de su especialidad por defecto y a la medicina basada en la evidencia.
3. Consultar las guías de práctica clínica vigentes para su práctica clínica.
4. Adherirse de manera exigente a lo establecido en la ley general en salud en lo concerniente a la atención médica y la NOM-004-SSA3-2012 del manejo del expediente clínico en cuanto al registro de notas médicas de evolución, interconsultas, quirúrgicas, de enfermería bajo la NOM 019 SSA3 2013 para enfermería, consentimientos informados, valoraciones preoperatorias, entre los otros muchos documentos, en los cuales debe quedar absolutamente claro y puntual, el actuar del médico o profesional de la salud en cada uno de los pasos dados para la diligente atención del paciente y
5. Respaldarse de un seguro de responsabilidad civil médica o un despacho jurídico con experiencia en materia médica, en el entendido de que, para una adecuada defensa, se requiere de documentos lo más impecables, detallados y claros en la descripción del acto médico

realizado, ya que, sin estos, la defensa se vuelve absolutamente vulnerable.

6. Algunos autores refieren que cada vez más se requiere del desarrollo de áreas de aplicación de la gestión de riesgos clínicos, con la intención de crear enfoques integrados en la gestión del riesgo clínico en el que la seguridad de la atención solo pueda lograrse garantizando la seguridad de los pacientes, de los profesionales de la salud y de los hospitales, tratando de acercarse a los países alejados de la cultura de "no culpar", a la práctica de esta.²⁶
7. Se recomienda la capacitación y actualización continua de los juristas que toman estos casos así como de los juzgadores para evaluarlos y juzgarlos con perspectiva de derecho médico, consideramos de suma importancia tomar en consideración por parte de estos, la ponderación de los riesgos inherentes, residuales y sus controles dentro de los actos médicos realizados por el profesional de la salud ya que, como sabemos, estos son de alta complejidad, con una diversidad de variables inmiscuidas en ellos, en el entendido de que la medicina no es una ciencia exacta y en la cual no puede ni debe determinarse una responsabilidad del personal de salud bajo una lupa meramente simplista e ingenua de la actividad médica sin considerar todos los pormenores relacionados a esta.

REFERENCIAS

1. Brenes MM, Padron MM. LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA. La medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos [Internet]. 2024. https://www.researchgate.net/publication/324217963_LEX_ARTIS_AD_HOC_SU_CONCEPTO_EN_MATERIA_MEDICA_La_medicina_no_es_una_ciencia_exacta_por_lo_que_no_puede_pronosticar_ni_asegurar_resultados_favorables_en_todos_los_casos
2. OEM [Internet]. Oem.com.mx. 2025. <https://oem.com.mx/elsoldemexico/mexico/aumentan-41-las-quejas-ante-la-cndh-por-fallas-en-el-sector-salud-16694687>
3. Ponce de León R S, Macías H AE. La toma de decisiones en medicina [Internet]. Ciudad de México: Facultad de Medicina UNAM; 2006 Sep 1 [citado 2025 Nov 13]. https://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/sep_01_ponencia.html
4. Artículo de revista (PDF): (S/f-e). [Título del artículo, si disponible] [Internet]. Gob.mx; [citado 27 de julio de 2025]. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_30_2025/art_7.pdf
5. Semanario Judicial de la Federación [Internet]. sjf.scjn.gob.mx. 2013 <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2004722>
6. Semanario Judicial de la Federación [Internet]. Scjn.gob.mx. 2020. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/160354>
7. Semanario Judicial de la Federación [Internet]. Scjn.gob.mx. 2020. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2024514>
8. 8. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. Diputados.gob.mx. 2021. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>
9. StackPath [Internet]. Corteidh.or.cr. 2021. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37682.pdf>
10. ASALE R -, RAE. riesgo | Diccionario de la lengua española [Internet]. "Diccionario de la lengua española" - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/riesgo>
11. ¿Qué es el riesgo? [Internet]. Fundación MAPFRE MEXICO. <https://www.fundacionmapfre.mx/educacion-divulgacion/educacion-financiera/seguros/que-es-el-seguro/que-es-el-riesgo/>
12. Guía sobre el riesgo inherente y residual Blog de RISK-ACADEMY [Internet]. Riskacademy.blog. 2024. Available from: <https://riskacademy.blog/es/download/guide-to-inherent-and-residual-risk/>
13. Atlassystems.com. Atlas Systems Pvt. Ltd; 2025. <https://www.atlassystems.com/blog/inherent-risk-vs-residual-risk>
14. Sarmiento M. How a Lawsuit Can Break a Doctor — and What to Do About It [Internet]. Medscape. 2025 [cited 2025 Jul 27]. <https://www.medscape.com/viewarticle/how-lawsuit-can-break-doctor-and-what-do-about-it-2025a1000f6j>
15. Madan R, Das N, Patley R, Nagpal N, Malik Y, Math SB. Consequences of medical negligence and litigations on health care providers – A narrative review. Indian Journal of Psychiatry/Indian journal of psychiatry. 2024 Apr 1;66(4):317–25
16. Miziara ID, Miziara CSMG. Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. Clinics. 2022 Jan;77(100053):100053
17. Fernández-Varela Mejía H, Sotelo Monroy GE. El deber del cuidado médico en México. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2019 May 1;62(3):40–9. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2019/un193g.pdf>
18. De Diputados C, Congreso De D, Unión L. CÓDIGO PENAL FEDERAL [Internet]. 2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>
19. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [Internet]. Dof.gob.mx. 2012. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
20. García-Villarreal OA. Responsabilidad médica profesional, guías para la práctica clínica y lex artis. La importancia de seguir las recomendaciones de las guías clínicas. Gaceta de Mexico. 2022 Oct 20; 158(6)

21. Residual Risk, How You Can Calculate And Control It [Internet]. www.haspod.com. 2023. <https://www.haspod.com/blog/management/residual-risk>
22. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 1 de agosto de 2025]. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523
23. México. Poder Ejecutivo Federal. Reglamento de Insumos para la Salud [Internet]. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 1998 Feb 4 [citado 2025 Nov 13]. <https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfArticuladoFast.aspx?q=s6n2if7Uv7A+Z8I0w3ky6ar9IMKBIZ62VEU-OhliZ2Gx6lthJOGFI9Nu+mqX1g34ZgURiZrRFM-FL0vITc6pcTqQ=>
24. Uetrecht J, Naisbitt DJ. Idiosyncratic Adverse Drug Reactions: Current Concepts. *Pharmacological Reviews* [Internet]. 2013 Apr 1;65(2):779–808. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3639727/>
25. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda OA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*. 2018; 16(3):226–32
26. Ferorelli D, Bolcato M, Aprile A, Dell’Erba A. Editorial: Medico-legal aspects of clinical risk management and patient safety. *Frontiers in Public Health*. 2022 Sep. 5;10

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

Conflicto de intereses:

El autor declara 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.

ANEXO 1. CRITERIOS DE RIESGO (DILIGENCIA DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTAL)

Evalúa el cumplimiento formal del médico y su apego a la NOM 004 SSA3 2012, la cual es elemento fundamental como prueba preconstituida en un

juicio. La documentación detallada e impecable es clave para la defensa del profesional de la salud.

CONTROL POR VERIFICAR APEGADO A LA NOM 004-SSA3-2012	REQUISITO/NUMERAL DE LA NOM 004-SSA3-2012	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO (CONTROL DE RIESGO)	RELEVANCIA JURÍDICA
Identificación y confidencialidad	Numerales 5.1, 5.3, 5.4, 6.2	¿El expediente cumple con conservación mínima de 5 años, es propiedad de la institución y se manejó de forma confidencial?	Validez legal, titularidad y cumplimiento del secreto profesional.
Voluntad y consentimiento informado	Numerales 4.2, 10.1, 10.2	¿Existe carta de consentimiento informado para procedimientos mayores como cirugía y anestesia y especifica riesgos y beneficios y cumple con el contenido requerido en el numeral 10.2 ?	Excluyente de delito, (consentimiento del titular), demuestra que el riesgo inherente le fue informado al paciente, siempre y cuando cumpla con el numeral 10.2 de la NOM-004-SSA3-2012.
Registro del actuar profesional	Numeral 6.2 de las notas médicas y 8.3 de la nota de evolución	¿Todas las notas son legibles, contienen firma autógrafa del médico, están fechadas y con registro de hora?	Permite determinar la autoría del acto médico y la cronología de la atención.
Cumplimiento del deber jurídico	Numeral 6.2, 8.3 de la nota de evolución y NOM 019-SSA3-2013 de enfermería.	¿Las notas de evolución tienen diagnóstico, tratamiento e indicaciones médicas completas en cuanto a dosis, vía y periodicidad?	Excluyente de delito (cumplimiento de un deber de cuidado) Demuestra la aplicación de la lex artis en las decisiones terapéuticas. Verificación en hojas de indicaciones médicas y en notas de enfermería que sustenten estas acciones (NOM 019-SSA3-2013).

ANEXO 2. ANÁLISIS DE CONTROLES DEL ACTO MÉDICO (PREVENCIÓN DE ERRORES O NEGLIGENCIAS MÉDICAS)

Esta sección verifica que los controles (medios preventivos para mitigar riesgos inherentes) se

hayan documentado; la falta de registros puede indicar inobservancia de las normas o negligencia.

ÁREA DE CONTROL	PREGUNTA CLAVE PARA EL JURISTA	RESULTADO DOCUMENTAL VERIFICACION DE LA NOM 004-SSA3-2012
Valoración inicial y diagnóstico	¿Se realizó una historia clínica completa y se integraron los diagnósticos sindromáticos, presuncionales o definitivos apegados a la NOM 004 SSA3 2012?	Numerales 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 7, 8, NOM-004-SSA3-2012. Búsqueda de la historia clínica y notas de valoración inicial. ¿El registro justifica las decisiones del tratamiento?
Laboratorio y gabinete	¿Se solicitaron y documentaron los estudios auxiliares necesarios para integrar el diagnóstico y se interpretaron correctamente en las notas?	Numeral 6.2.3, 8.3. Verificación de resultados y mención explícita de estos en las notas médicas.
Procedimientos preventivos	¿Consta en las notas médicas si se aplicaron medidas de mitigación de riesgos específicas (e.g. profilaxis antimicrobiana, prevención de tromboembolia, tiempos fuera en sala quirúrgica, procesos de prevención de caídas, entre otros) y se registraron?	Numeral 6.1, 6.2, 7.1, 8, 8.1, 8.3 8.4, 8.5, 8.7, 8.8, 8.9, 8.9.11, 9, 9.1, 9.2, 10. NOM-004-SSA3-2012. Verificación en hojas de indicaciones médicas y en notas de enfermería que sustenten estas acciones (NOM 019-SSA3-2013).
Valoración y seguimiento	¿Se realizaron y documentaron las notas de evolución con la periodicidad requerida reflejando cambios en el cuadro clínico?	Numerales 6.1, 6.2, 7.1, 8, 8.1, 8.4, 8.5, 8.7, 8.8, 8.9, 8.9.11, 9, 9.1, 9.2, 10 y 10.1 NOM-004-SSA3-2012. Cotejar la frecuencia y apego de las notas de evolución en urgencias, en hospitalización, su contenido congruente con el diagnóstico, así como la existencia de notas postoperatorias, de alta, traslado y referencia entre otras.

ANEXO 3. PONDERACIÓN DE LOS CONTROLES EN EL ACTUAR DE ENFERMERÍA.

Esta sección verifica el cumplimiento de los deberes del personal de enfermería encuadrados en la NOM 019-SSA3_2013, los cuales son controles preventivos

de riesgos inherentes y residuales demostrando la diligencia en el manejo del paciente.

ÁREA DE CONTROL (RIESGO INHERENTE)	FUNDAMENTO LEGAL (NOM 019-SSA3-2013)	CRITERIO DE VERIFICACIÓN (ACTUAR DILIGENTE)	RELEVANCIA JURÍDICA
Administración de medicamentos y tratamientos	Numeral 5.2.1.2 y 5.2.1.3 de administración de medicamentos	¿El personal de enfermería verificó la prescripción médica (dosis, vía, horario) registró la hora y cantidad del medicamento aplicado y verificó el uso de medicamentos de alto riesgo en caso de haberlos?	La omisión de verificación puede constituir prueba de impericia o imprudencia y puede derivar en un nexo causal de responsabilidad entre el actuar y el daño causado.
Control del expediente clínico	Numeral 5.2.1.1 y 5.2.1.2 de registro de notas y registro de acciones	¿Las notas de enfermería son legibles, completas, están fechadas con hora de elaboración y firma de quien la realiza? (incluyendo notas de balance hídrico y signos vitales).	Prueba de cumplimiento del deber jurídico y de diligencia, así como de la cronología de la atención. En caso de no cumplirse puede orientar a una negligencia o falta de diligencia.
Procedimientos de seguridad y prevención	Numeral 5.2.2.4 y 5.2.2.5 de bioseguridad y vigilancia del paciente	¿Se registraron medidas de prevención como tiempos fuera, en cirugía, prevención de caídas, úlceras de presión, manejo de material estéril o medidas profilácticas con medicamentos?	Demuestra la lex artis ad hoc en el cuidado e implementación de controles contra riesgos específicos. El no contar con estas medidas orienta a considerar falta de diligencia, y negligencia.
Vigilancia y detección de complicaciones	Numerales 5.2.1.1 y 5.2.1.2 del seguimiento del plan de cuidados	¿Se refleja en las notas la valoración continua del paciente y la comunicación inmediata al médico ante cualquier imprevisto, complicación o efecto adverso?	Demuestra el apego a la lex artis, de no contarse con evidencia de esta comunicación y valoración continua, puede considerarse negligencia o imprudencia generándose un nexo causal.
Educación para la salud y alta	Numeral 5.2.2.3 de la orientación al paciente	¿Quedó documentada la orientación al paciente y/o familiar sobre el tratamiento, cuidados y signos de alarma al alta o traslado?	Revela el esfuerzo del personal de salud por mitigar el riesgo de incumplimiento o falta de apego al tratamiento por parte del paciente incrementando el riesgo residual.

ANEXO 4. PONDERACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD.

Esta sección permite al jurista aplicar la presunción de inocencia y analizar si el daño pudo derivar un

riesgo residual inevitable o como resultado de una falta de diligencia.

ELEMENTO DE RESPONSABILIDAD	CONCLUSIÓN JURÍDICO MÉDICA	CRITERIO DE PONDERACIÓN (RIESGO RESIDUAL)
EXPEDIENTE INCOMPLETO O MUTILADO	Ausencia de expediente, presencia de notas alteradas o mutiladas. Numerales 5,6,7,8,9 de la NOM 004-SSA3-2012.	Genera dificultad para demostrar el acto médico y su apego a la lex artis. Podría considerarse como prueba preconstituida.
FALTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	No hay consentimiento informado, o es ilegible o incomprensible para el paciente y no cumple con formalidades. Numeral 10.1 de la NOM 004-SSA3-2012 para procedimientos quirúrgicos o de alto riesgo.	Invalidez del acto médico, en términos legales generando responsabilidad civil y administrativa.
FALTA DE FIRMA Y DATOS ESCENCIALES	No se cumplen con las formalidades esenciales en notas médicas. Numeral 6.1 de la NOM 004-SSA3-2012. Fecha, nombre, hora, firmas en todas las notas del expediente.	Anulación o disminución del valor probatorio de la nota causando dificultad para atribuir responsabilidades.
VIOLACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD	Falta de confidencialidad y de discreción, así como divulgación no autorizada de información. Numeral 5.3 de la NOM 004-SSA3-2012.	Responsabilidad civil y administrativas por violación del secreto profesional.
CONSERVACIÓN INCORRECTA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	No se conservó el expediente por 5 años Numeral 5.4. de la NOM 004-SSA3-2012.	Incumplimiento de deberes del prestador de servicios con la consecuente pérdida de prueba legal.
DOLO O CULPA	¿La omisión o el acto médico deriva de una culpa (negligencia, imprudencia, impericia) o de un evento que a pesar de la diligencia y los controles no se pudo evitar?	Si se demuestra el cumplimiento de los controles documentales referidos en el anexo 2, podría argumentarse que la complicación deriva de un riesgo residual incontrolable.
NEXO CAUSAL	¿La falta de documentación e incumplimiento de la NOM 004-SSA3-2012 o la falla en la aplicación de la lex artis contribuyó directamente al daño (nexo causal)?	Si el registro documental es completo y diligente, se dificulta el establecimiento de un nexo causal entre el actuar médico y el daño causado como resultado negativo, apuntando a la posibilidad factores inherentes o reacciones idiosincráticas del paciente, riesgos residuales inevitables.
EXCLUYENTES DEL DELITO	¿El expediente contiene elementos que comprueben la falta de voluntad de dañar o el cumplimiento de un deber jurídico?	El consentimiento informado y las notas médicas diligentes y apegadas a la lex artis, son la base documental para demostrar las excluyentes del delito.

Al llegar al cierre de este **ciclo de 2025**, extendemos nuestro más sincero **agradecimiento** por su invaluable colaboración.

Reconocemos especialmente a **nuestras estimadas y estimados revisores** que, a lo largo de este año, han compartido generosamente su **conocimiento, experiencia y pensamiento crítico** a través de nuestra revista.

Dra. Odet Sarabia González

Dr. Rodolfo Cano Jiménez

Dra. Natalia Sánchez Garrido

Dra. Laura Cortés Sanabria

Dr. Pablo Moreno Sánchez

Dr. Ricardo Landa Reyes

Dra. Aramara Yasmin Aco Flores

Dra. Rosana Pelayo Camacho

Dr. Sergio Ponce de León Rosales

Dra. Yisel Pinillos Patiño

Dra. Tania Janeth González Salinas

Dra. María Yolanda Anahid Salyano Peñuelas

Dr. Jesús Reyna Figueroa

Dra. Martha Arellano González

Mtra. Sandra Guadalupe Moya Sánchez

Dr. Leonardo Limón Camacho

Dr. Emilio José García Mayo

Dr. Juan Gabriel Rosales Barrera

Dr. Osvaldo Miranda Araujo

Dr. Luis Daniel Olvera Martínez

Dra. Jennifer Hincapie Sánchez

Dra. Mariana Cárdenas González

Dr. Eduardo García Muñoz

Dra. Rosa Paola Figuerola Escoto

Dra. Laura Cortés Sanabria

Dra. Liliana Hernandez Mendoza

Dr. Sergio López Moreno

Dr. Michael Eduard Wasung De Lay

Dra. Gabriela Yanet Cortés Moreno

Su compromiso ha sido fundamental para la construcción de contenidos que no solo aportan al diálogo académico, sino que también contribuyen activamente al fortalecimiento de una **atención médica cada vez más segura y de mayor calidad.**

Esperamos seguir contando con su apoyo y acompañamiento en los próximos desafíos.

¡Gracias por su colaboración!

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO



Av. Marina Nacional #60, Piso 14, Alc. Miguel Hidalgo,
Colonia Tacuba, 11410, Ciudad de México
Teléfono 5554207000
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

<http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/revista.php>



Gobierno de
México

Salud
Secretaría de Salud



CONAMED
Comisión Nacional de Arbitraje Médico