

La violencia en la educación médica en México -A sesenta años del Movimiento Médico de 1964-1965-

Recibido 02 febrero 2024-Aceptado 12 abril 2024

Francisco Domingo Vázquez Martínez*

Universidad Veracruzana. Xalapa-Veracruz, México
dvazquez@uv.mx


Jaqueline del Carmen Jongitud Zamora**


Universidad Veracruzana. Xalapa-Veracruz, México
jjongitud@uv.mx

RESUMEN: *En México, por lo menos una tercera parte de la licenciatura de Medicina se cursa en hospitales y centros de salud; la formación de médicos especialistas se realiza totalmente en los hospitales. Lo anterior lleva a que las instituciones de salud consideren a los estudiantes de medicina como fuerza de trabajo médico. Esta dualidad de ser estudiantes y trabajadores crea condiciones muy desfavorables para garantizar tanto su derecho a la educación como el derecho al trabajo. En este*

ABSTRACT: *In Mexico, at least a third of the Medicine degree is completed in hospitals and health centers; the training of specialist doctors is carried out entirely in hospitals. The above leads health institutions to consider medical students as a medical workforce. This duality of being students and workers creates very unfavorable conditions to guarantee both their right to education and the right to work. In this context, the medical movement of 1964-1965 was unleashed, which was resolved by recognizing*

* Licenciado en Medicina, Maestro en Educación Médica y Doctor en Pedagogía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigador del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana y Coordinador del Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos de la misma institución educativa.

 <https://orcid.org/0000-0002-2931-3954>

** Doctora en Derecho Público por la Universidad Veracruzana. Investigadora del Centro de Estudios sobre Derecho, Globalización y Seguridad de la Universidad Veracruzana.  <https://orcid.org/0000-0001-9424-5823>

contexto se desencadenó el movimiento médico de 1964-1965, mismo que se resolvió reconociendo a los residentes como trabajadores. Sin embargo, en la práctica, este reconocimiento reprodujo las condiciones previas, mismas que se mantienen, 60 años después, mediante la violencia. Lo anterior, de manera desafortunada, también desfavorece la garantía del derecho a la atención médica de los pacientes. Dada la reforma constitucional del 2011 en materia de derechos humanos en México, tanto las instituciones educativas como las de salud están obligadas a propiciar y crear nuevas condiciones para los estudiantes de medicina en las unidades médicas, condiciones que les permita cumplir con sus obligaciones de proteger, respetar y garantizar los derechos humanos de estudiantes, médicos y pacientes en las unidades médicas.

Palabras clave: Educación médica; derecho a la educación, derecho al trabajo, derecho a la salud, trabajo médico.

residents as workers. However, in practice, this recognition reproduced the previous conditions, which are maintained, 60 years later, through violence. The above, unfortunately, also undermines the guarantee of patients' right to medical care. Given the 2011 constitutional reform on human rights in Mexico, both educational and health institutions are obliged to promote and create new conditions for medical students in medical units, conditions that allow them to fulfill their obligations regarding protect, respect and guarantee the human rights of students, doctors and patients in medical units.

Keywords: Medical education; right to education, right to work, right to health, medical work.

SUMARIO: Introducción. 1. La educación médica. 2. El espacio docente-asistencial. 3. La atención médica basada en estudiantes de medicina. 4. El movimiento médico de 1964-1965. 5. Cambios de normatividad derivados del movimiento médico. 6. Resultados de la normatividad vigente en cuanto a derechos humanos. 7. La educación médica y la reforma constitucional de 2011. Conclusiones. Fuentes de consulta.

Introducción

¡La ley! -exclamó con desprecio-, ¡ah!, sí, ya puedes hablarme de la ley. Empezó por apoderarse de la tierra, despojó a los hombres de todas sus riquezas y suprime a cuantos le resisten; y en seguida escribió la ley para decir que no se debe robar ni matar. Te aseguro que no hubiera escrito antes de eso su ley. (Tolstoj, 2016: 368)

Tolstoi, en estas líneas, plantea que hay leyes que surgen del triunfo de la violencia, entendida como “el uso de la fuerza al servicio de un acto o acción ejercido sobre una o varias personas” (Dejours, 2009). En este sentido, en la construcción de la cultura de paz resulta fundamental estudiar e investigar el origen de las leyes y normas vigentes desde una perspectiva histórica. Si una ley se decreta y promulga a partir del triunfo de la fuerza y la intimidación es seguro que está perpetuando una situación que atropella los derechos de las personas y que únicamente legitima y reproduce la represión y el sometimiento. En la construcción de la cultura de paz es imperativo identificar y abolir dichas normas, así como sustituirlas por reglas que favorezcan la cultura de paz y de los derechos humanos.

La violencia en la educación médica en México y el mundo está bien documentada (Senado de la República, 2013; Montes-Villaseñor, 2018; Villanueva, 2019; Reborais, 2020; Derive, 2018, Acosta, 2017; Abate, 2023). En particular, se hace referencia a la violencia hacia los estudiantes de medicina que están en las unidades médicas como parte de su plan de estudios profesionales o de posgrado, y que al final se refleja en la violencia hacia los propios pacientes y en la deshumanización de la atención médica (Nussenzweig, 2010; Castro y Villanueva, 2018).

En la educación médica que se desarrolla en las unidades médicas convergen intereses diferentes: por un lado están los educativos que ven la realización de prácticas hospitalarias como un elemento fundamental de la formación médica y, por otro lado, están los propios de los hospitales y unidades médicas que ven a los estudiantes de medicina como fuerza de trabajo médico y un recurso para aumentar la cobertura de la atención médica (Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos, 2019; Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos, 2020). Estas dos perspectivas, sin ser excluyentes una de otra, se enfrentan de manera permanente en numerosos campos, entre otros, en lo jurídico o normativo. Desde la perspectiva de los derechos humanos este enfrentamiento apunta a que en el esfuerzo por proteger y garantizar el derecho a la atención médica se violenta el derecho a la educación médica que tienen profesores y estudiantes de medicina (Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos, 2019), en consecuencia, no se protege ni garantiza ninguno de ellos. Es más, desde la relación de la salud con los derechos humanos esta es una situación que al vulnerar los derechos humanos genera enfermedad (Mann, 1994).

El objetivo del presente trabajo es explorar, desde la perspectiva de los derechos humanos, el origen histórico de la normatividad que regula actualmente la formación de profesionistas de la medicina en las unidades médicas de México, así como el impacto que, a la fecha, esta ha tenido sobre la garantía de los derechos a la atención médica y a la educación médica. Para lograr este objetivo se realiza una investigación documental sobre el contexto histórico de la educación médica en los hospitales de México hasta 1964 (Gasca González, 1997); la normatividad existente respecto a la educación médica en los hospitales

hasta antes del movimiento médico de 1964-1965 (Facultad de Medicina UNAM, 1959); el origen, las demandas y el resultado de dicho movimiento (Pozas, 1993; Rustrían, 2004); los análisis realizados sobre la nueva normatividad al respecto (Jongitud y Vázquez, 2021; Sarmiento, 2022); y la situación en relación con la garantía de los derechos humanos de pacientes y estudiantes de medicina en las unidades médicas (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2009; Comisión Estatal de Derechos Humanos Puebla, 2015). El resultado del trabajo realizado apunta a que la normatividad vigente en relación con el tema reproduce la violencia existente antes del movimiento médico, y no protege de manera eficaz ni el derecho a la educación ni el derecho a la atención médica.

Para su exposición, el trabajo realizado se organiza de la siguiente manera: se inicia con una breve descripción de la educación médica y del espacio docente-asistencial; después se refiere el desarrollo de hospitales y unidades médicas desde mediados del siglo XX en el país y su relación con la educación médica; en seguida se relata el movimiento médico de 1964-1965, así como su solución violenta y las leyes, normas e instituciones que a raíz de este desenlace surgieron y están vigentes; posteriormente se alude a los resultados de la normatividad existente en relación con los derechos humanos; y se concluye con la presentación de una propuesta para el desarrollo de los derechos humanos y la cultura de paz y la no violencia en la educación médica.

1. La educación médica

Los programas educativos de formación de profesionistas de la medicina a nivel licenciatura constan, en lo general, de seis años de estudios, los dos últimos años (internado y servicio social) se desarrollan en hospitales y unidades médicas como centros de salud y consultorios. A nivel de especialidades médicas, la residencia, nombre que se le da al periodo en el que los estudiantes o residentes realizan su especialidad en las unidades médicas, se desarrolla totalmente en las unidades médicas durante, en promedio, cuatro años. Por ejemplo, la formación de médicos especialistas en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia y cirugía requiere, después de tener la licenciatura en Medicina, cuatro años más únicamente en escenarios de las instituciones de salud (Figura 1).

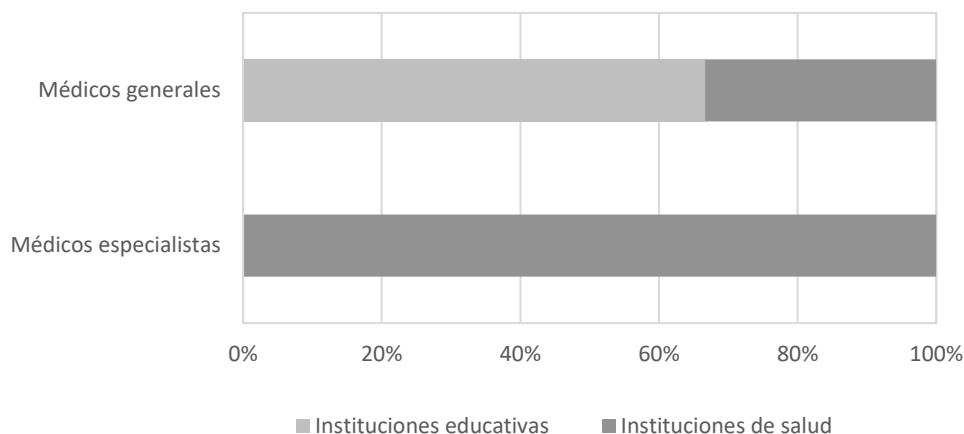


Figura 1. Porcentaje de años de educación médica según escenario de formación. México, 2024

2. El espacio docente-asistencial

El espacio docente-asistencial es el lugar en el que convergen procesos de atención médica y de educación médica; corresponde, físicamente, a las unidades médicas, pero funcionalmente también concierne a la educación médica: al desarrollo del internado, el servicio social y a la residencia médica. En términos de derechos humanos: el espacio docente asistencial es aquel en el que las instituciones de educación y salud deben cumplir de manera simultánea y coordinada con sus obligaciones referentes al derecho a la educación médica y al derecho a la atención médica.

De acuerdo con el artículo 3º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a la educación superior (Jongitud, 2017), y por ende de la educación médica, debe garantizarlo las universidades e instituciones de educación superior. En consecuencia, las responsables de la protección, el respeto y la garantía (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) del derecho a la educación médica, al margen de si tiene como escenario a las propias instituciones educativas o a las instituciones de salud, son las universidades e instituciones de educación superior. Se debe subrayar que, el hecho de que los estudiantes de medicina estén en las unidades médicas, fuera de las instalaciones universitarias, no exenta a las universidades de sus obligaciones respecto al derecho a la educación, ni las faculta para delegar sus obligaciones educativas a las unidades médicas.

Las escuelas y facultades de medicina universitarias son las garantes del derecho a la educación.

El ingreso de estudiantes de medicina a las unidades médicas para que realicen su internado, servicio social o residencia está regulado a través de diversas normas oficiales mexicanas (Secretaría de Gobernación, 2013, 2022a, 2022b) que aunque no están vigentes siguen en uso. Si bien, las instituciones educativas participan y son consultadas al respecto, la normatividad es responsabilidad de la Secretaría de Salud, misma que tiene la obligación constitucional de garantizar el derecho a la atención médica, no el derecho a la educación. Por ello, las normas que regulan el ingreso de los estudiantes de medicina a las unidades médicas tienen como objetivo fundamental proteger el derecho a la atención médica.

Si las instituciones de salud son las responsables del derecho a la atención médica y son quienes norman y regulan el ingreso de estudiantes de medicina a las unidades médicas se colige que las instituciones de salud subordinen los procesos de educación médica a su obligación constitucional de garantizar el derecho a la atención médica. Así se entiende que los estudiantes de medicina en las unidades médicas más que educandos en prácticas profesionales o “practicantes” son considerados oficialmente como “Médicos en contacto directo con los pacientes”, específicamente en la subcategoría de “médicos en formación”, a pesar de que internos y pasantes aún no se gradúan ni han recibido algún título que los acredite como profesionistas de la medicina.

Para ubicar la importancia de los estudiantes de medicina como proveedores de atención médica, considérese que en México, en 2022, había un total de 186,849 médicos generales, especialistas y odontólogos y 67,945 médicos en formación. De estos últimos, 12,404 eran pasantes de medicina, 3,632 pasantes de odontología, 9,931 internos de pregrado y 41,978 médicos residentes (Secretaría de Salud, 2022). Esto es, de un total de 254,794 médicos en contacto directo con los pacientes, 27% eran estudiantes de medicina; además, hay que considerar que las citadas normas oficiales mexicanas indican que estos deben estar en ellas un promedio de 80 horas semanales, en jornadas que pueden ser de hasta 32 horas continuas o más de trabajo (Figura 2).

La importancia de los estudiantes de medicina como suministradores de atención médica resalta aún más si se considera que son los únicos que ofrecen atención médica en 13% de las unidades de consulta externa del país (en 2,666 de 20,075 unidades), y que en los hospitales son mayoría durante los turnos vespertinos y nocturnos, así como en fines de semana y días festivos.

■ Médicos de contrato ■ Médicos en formación (Estudiantes de medicina)

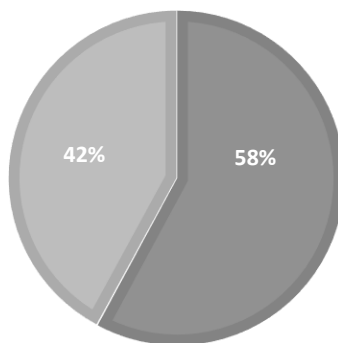


Figura 2. Porcentaje de horas de atención médica semanales según tipo de médicos. México, 2022

El desarrollo de los programas educativos en las unidades médicas supone la presencia de profesores en las mismas. Sin embargo, para 2022, de 8,639 unidades médicas que tenían estudiantes de medicina 491 (6%) tenían médicos dedicados a labores de enseñanza (Secretaría de Salud, 2022). Esto confirma que los estudiantes de medicina más que ingresar a los hospitales para completar su formación, lo hacen para cubrir necesidades de fuerza de trabajo médico. A lo anterior se agrega que la gran mayoría de profesores titulares y adjuntos que están en las unidades médicas tienen un reconocimiento universitario honorífico. Esto es, los profesores de medicina en las unidades médicas no son sujetos del derecho al trabajo digno como educadores, ni se les reconocen los derechos laborales que tienen los profesores de medicina dentro de las instalaciones universitarias. Así, en los hechos, y en el momento actual en México, el espacio docente asistencial es un lugar en el que se ofrece atención médica con estudiantes de medicina, la mayoría de los cuales no tiene profesores ni están supervisados.

3. La atención médica basada en estudiantes de medicina

A inicios del siglo XX una de las carencias más notorias en México era la de hospitales. Además, muchos de los que había fueron saqueados y utilizados como cuarteles durante la Revolución. Por ello, los primeros gobiernos revolucionarios desarrollaron a partir de 1940 y bajo la batuta del Dr. Gustavo Baz Prada el Plan Nacional de Hospitales (Viesca, 2018). Para Baz, un hospital debería llevar implícita la formación de médicos y, en esto, coincidía

con el postulado del Dr. Eduardo Liceaga, quien planeó desde 1887 y fundó en 1905 el Hospital General de México.

La enseñanza de la medicina, más que alguna otra, debe ser esencialmente objetiva, tiene que hacerse en los enfermos, y todas las naciones civilizadas han convenido en que los que se asistan por la beneficencia pública, sirvan para la enseñanza clínica; esta práctica redundará en el beneficio de los enfermos mismos, que son asistidos con más asiduidad y más cuidadosamente observados (Eduardo Liceaga citado por Martín-Abreu, 2001: 237).

Así, y por un lado, se justificó, en 1959, la creación del internado médico.

Por circunstancias que son generales a todas las Escuelas de Medicina y otras que son particulares a nuestras Facultades Mexicanas, tenemos que la enseñanza impartida en la escuela es insuficiente para la formación del médico y que solamente después de haber obtenido una experiencia hospitalaria guiada y sistematizada es cuando se adquiere una visión adecuada de la medicina y va formándose un verdadero juicio médico. (Comisión Nacional de Internados y Residencias A.C., citado por Frenk, J. y cols., 1983: 90.)

Por otro lado, se hacía cada vez más manifiesta la necesidad de fuerza de trabajo médico para cubrir las nuevas plazas de trabajo que la creciente infraestructura hospitalaria generaba. La primera generación de internos de la Facultad de Medicina de la UNAM argumentó en 1961, antes de iniciar su internado médico en enero de 1962.

No desconocemos los trascendentales acuerdos que tomó el señor Presidente de la República, Lic. Adolfo López Mateos, relacionados con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); la ampliación del IMSS, las reformas a la Dirección de Pensiones Militares y los Servicios Médicos para el Ejército y la Armada. Este adelantado Régimen de Seguridad Social beneficiará a los trabajadores de la ciudad y el campo, burócratas, maestros, militares y marinos [...] beneficiará a varios millones de mexicanos [...] En tales circunstancias sólo se olvida la participación del médico como núcleo esencial del engranaje, sin el cual no sería posible la realización de los acuerdos mencionados [...]. (Gasca, 1997: 107.)

En este sentido, la Comisión Nacional de Internados y Residencias planteó como solución a la creciente necesidad de médicos un programa educativo para médicos recién graduados con una serie de ventajas presupuestales y operativas para las instituciones de salud, como: “atención continua a los pacientes, servicios de urgencias y baja erogación para la llamada “ayuda económica” a internos y residentes.” (Comisión Nacional de Internados y Residencias A.C., citado por Frenk, J. y cols., 1983: 90). Hay que resaltar que, en ese momento, internos y residentes, igual que los pasantes en su origen, eran médicos recién graduados. Pero, dadas las implicaciones laborales y económicas de implementar el programa con médicos titulados se puso en marcha con estudiantes. Así, con un argumento educativo, se justifica y se emprende el ingreso de estudiantes de medicina a las unidades médicas para atender las necesidades de fuerza de trabajo médico. En 1959 el Consejo

Técnico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México reconocía explícitamente que:

Actualmente, ningún hospital puede considerarse bueno si pretende que sus servicios únicamente sean satisfactorios de las 8:00 a las 14:00 horas, sino durante las 24 horas del día, cosa que sólo se ha conseguido con la realización del sistema de internados y residencias... (Gasca, 1997: 108).

En este sentido, ya desde 1941 se había decidido que internos y residentes eran la respuesta a las necesidades de fuerza de trabajo médico que planteaba el creciente número de hospitales, dado que según Rivera (2007): “los [...] médicos residentes [...] debían permanecer en servicio durante 24 horas del día, mientras que el personal médico de base laboraba dos, cuatro, seis u ocho horas” (p. 43).

El 1 de enero de 1962, se constituyó el primer grupo de internos en los hospitales. Todos los alumnos eran regulares; tuvieron el nombramiento de “pasantes internos” y cada alumno celebró contrato por un año con el hospital de su elección: “El horario, forzoso, sería de 8:00 a 20:00 horas en los días hábiles y un servicio de guardias periódico, por grupo, cuyo horario sería de las 20:00 a las 8:00 horas” (Gasca, 1997: 105-106). Entre las exigencias que hacía este primer grupo de internos estaba que el pago que recibirían durante el internado (\$300.00) fuese en la forma de sueldo y no de beca (Gasca, 1997: 107). En respuesta a esta exigencia de los alumnos se les informó:

La Universidad Nacional Autónoma de México no tiene compromiso de pago por la realización de las prácticas hospitalarias, dado que forman parte del *currículum* escolar [...]. Por otra parte, la mayoría de los hospitales no tienen partida económica para el pago de internos y los que la tienen, en su reglamento indica que el interno debe ser titulado. (Gasca, 1997: 108)

Si la violencia es la imposición de situaciones mediante la fuerza y la amenaza, es claro que el internado médico surgió y se impuso, en las condiciones en las que lo hizo, de manera violenta: primero, si no se realizaba no se cumplía con el *currículum* y no se obtenía el título profesional; segundo, se violentó la normatividad existente respecto a que para ser interno se debía tener título y; tercero, se modificó el programa original de la Comisión Nacional de Internados y Residencias con el objetivo explícito de obtener fuerza de trabajo, y pasando por alto las necesidades para el desarrollo del proceso educativo en los hospitales.

4. El movimiento médico de 1964-1965

Los movimientos sociales son el desenlace ante abusos e injusticias. En este sentido, repasemos a grandes rasgos la situación de internos y residentes antes del Movimiento médico de 1964-1965.

Como ya se dijo, la respuesta institucional ante el creciente número de hospitales y la falta de presupuesto para contratar médicos fue establecer el sistema de internados y residencias médicas con estudiantes, esto es, la atención médica basada en estudiantes.

Así, por un lado, las autoridades de educación y salud consideraban a internos y residentes como estudiantes, para quienes el aprendizaje de la medicina en el hospital correspondía a una retribución no pecuniaria al trabajo que realizaban: “el médico que vive en el hospital debe dedicarse íntegramente a sus actividades para lograr el aprendizaje” (Gasca, 1997: 115). En consecuencia, los estudiantes pedían que durante la realización del internado no se pagara cuota de inscripción, ya que: “quedamos bajo control de cada hospital” (Gasca, 1997: 108), sin embargo, la petición fue rechazada. Por otra parte, los estudiantes argumentaban que el aprendizaje de la medicina no era más que un complemento y que se olvidaba “que antes de ser médico es hombre, que requiere bases económicas para sobrevivir en condiciones decorosas” (Gasca, 1997: 107-108). Así, vemos que por un lado las autoridades consideraban a los internos y residentes como estudiantes y estos veían al internado y a la residencia más como fuente de trabajo que como parte de su formación profesional.

Con esta disyuntiva no resuelta entre ser estudiantes o trabajadores como telón de fondo, Alfredo Rustrían Azamar (2004) residente del Hospital de Balbuena a principios de los años sesenta, consideraba que:

Éramos la mano de obra barata para hacer el trabajo pesado y teníamos un horario de ocho horas diarias, dos guardias de doce horas, una diurna y otra nocturna a la semana y un día de descanso. Con esto pues cumplíamos realmente con sesenta o setenta horas a la semana de trabajo, de un trabajo muy pesado realmente pero muy satisfactorio aunque los sueldos eran de mil doscientos pesos al mes de esa época. [...] No existía una enseñanza como debía ser la de una residencia para la formación de un profesionista en una especialidad. (p. 9).

Las condiciones variaban de un hospital a otro. Sin embargo, las largas jornadas de trabajo, las bajas retribuciones y la carencia de programas educativos eran la norma.

[...] En otras instituciones como el Hospital General de México, el Hospital Juárez y el Hospital de la Mujer existían residencias donde el médico no vivía en el hospital, porque no existían las condiciones físicas para que pudiera vivir dentro de las instalaciones [...] tampoco se contaba con un programa de enseñanza, ni los apoyos que un médico en formación necesita.

[...] el panorama en estas épocas era difícil desde el punto de vista de ser residente, los sueldos muy pobres, en ocasiones de \$400.00 hasta \$1,500.00 con 36 horas de trabajo por 12 horas de descanso. (Rustrían, 2004: 12-13).

El movimiento médico fue una reacción de internos y residentes en contra de las condiciones de trabajo y estudio descritas; se desencadenó en noviembre de 1964 ante la decisión de que internos y residentes del Hospital 20 de Noviembre, perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), no recibieran los tres meses de sueldo que les correspondía como aguinaldo dada su condición de becarios y no de trabajadores. El subdirector médico del ISSSTE declaró:

Los practicantes percibieron los ingresos correspondientes a las becas que la subdirección médica les ha otorgado para que adquieran y mejoren sus conocimientos, pero no son médicos de la institución, la institución no tiene ninguna responsabilidad legal ni moral con ellos. (Sarmiento, 2022: 39)

Paradójicamente sí habían recibido el aguinaldo durante los últimos tres años. Ante esta medida, internos y residentes hicieron un paro y, a las pocas horas, se les notificó su cese (Pozas, p. 81). Las malas condiciones de internos y residentes en todo el país favoreció que en pocos días se hiciera patente el apoyo de unos 3,800 internos y residentes, alrededor de 25 mil médicos de base de diversas entidades federativas del país y gran parte del personal de enfermería (Rustrían, 2004). El movimiento se extendió durante diez meses en los cuales se realizaron cuatro paros y, al final, fue reprimido con violencia: muchos de los internos, residentes y médicos que los apoyaron fueron cesados, se les levantaron actas por abandono de trabajo y se elaboraron órdenes de aprehensión, tres de los principales líderes tuvieron que salir del país. En su primer informe de gobierno, Gustavo Díaz Ordaz informó:

Ya están dándose pasos en conexión con las diferentes fechorías que se han estado cometiendo, que pueden incluir homicidio por omisión en el servicio, asociación delictuosa, intimidación de funcionarios, abandono de empleo, y resistencia de particulares... procederemos en forma prudente pero vigorosa en contra de los responsables. (Sarmiento, 2022: 40).

El movimiento médico tuvo dos partes claramente diferenciadas: la primera referente únicamente a la situación de internos y residentes; la segunda fue de carácter sindical y gremial y, en esta, ya intervino todo el cuerpo médico. Durante la primera parte se forma la Asociación Mexicana de Médicos Residentes e Internos (AMMRI), y durante la segunda la Alianza de Médicos Mexicanos (AMM). La primera etapa, la que desencadenó todo el movimiento fue una manifestación del conflicto entre la perspectiva que consideraba a internos y residentes como estudiantes y la que los veía como trabajadores. Los internos y residentes demandaban ser considerados como trabajadores: “Revisión legal y cambios en los términos e incisos del contrato “Beca”, que firman los médicos antes de entrar a desempeñar sus funciones, en el sentido de lograr un contrato anual renovable de trabajo con estipulaciones de antigüedad y acceso...” (Rustrían, 2004: 38).

El resultado del movimiento respecto a las demandas de la primera etapa fue que el presidente Gustavo Díaz Ordaz:

Consideró como inconveniente un contrato de aprendizaje que lastimaría la dignidad de los médicos, [...] subrayó que lo más importante [...] era que dicho contrato estuviese protegido por la Ley Federal del Trabajo y la Ley de Trabajadores al Servicio del Estado, y que debía garantizarse también en igual forma la docencia, como responsabilidad de las autoridades de impartirla, y de los médicos de aprovecharla. (Pozas, 1993: 219)

Esto es, Díaz Ordaz decidió que los residentes fuesen considerados como trabajadores y además como estudiantes; a los internos, dado que cursaban el sexto año de la carrera de

medicina no se les reconoció como trabajadores. Sobre esta disposición se desarrolló posteriormente la regulación jurídica al respecto.

5. Cambios de normatividad derivados del movimiento médico

De acuerdo con lo planteado al inicio de este trabajo, la normatividad actual respecto a internos y residentes deriva del desenlace violento del movimiento médico y legitiman y reproducen las injusticias que prevalecían en el internado y la residencia médica antes del movimiento.

El reconocimiento de los médicos residentes como trabajadores tuvo dos consecuencias sobre la normatividad de la educación médica en las unidades médicas: 1) se perdieron las disposiciones recién aprobadas respecto a que las instituciones educativas fuesen las que asumieran el control de la educación médica en los hospitales, y, consecuentemente, 2) se elaboró la nueva normatividad para que las instituciones de salud fuesen las que regularan y controlaran el proceso educativo.

Respecto a la intención de que las universidades controlaran el proceso educativo en los hospitales cabe recordar que con la realización de la División de Posgrado de la Facultad de Medicina (1959) y el Reglamento correspondiente, concretamente en el artículo 7, se determina que: “La enseñanza de graduados se llevará a cabo tanto en establecimientos universitarios como en instituciones afiliadas a la Universidad. Para obtener la afiliación las instituciones deberán cumplir con los requisitos exigidos por la Escuela Nacional de Medicina” (Facultad de Medicina UNAM, 1959). Se resalta que la propuesta era que las instituciones de salud cumplieran con los requisitos exigidos por las instituciones educativas, aspecto que se perdió al reconocer a los residentes como trabajadores. Ahora, las instituciones educativas, al margen de su autonomía y de sus obligaciones constitucionales como garantes del derecho a la educación, son las que armonizan su normatividad a lo decretado por las instituciones de salud, así:

... bajo este contexto las Especialidades Médicas son programas de posgrado que tienen características particulares y requieren una reglamentación especial que armonice la legislación universitaria con la Ley Federal de Trabajo, Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud para la organización y funcionamiento de residencias médicas, y la reglamentación de las Instituciones del Sector Salud. (Universidad Veracruzana, 2021: 5-6)

En el artículo 8 del Reglamento de la División del Doctorado se establece que:

Los planes de estudio, los programas de los cursos, las normas internas de trabajo, así como las reformas de los mismos, serán formulados por el Jefe de la División, de acuerdo con los profesores de la especialidad y jefes de enseñanza, y serán sometidos a la aprobación del Consejo Técnico, por conducto del Director de la Escuela. (Facultad de Medicina UNAM, 1959).

Así, las normas internas de trabajo las establecerían las instituciones educativas, punto que a raíz del movimiento médico pasó a las instituciones de salud mediante las normas oficiales respectivas. Con relación a la planta docente, en el mencionado reglamento, el artículo 9 establecía explícitamente que los profesores deberían tener los mismos derechos y obligaciones que cualquier otro profesor universitario: “Las categorías de los profesores, sus obligaciones y derechos, son los que establece el Estatuto de la Universidad, el Reglamento del Profesorado de Carrera y el Reglamento Interior de la División” (Facultad de Medicina UNAM, 1959). Ahora, en contraste, los profesores de los programas académicos de las especialidades médicas son médicos contratados por las instituciones de salud con derechos y obligaciones muy restringidos, si no es que nulos respecto a las instituciones educativas. Por ejemplo, es frecuente que el profesor titular de un programa académico de especialidades médicas se defina por las propias instituciones educativas según lo establece el sector Salud: “médico especialista de la disciplina respectiva adscrito en la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes, responsable de la planeación, conducción y evaluación del curso de Residencia Médica con adscripción en la Institución de Salud en la que labora” (Universidad Veracruzana, 2021: 8).

En esta definición se nota claramente como las instituciones educativas delegan en las de salud sus obligaciones de respetar, proteger, promover y garantizar el derecho a la educación. Esta es una falencia grave que deriva del desenlace del movimiento médico y de la pérdida de la perspectiva educativa que ha impedido la integración y consolidación de un cuerpo docente en los espacios docente-asistenciales y que, a la fecha, es el principal obstáculo para garantizar el derecho a la educación de los estudiantes de medicina en las unidades médicas. Para los profesores titulares y adjuntos de los programas académicos de especialidades médicas la mayoría de las universidades únicamente tienen un reconocimiento honorífico. En el caso del internado médico y el servicio social ocurre que las escuelas de medicina nombran profesores universitarios, pero estos permanecen en las instalaciones educativas, mientras internos y pasantes están en las unidades médicas sin profesores que los orienten y supervisen.

En relación con la nueva normatividad, la que deriva del reconocimiento de los médicos residentes como trabajadores, se incluye en la Ley Federal del Trabajo (LFT) de 1977 el título sexto referente a trabajos especiales. Esto es, para lograr que los residentes siguieran, como antes del movimiento médico, garantizando la atención médica en los hospitales las 24 horas del día todos los días del año, se reconocieron como trabajadores, pero con jornadas laborales, reconocimiento y pago de horas extras y duración de la relación laboral con el hospital, al margen de lo estipulado en la propia LFT. Esto es, los residentes fueron reconocidos como trabajadores especiales para no darles pleno derecho al trabajo. Lo anterior se refleja en la norma oficial correspondiente que estipula jornadas laborales de 80 horas o más de trabajo semanales y en que, en resumen, violenta el derecho a la

educación, el derecho a la salud y a la integridad personal de los médicos residentes; además, por la indivisibilidad de los derechos humanos, se afecta gravemente el derecho a la protección a la salud de la población (Jongitud y Vázquez, 2021).

6. Resultados de la normatividad vigente en cuanto a derechos humanos

Se han documentado ampliamente las violaciones a los derechos humanos derivadas del sistema de internado y residencias que pretende garantizar la atención médica a la población con estudiantes de medicina (Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos, 2019 y 2020). Se hará referencia únicamente a dos recomendaciones de organismos defensores de derechos humanos: una por violaciones a los derechos humanos de los pacientes y sus familiares y otra a los derechos humanos de los médicos residentes.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) hizo en el año 2009 la Recomendación General Número 15 sobre el derecho a la protección de la salud (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2009). La recomendación resulta de la revisión de 11,854 quejas interpuestas por pacientes o sus familiares a quienes se violaron sus derechos en las unidades médicas del país. La recomendación determina que:

Los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud es el relativo a la falta de médicos, especialistas y personal de enfermería necesarios para cubrir la demanda; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las enfermedades, y la insuficiente supervisión de residentes o pasantes por el personal de salud (p. 10).

En esta recomendación se advierte que: a) al no haber suficientes médicos generales y especialistas se echa mano de los estudiantes, b) que estos se quedan sin supervisión durante sus actividades clínicas y c) egresan con competencias insuficientes para realizar diagnósticos e indicar tratamientos adecuados. De las conclusiones expuestas se corrobora de manera fehaciente la interdependencia entre el derecho a la educación médica y el derecho a la atención médica. Si se violenta el primero termina comprometiéndose el segundo.

Además de esta recomendación general, la CNDH realiza recomendaciones particulares de manera continua por este tipo de violaciones, desde 1997 y hasta la fecha. Esto es, más de 27 años repitiéndose los casos de violación a los derechos humanos derivadas de la atención médica basada en estudiantes. Se supone que las recomendaciones tienen el objetivo de evitar, precisamente, que se repitan los casos. Lo que apunta a que hay un problema grave en la protección de los derechos humanos en los espacios docente-asistenciales.

Respecto a los derechos humanos de los residentes, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla (Comisión de Derechos Humanos Puebla, 2015) documentó que 72% de los médicos residentes han sufrido agravios, 81% han padecido tratos crueles,

inhumanos o degradantes, 69% han recibido violencia física o psicológica, y 67% estima que no se han respetado sus derechos humanos. En este contexto, la misma Comisión emitió otra recomendación a las autoridades de las instituciones de salud por el suicidio de un médico residente consecuencia del acoso, el hostigamiento y la discriminación sufrida en un hospital público del estado (Comisión de Derechos Humanos Puebla, 2022).

La atención médica basada en estudiantes se soporta en la violencia. Los estudiantes de medicina consideran que el aprendizaje y la beca son el pago al trabajo que realizan. Sin embargo, cuando el trabajo los rebasa y se ponen en juego su salud física y mental, sus relaciones sociales y hasta la posibilidad de atender las necesidades humanas más elementales como comer, dormir e ir al baño (Rojas, 2023; Letras Libres, 2021), la única manera de obligarlos a permanecer en el hospital es usando la violencia a través del miedo y la amenaza de descarrilar su proyecto de vida (Bedoya, et al., 2016). Es importante entender que el doble papel que tienen los estudiantes de medicina en las unidades médicas (como estudiantes y trabajadores) los pone en condiciones de sufrir violencia: se les obliga a actuar de forma que ponen en riesgo la vida de otros y la propia (Dejours, 2009), por ejemplo: están obligados a actuar, aunque no tengan supervisión, en los procesos de atención médica; están forzados a atender pacientes durante más de 30 horas de trabajo continuo con el consecuente riesgo para los pacientes (Barger, et al., 2023); y carecen de representación, voz y voto en las instancias de toma de decisiones que les afectan directamente. Respecto a este último tema, hay que considerar que uno de los puntos del pliego petitorio de residentes e internos durante el movimiento médico era, precisamente, la “Participación activa de residentes e internos en la planeación de programas de enseñanza” (Rustrían, 2004: 38), lo que, evidentemente, no se ha logrado.

7. La educación médica y la reforma constitucional de 2011

La reforma constitucional en materia de derechos humanos del 10 de junio de 2011 (Diario Oficial de la Federación, 2011) conlleva el propósito de crear una nueva cultura, una que tenga al centro la dignidad de las personas. El cambio más significativo de dicha reforma se dio en el artículo 1º ya que impuso las obligaciones a todos los niveles de gobierno y a todo órgano público, autoridad o servidor público de promover, proteger, respetar y garantizar los derechos humanos de todas las personas bajo la jurisdicción del Estado mexicano.

La reforma no solo supone el reto de crear y conocer nuevas normas, de interpretarlas y, con ello, dotarlas de contenido, sino que reclama dejar atrás prácticas, dinámicas y lógicas con las que se opera hasta ahora. En este sentido, y por cuanto hace al origen y evolución de la actual regulación de la formación médica puede decirse que parte del problema radica en el conflicto de intereses que se crea cuando las instituciones de salud y las unidades médicas establecen las normas internas de trabajo para los médicos residentes:

... el mercado laboral define el producto que requiere y, al definirlo, no solo lo condiciona sino que considera lícito intervenir directamente en la formación del profesional. En este sentido, con frecuencia la influencia del empleador debe calificarse de excesivamente intervencionista, ya que genera una perversión en el sistema tanto más grave cuanto que en la mayoría de las ocasiones el empleador es la propia Administración. No es una acusación gratuita, sino la constatación de que [...] la Administración además de empleador, ejerce en muchas ocasiones de formador y siempre de regulador. Por ello, y para evitar ser juez y parte, han de establecerse mecanismos transparentes y separados para cada una de las funciones... (Gual, 2013: 41).

Esto es, para evitar el conflicto de intereses y garantizar tanto el derecho a la educación como al trabajo digno es obligado separar la función educativa de la laboral y que tanto las instituciones garantes del derecho a la educación como las garantes del derecho a la protección de la salud asuman, de manera progresiva, sus obligaciones de proteger, respetar, promover y garantizar el derecho que les corresponde. En este sentido, la administración pública debe abandonar la idea de que puede garantizar un derecho (el derecho a la protección a la salud) violentando los derechos a la educación, al trato digno y a una vida libre de violencia de los estudiantes de medicina en las unidades médicas.

La instancia que en México se creó en 1983 para coordinar el quehacer de las instituciones de educación con el de las de salud, respecto a la formación del personal para la salud, es la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), que está copresidida por las máximas autoridades de los sectores de educación y salud. Sin embargo, la Secretaría Técnica corresponde a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud o sus equivalentes en las entidades federativas; y el personal, la infraestructura y los recursos con los que funciona son, si no totalmente sí mayoritariamente del sector salud. Así, en la CIFRHS se concreta el predominio de los intereses del sector salud sobre los del educativo. En la práctica, internos, pasantes y residentes son enviados a unidades médicas con el objetivo primordial de garantizar la cobertura de atención médica a la población, aunque en estas no se atiende ninguna obligación referente al derecho a la educación médica.

Conclusiones

El compromiso de las instituciones de educación superior con la educación médica en los hospitales es diverso. En general, tienen limitaciones impuestas por la normatividad existente para cumplir plenamente con sus obligaciones, por ejemplo en cuanto a las restricciones para conformar un cuerpo docente idóneo, con todos los derechos y obligaciones que tienen los profesores en los campus universitarios. Sin embargo, existen instituciones educativas que, dentro de las limitaciones impuestas, han realizado avances significativos al respecto.

La progresividad de los derechos humanos obliga a identificar normas y estructuras que obstaculizan su plena realización. En este sentido, la atención a las obligaciones de las instituciones de educación y de salud respecto a los derechos humanos y en particular al derecho a la formación de recursos humanos en materia de salud (Jongitud y Vázquez, MFD, 2021) requiere, en primer lugar, del reconocimiento jurídico del espacio docente-asistencial. Esto es, la declaración legal de la singularidad de las unidades médicas que integran procesos de atención y educación médica, y en los que, consecuentemente y de acuerdo con la reforma constitucional de 2011 se puedan proteger, respetar y garantizar los derechos a la atención médica y a la educación médica. En este sentido, la CIFRHS precisa de autonomía, no debe depender ni del sector salud ni del sector educativo. Lo fundamental es prescindir progresivamente de la atención médica basada en estudiantes que, como ya se vio, se sustenta en la violencia.

Fuentes de consulta

- Abate, L. E. y Greenberg, L. (2023). Incivility in medical education: a scoping review. *BMC Medical Education*, 23(24). <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03988-2>
- Acosta, M., Aguilera, M. A., y Pozos, B. E. (2017). *Determinaciones sociales en el sistema de salud mexicano. Repercusiones y afectaciones en la salud de médicos residentes*. México: Universidad de Guadalajara.
- Barger, L. K., Weaver, M. D., Sullivan, J. P., Qadri, S., Landrigan, C. P., & Czeisler, C. A. (2023). Impact of Work Schedules on Patient and Resident Physician Safety in Post Graduate Year 2 and Higher. *BMJ Medicine*, 2(1). Recuperado de <https://bmjmedicine.bmj.com/content/2/1/e000320>
- Bedoya Dorado, C., y García Solarte, M. (2016). Efectos del miedo en los trabajadores y la organización. *Estudios Gerenciales*, 32(138), pp. 60–70. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123592315000613>
- Castro, R. y Villanueva, M. (2018). Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estudios Sociológicos*, 36(108), pp. 539-569. DOI: <https://doi.org/10.24201/es.2018v36n108.1648>
- Comisión Estatal de Derechos Humanos Puebla. (2015). *Recomendación número: 3/2015, expediente: 8943/2013-C, Quejoso: de oficio a favor de Médicos residentes adscritos a las Instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de <https://www.cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/15/3-2015.pdf>
- Comisión Estatal de Derechos Humanos Puebla. (2020). Recomendación: 14/2022, expediente: 3055/2020, Peticionarios: V1 Y V2. 2022. Recuperado de https://www.cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/2022/RECOMENDACION_14-2022.pdf
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2009). Recomendación General 15. Sobre el derecho a la protección de la salud. Recuperado de

http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral_015.pdf

Dejours, C. (2009). *Trabajo y violencia*. Madrid: Modus Laborandi.

Derive, S., Casas, M. D., Obrador, G. T., Villa, A. R. y Contreras, D. (2018). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Revista de Investigación en Educación Médica*, 7(26), pp. 35-44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>

Diario Oficial de la Federación. (2011). DECRETO por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011#gsc.tab=0

Facultad de Medicina UNAM. (1959). *Reglamento de la División de Doctorado de la Facultad de Medicina*. México: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Frenk, J., Hernández Llamas, H., y Álvarez Klein, L. (1983). Análisis histórico del internado rotatorio de pregrado en México. *Gaceta Médica de México*, 119(2), pp. 87-96.

Gasca González, H. (1997). *Crónica de la Facultad de Medicina*. Tomo I. 1950-1971. México: UNAM, Facultad de Medicina.

Gual, A. (2012). *Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida*. España: Fundación Educación Médica. Recuperado de https://www.educacionmedica.net/pdf/monografias/serMedico_2013_castellano.pdf

Jongitud, J. (2017). El derecho humano a la educación superior en México. *Revista de la educación superior*, 46(182), pp. 45-56. DOI: doi.org/10.1016/j.resu.2017.02.002

Jongitud, J. y Vázquez, F. D. (2021). Regulación de las residencias médicas en México y derechos humanos. *Enfoques Jurídicos*, núm. 04, pp. 84-99. Recuperado de <https://enfoquesjuridicos.uv.mx/index.php/letrasjuridicas/article/view/2573>

- Letras Libres. (2021) El maltrato en las residencias médicas no es normal. [Internet]. Ciencia y tecnología ficción. Recuperado de <https://letraslibres.com/ciencia-y-tecnologia/el-maltrato-en-las-residencias-medicas-no-es-normal/>
- Mann, J., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z. y Fineberg, H. (1994). Health and Human Rights. *Health and Human Rights Journal*, 1(1), pp. 7-23. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/12902984_Health_and_Human_Rights
- Martín-Abreu, L. (2001). El Hospital General de México. En: Méndez, C. F. *Francisco Méndez Oteo y nuestros autores en la medicina mexicana del siglo XX*. México: Méndez Edit.
- Montes-Villaseñor, E., García-González, J., Blázquez-Morales, MS., Cruz-Juárez, A., De-San-Jorge-Cárdenas, X. M. (2018). Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *CienciaUAT*, 12(2), pp. 54-66.
- Nussenzweig, S. H. (2010). Formación en obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil. En: Castro, R. y López G. A. (Ed). *Poder Médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, pp. 139-155. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. (2019). Los estudiantes de medicina como fuerza de trabajo médico. En: *Educación Médica y Derechos Humanos (2017-2018). Informe anual del Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos (OBEME), del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana*, pp. 13-20. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana. Recuperado de www.uv.mx/obeme/files/2019/05/01-Primer-Informe-Educacion-Medica-Derechos-Humanos.pdf
- Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos. (2020). Estudiantes de medicina y mercado de trabajo médico. En: *Educación médica y derechos humanos. Evaluación del respeto a los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana, en las unidades de atención médica.2018-2019*, pp. 1-5. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana. Recuperado de www.uv.mx/obeme/files/2019/05/02-segundo-informe-educacion-medica-y-derechos-humanos.pdf

Pozas, H. R. (1993). *La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965*. México: Siglo XXI Editores.

Reboiras, F. (2020). *Condiciones de formación en las residencias médicas: el maltrato como práctica educativa legitimada*. [Tesis de Maestría]. Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina. Recuperado de <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/16408>

Rivera, H. H. (2007). Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988. *Revista Médica del Hospital General de México*, 70(1), pp. 43-46.

Rojas, R. (2023). Residente del IMSS se queda dormido al finalizar su guardia y causa aparatoso accidente automovilístico. *Saludario*. Recuperado de https://www.saludario.com/residente-del-imss-accidente-automovilistico/?utm_source=newsletter&utm_medium=sendy?utm_source=newsletter&utm_medium=sendy

Rustrían, A. A. (2004). *La Revolución de las Batas Blancas 40 años después, vigente. Movimiento Médico 1964-1965*. México: Impregraphics Color.

Sarmiento, M. (2022). *El estatus jurídico del médico residente en México*. México: Tirant lo Blanch.

Secretaría de Gobernación. (2013). NOM009-SSA3-2013, educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5354092&fecha=28/07/2014

Secretaría de Gobernación (2022a). Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica. *Diario oficial de la Federación*. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5655486&fecha=17/06/2022#gsc.tab=0

Secretaría de Gobernación. (2022b) Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos

para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. *Diario oficial de la Federación.*

Secretaría de Salud. (2022). Dirección General de Información en Salud. Datos Abiertos. Recursos en salud sectorial 2022. Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html).

Senado de la República. (2013). Urge acabar con la violencia contra médicos residentes. *Boletín* 1861. Recuperado de <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/7556-boletin-1861-urgen-acabar-con-violenciacontra-medicos-residentes.html>

Tolstoi, L. (2016). *La Resurrección*. (Colección Sepan Cuantos... No. 413). Cd. de México: Ed. Porrúa.

Universidad Veracruzana. (2021). Reglamento de Especialidades Médicas. Recuperado de https://www.uv.mx/legislacion/files/2024/01/REspecialidades_Medicas_2024.pdf

Viesca, T. C. (2018). La Secretaría de Salubridad y Asistencia 1943-1983. En: Germán Fajardo Dolci (Coord.). *Ritmo y rumbo de la salud en México*, pp. 15-40. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Villanueva, M. (2019). Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, 5(1), pp. 1-35. DOI: <https://doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>