



INFORME ESPECIAL

**SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS
HUMANOS DE LAS PERSONAS MÉDICAS
RESIDENTES EN MÉXICO**

AUTORIDADES EN MATERIA LEGISLATIVA

CÁMARA DE DIPUTADOS

DIPUTADA KENIA LÓPEZ RABADÁN
PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA

SENADO DE LA REPÚBLICA

SENADORA LAURA ITZEL CASTILLO JUÁREZ
PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA

AUTORIDADES EN MATERIA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DE MÉXICO

DR. DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ
SECRETARIO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

DR. MARTÍ BATRES GUADARRAMA
DIRECTOR GENERAL

AUTORIDAD EN MATERIA EDUCATIVA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DR. LEONARDO LOMELÍ VANEGAS
RECTOR

AUTORIDADES DE LA CNDH

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

SECRETARIO EJECUTIVO

LIC. FRANCISCO JAVIER EMILIANO ESTRADA CORREA

**DIRECTORA GENERAL ENCARGADA DE DESPACHO
DE LA SEXTA VISITADURÍA GENERAL**

DRA. TERESA GUADALUPE REYES SAHAGÚN

**COORDINACIÓN DEL INFORME ESPECIAL
DIRECCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA DESCA**

LCDA. XASNI PLIEGO GRANILLO

Ciudad de México, a 12 de agosto de 2026

Índice

Siglas y Acrónimos	5
Presentación.....	7
Metodología	10
1. Antecedentes	12
1.1. El Modelo de Residencias Médicas: historia de una alianza entre educación y salud.....	12
1.2. Trayectoria histórica de las Residencias Médicas en México: de la tradición especializada a la conquista de derechos laborales	13
1.3. El derecho humano a la salud: las reformas estructurales al sistema de salud	20
1.4. El derecho humano al trabajo: las residencias médicas en la Ley Federal del Trabajo	24
1.4.1. Regulación de las residencias médicas. La NOM-001-SSA-2023 de la Secretaría de Salud.....	28
1.5. El derecho humano a la educación en las residencias médicas: el Programa Único de Especializaciones Médicas de la UNAM	32
2. Acciones. El contexto actual de las residencias médicas en México ..	37
1.5.1. Caso 1. Las residencias médicas del IMSS	38
1.5.2. Caso 2. Las residencias médicas del ISSSTE	45
1.5.3. Caso 3. Las residencias médicas del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	48
1.5.4. Caso 4. Las residencias médicas del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”	51
1.6. Recomendaciones emitidas a nivel nacional y local relacionadas con las personas médicas residentes y el derecho a la salud	55

3. Hechos	60
3.1. La dualidad de las residencias médicas	61
3.2. Los riesgos en el desarrollo de las residencias médicas	65
3.3. La precarización laboral en las residencias médicas	77
3.4. Violencia de género en las residencias médicas	79
3.5. Más allá del rendimiento: el impacto del agotamiento emocional en las personas médicas residentes	84
3.6. La calidad en los servicios de salud en México	89
4. Observaciones. Un análisis de los esfuerzos institucionales para garantizar los derechos a la educación, la salud y el trabajo de las personas médicas residentes	102
4.1. Programa Institucional para la Mejora de los Ambientes Académicos del IMSS	103
4.2. Canales para presentar denuncias	110
4.3. El trabajo legislativo para garantizar los derechos humanos de las personas médicas residentes	118
4.4. Un hito en la garantía de los derechos humanos: la reducción de las guardias médicas del IMSS	125
5. Conclusiones	129
6. Sugerencias de buenas prácticas	133
Fuentes consultadas	136

Siglas y Acrónimos

AMFEM	Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CODHEM	Comisión de Derechos Humanos del Estado de México
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DOF	Diario Oficial de la Federación
ENCIG	Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
HGMEL	Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”
IFDP	Instituto Federal de Defensoría Pública
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCAN	Instituto Nacional de Cancerología
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LFT	Ley Federal del Trabajo
NOM	Norma Oficial Mexicana
NOM-001-SSA-2023	Norma Oficial Mexicana: Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica
OBEME	Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos de la Universidad Veracruzana
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OOAD	Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PROFEDET	Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo

PUEM	Programa Único de Especializaciones Médicas de la UNAM
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDEC	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno
SIQAL	Sistema de Quejas y Accidentes Laborales de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Secretaría de Salud del Gobierno de México
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
UMR	Unidad Médica Receptora
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UV	Universidad Veracruzana

Presentación

El Informe Especial Sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Médicas Residentes en México se presenta a la opinión pública con el propósito de visibilizar las problemáticas que afectan el ejercicio efectivo de sus derechos a la educación, la salud y el trabajo. A pesar de contar con un reconocimiento legal, muchas personas médicas residentes realizan su formación en ambientes que impactan negativamente en su desempeño y, por ende, en la calidad de los servicios de salud a nivel nacional.

Para comprender esta situación, este informe ofrece un panorama actualizado sobre las residencias médicas en el país mediante un análisis de su dualidad educativa y laboral. Asimismo, invita a una reflexión sobre las implicaciones del modelo neoliberal en el sector, sosteniendo que las políticas implementadas desde los años ochenta propiciaron el desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) y redujeron la capacidad institucional para garantizar el derecho a la salud.

El documento se encuentra estructurado en seis apartados. El primero de ellos, aborda los antecedentes de las residencias médicas en México, desde una visión histórica; siguiendo con el análisis de las residencias médicas desde la perspectiva del derecho a la salud, al trabajo y a la educación. El segundo apartado de acciones aborda cuatro casos de estudio con el objetivo de contar con datos empíricos, los cuales, corresponden a instituciones de salud pública que implementan programas de residencias médicas: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” (HGMEL) y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ).

En el apartado de hechos, se describen algunos elementos que se consideran obstáculos para el ejercicio de los derechos humanos de las personas médicas residentes, ofreciendo un panorama sobre el estado actual de los programas de residencias médicas. En un cuarto apartado de observaciones se señalan los principales esfuerzos y acciones institucionales llevadas a cabo por el Gobierno de México para atender, promover, defender y garantizar los derechos humanos de las personas médicas residentes, como los canales de denuncia implementados por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, el ISSSTE y las campañas de difusión en redes sociales del IMSS.

En el quinto apartado dedicado a las conclusiones, se sugiere que las residencias médicas en México se encuentran en una crisis estructural, como resultado del desmantelamiento de los servicios de salud y la prevalencia de distintas prácticas en el entorno laboral características de la precarización laboral, como la falta de seguridad, estabilidad y garantías en las condiciones de trabajo. Adicionalmente, se hace énfasis en la dualidad jurídica de las personas médicas residentes que las considera estudiantes y trabajadoras al mismo tiempo, lo cual genera una ambigüedad que propicia la desprotección y posibles violaciones a los derechos de las personas médicas residentes. También se propone llevar a cabo una actualización normativa integral que incluya la NOM-001-SSA-2023, contando con el acompañamiento de la CNDH para garantizar condiciones dignas y acabar con la violencia dentro de las instituciones y entre colegas que afecta a las personas médicas residentes en México.

En un sexto apartado se incluye una serie de buenas prácticas que, tomando en cuenta los distintos niveles de responsabilidad y atribuciones, tiene como finalidad sugerir acciones que, de ser atendidas, incidirían en mejorar la calidad de vida de las personas médicas residentes en nuestro país.

El presente informe especial se enmarca en las acciones para consolidar la segunda etapa de transformación que la Comisión Nacional de los Derechos

Humanos inició en 2018. Su propósito es cumplir con el objetivo de “aportar a la construcción de un México más justo, inclusivo y respetuoso de la dignidad humana, un México donde imperen los derechos humanos y podamos prevenir sus violaciones” (CNDH, 2024a), tal como lo señala el Plan Estratégico Institucional 2025-2029.

Asimismo, este documento atiende lo establecido en el Programa Anual de Trabajo 2026 de la Sexta Visitaduría General, enfocado en revalorar los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales. Confiamos en que el camino emprendido hace ocho años permitirá avanzar en el diseño de nuevos procesos que reduzcan las violaciones a los derechos humanos de todas las personas.

Finalmente, este Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Médicas Residentes en México fue elaborado de conformidad con los artículos 1° párrafos primero, segundo, tercero y quinto, 4° párrafo cuarto y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículos 1°, 2°, 3° y 6° fracciones I, VII, VIII y IX, artículo 15 fracción VIII de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; y artículo 174 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y atendiendo a las directrices contenidas en el Programa Estratégico Institucional 2025-2029.

Metodología

Para dar cumplimiento a los objetivos de este informe, se adoptó una metodología cuantitativa de enfoque descriptivo, diseñada para analizar y describir la situación de los derechos a la educación, a la salud y al trabajo de las personas médicas residentes en México actualmente. Se plantea como un problema de origen sistémico con presencia de estructuras sociales e institucionales que inciden en la presencia de violencias, afectando los derechos de las personas médicas residentes. Desde un enfoque crítico sobre las implicaciones del neoliberalismo en los derechos humanos, se realizó una revisión documental que incluyó fuentes abiertas, documentos públicos, informes institucionales y estadística generada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Asimismo, conviene precisar que esta revisión incluyó investigaciones y estudios sustentados en trabajo de campo y entrevistas lo que permitió incorporar perspectivas cualitativas directamente desde la experiencia de las y los actores involucrados.

El informe describe y analiza el contexto de las residencias médicas actualmente, con base en cuatro casos de estudio: 1) el Instituto Mexicano del Seguro Social, 2) el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 3) el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, y 4) el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

El presente informe es relevante porque aporta datos importantes sobre el desarrollo de las residencias médicas en el Sistema Nacional de Salud, aportando ideas y sugerencias que permitirán a las instituciones involucradas en las residencias médicas adoptar medidas claras y específicas para garantizar, promover y proteger los derechos educativos, a la salud y al trabajo de las personas médicas residentes.

En conclusión, este informe especial cumple con el mandato de la CNDH de proteger, observar, promover, estudiar y divulgar los derechos humanos.

Asimismo, se constituye como una hoja de ruta para el desarrollo de políticas y estrategias que beneficien a las personas médicas residentes, cuyo bienestar es un factor fundamental para elevar la calidad de los servicios de salud en México.

1. Antecedentes

1.1. El Modelo de Residencias Médicas: historia de una alianza entre educación y salud

Las residencias médicas surgieron como resultado de la confluencia de dos procesos: la especialización del conocimiento médico y los esfuerzos del Estado por regular la práctica de la medicina, con el objeto de garantizar a las personas un piso mínimo de calidad en los servicios de salud (Sarmiento, 2022). Su evolución responde a la necesidad de contar con conocimientos especializados en diversas ramas de la medicina a nivel mundial, ya que hasta el siglo XIX la presencia de médicos que, con conocimientos generales, no resultaba suficiente para hacer frente a las nuevas enfermedades.

En Europa existía una diferenciación entre aquellos médicos que se formaban académicamente y otros cuya formación estaba más relacionada con la práctica, lo cual, puso en evidencia la importancia de regular la práctica de la medicina (Custers EJFM, Cate OT., 2018). Michel Foucault (2014) señala que, en los decretos de Marly, promulgados en Francia en marzo de 1707, ya se reglamentaba la práctica médica, en un esfuerzo de los Estados por luchar en contra de los médicos empíricos que no contaban con una educación formal.

En el siglo XIX, Theodor Billroth (1829-1896), mientras se desempeñaba como médico y profesor en la Universidad de Viena, echó a andar un nuevo modelo de enseñanza médica, en donde se combinaban los conocimientos académicos con la enseñanza práctica (López, 2014, pp. 189-194). Este nuevo modelo logró armonizar las dos maneras de enseñar la medicina, por lo que la persona en formación no abandonaba la experiencia práctica, y tampoco dejaba de lado el rigor académico. Esto dio paso a la creación de los modelos actuales de residencias médicas que, necesariamente, combinan la práctica de la medicina en entornos clínicos y con el rigor académico y científico.

Este modelo de enseñanza fue adoptado por los Estados Unidos de América (EUA) y es el que predomina actualmente. El primer programa de residencias médicas fue ofrecido por la Universidad Johns Hopkins alrededor de 1893. Es importante precisar que dicha universidad para poder contar con un programa de residencias médicas requirió la construcción adicional del Hospital Johns Hopkins que, incluso, abrió sus puertas antes que la universidad. Es innegable que desde el inicio de las residencias médicas existió una ineludible colaboración entre las instituciones de salud y las de enseñanza, como sucede en la actualidad en nuestro país.

La existencia de una institución educativa que brinda las bases académicas y teóricas sólidas es de gran relevancia, ya que al combinarlo con una institución de salud que brinda atención a la población, permite que las personas médicas residentes puedan practicar los conocimientos teóricos aprendidos a través del trato directo con las y los pacientes, contando en todo momento con la supervisión de personal médico responsable.

Durante el siglo XX la especialización del conocimiento médico presentó un desarrollo muy importante, no sólo por la creación de un número mayor de especialidades y subespecialidades, también los tratamientos comenzaron a ser cada vez más sofisticados y con mayores implicaciones de riesgo. Esto ocasionó que, si bien los tratamientos ofrecían enormes beneficios, también podían generar grandes daños a la salud cuando eran aplicados por personas que no tenían los conocimientos necesarios. De esta manera se volvió necesario generar especialidades que garantizaran la existencia de personal médico debidamente formado y capacitado.

1.2. Trayectoria histórica de las Residencias Médicas en México: de la tradición especializada a la conquista de derechos laborales

Las personas médicas residentes son profesionales que cuentan con título de medicina y que desean continuar con su formación profesional y académica. Para

ello, deben acceder a alguna de las opciones que existen en instituciones de salud públicas como privadas. En México, el acceso de las personas médicas depende de la capacidad y oferta de especialidades con que cuenta el SNS y los programas académicos de las instituciones educativas. Sin embargo, aunque ahora existe un Sistema Nacional de Residencias Médicas y programas académicos que han logrado institucionalizarse a lo largo de varias décadas, la medicina especializada en nuestro país tiene antecedentes ancestrales.

Entre los pueblos prehispánicos, la práctica médica era algo generalizado e institucionalizado. En la sociedad mexicana, la formación se obtenía en escuelas como el Calmécac. También se formaban en especialidades específicas según las diversas partes del cuerpo o el método de tratamiento a aplicar. Las Tlamatlquiticitl (parteras) realizaban funciones equivalentes a la especialidad de gineco-obstetricia (Xiu, 2019). No sólo atendían el parto, sino que daban un seguimiento prenatal desde que se detectaba el embarazo, recomendando alimentación, prohibiendo esfuerzos físicos a la madre y dando seguimiento, a través de técnicas de palpación, a la posición del feto, por lo que sabían de antemano si venía o no en la posición correcta para el parto. En casos drásticos, hacían procedimientos quirúrgicos para extraer al bebé e intentar salvar la vida de la madre (Ramírez, 2001). Los Texoxotla también entre los mexicanos, eran cirujanos generales: extirpaban tumores, drenaban abscesos y suturaban heridas profundas con hilos de fibra de maguey (Astros, 2016; Frisancho, 2012). La oftalmología tenía su equivalente en los Texoxotla-teixcuixtl, que aplicaban gotas para ojos rojos e incluso hacían raspados de pterigiones (“carnosidad del ojo”), para lo cual ocupaban espinas finas y gotas de savia de plantas como el xiuhtoto para desinflamar y cicatrizar (Andalón, 2016).

Esta visión de la medicina, con apartados claros de especialidad, se mezclaba con la cosmovisión indígena, puesto que las enfermedades podrían tener su origen con desequilibrios con energías corporales y el cosmos (el *tonalli*, el *teyolía*,

el *ihíyotl*), por lo que era habitual mezclar técnicas quirúrgicas y herbolarias con rituales de curación y llamado a los dioses (López, 2004).

A mediados del siglo XX, las residencias médicas surgieron como una respuesta estructural a un doble desafío que enfrentaba nuestro país. Por un lado, la necesidad de ampliar la capacidad hospitalaria, y por otro, formar a personas especialistas en grandes volúmenes. En ese proceso, las personas médicas residentes ocuparon un lugar decisivo, no solamente eran estudiantes que desarrollaban una labor de servicio, también se trataba de personas trabajadoras en formación que sostuvieron la expansión de los servicios de salud en México, colaborando en la estandarización de prácticas médicas.

El México posrevolucionario concibió la salud pública como una función del Estado. En el texto original de la CPEUM de 1917 se estableció que el Estado debería asumir la rectoría en cuestiones de salubridad y salud pública. El artículo 73 contempló un Consejo de Salubridad General que funcionaría como organismo rector y cuyas disposiciones generales deberían ser de carácter obligatorio. De esta manera, al establecer la salud como un derecho, el Estado mexicano asumió la responsabilidad de garantizar la infraestructura, la formación y la fuerza de trabajo para hacer efectivo ese derecho a toda la población.

El primer modelo de residencias médicas en México fue instaurado en 1941, impulsado por el Dr. Aquilino Villanueva Arreola, entonces director del Hospital General de México, con el apoyo del Dr. Gustavo Baz Prada, entonces Secretario de Asistencia Pública. El programa comenzó con 22 hombres y una mujer, la Dra. Prima Romero, quienes realizaban guardias de 24 horas, frente al personal de base que sólo laboraba entre dos y ocho horas diarias (Rivera, 2007, p. 43).

A la par, en el marco del impulso industrializador de los años cuarenta surgió la necesidad de ampliar los servicios de salud. Así, derivado del mandato constitucional y con el impulso de la lucha obrera que buscó mejorar las

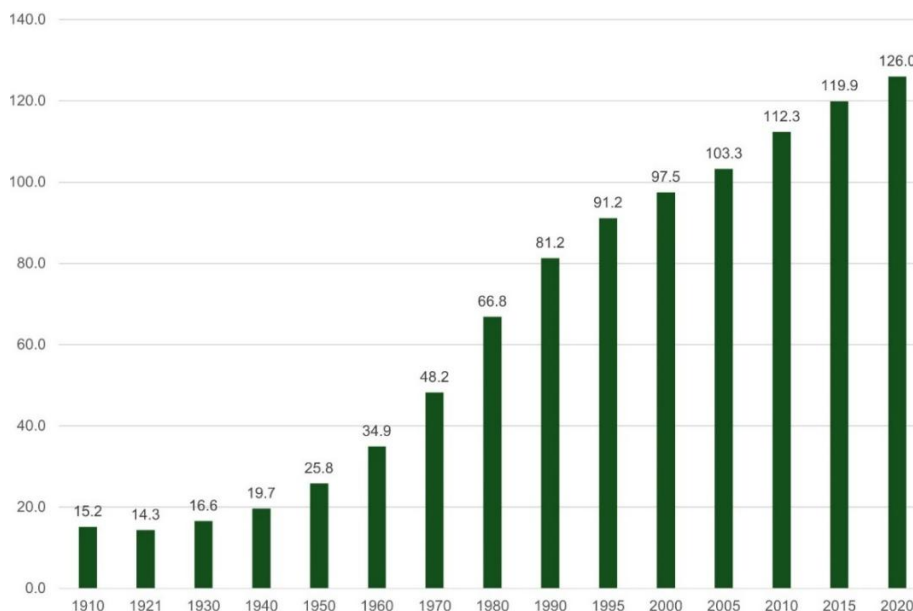
condiciones laborales, en 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como resultado fundamental de las demandas de la clase trabajadora.

Ese mismo año, por decreto presidencial, se fusionaron los departamentos de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública, dando paso a la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la cual, más tarde se denominaría Secretaría de Salud (SS). Posteriormente, en 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), como parte del modelo de medicina institucional orientado a brindar servicios de salud y seguridad social a las personas trabajadoras que se rigen por el apartado B del artículo 123 de la CPEUM (Congreso de la Unión, 1917).

Los avances continuaron en las siguientes décadas. Para 1962, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) instauró el programa de Internado Rotatorio de Pregrado, mientras que el IMSS extendió el pago a pasantes por un año. La expansión de la asistencia estatal y la gran demanda de servicios de salud por parte de la población elevó la necesidad de mayor fuerza de trabajo en clínicas, lo que generó la apertura de más plazas de residencia, logrando la conformación del Sistema Nacional de Residencias Médicas. De esta manera, la residencia y el internado abrieron la puerta a la expansión hospitalaria durante el acelerado crecimiento industrial que México experimentaba, la consolidación de la seguridad social y el crecimiento demográfico que, pasada la Revolución Mexicana, ha ido siempre en aumento.

El crecimiento de la población motivó la demanda de servicios de salud y con ello el crecimiento de la infraestructura hospitalaria y la necesidad de contar con un mayor número de personas médicas especialistas. En ese contexto, el sector se fue consolidando hasta convertirse en un grupo fuerte y con capacidad de incidencia en las decisiones del sector salud (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Crecimiento demográfico en México (1910-2020)



Fuente: INEGI (2020).

Entre 1964 y 1965 surgió el histórico movimiento del personal médico que exigía condiciones laborales mínimas. A pesar de la represión, el movimiento logró, en 1977, el reconocimiento de las personas médicas residentes como personas trabajadoras en la Ley Federal del Trabajo, incluyendo un capítulo XVI “Trabajos de Médicos, Residentes en Periodo de Adiestramiento en una Especialidad”. En el texto se reconoció la existencia de una relación laboral amparada en un contrato escrito, prestaciones laborales, derechos y obligaciones del personal (STPS, 1977). Además de las exigencias laborales, el logro del movimiento médico fue poner en el centro de la discusión el reconocimiento de las personas médicas residentes como personas trabajadoras.

Un parteaguas en la institucionalización de las residencias médicas en México fue su inclusión en la Ley Federal del Trabajo (LFT) de 1970, como una medida que, según Vázquez (2018):

Legitimó la etapa artesanal para la formación de médicos especialistas; garantizó fuerza de trabajo a las instituciones de salud; subordinó el proceso educativo y los intereses académicos a los principios de las instituciones de salud e imposibilita el paso hacia la etapa escolar (p. 50).

Con la participación de las personas médicas residentes, el SNS articuló tres dimensiones que, previamente, habían estado dispersas: la atención médica, la docencia y el trabajo asalariado. El doble papel de las personas médicas residentes en los años de la consolidación del sistema de salud del Estado mexicano definió las características el sistema de residencias actual.

Por un lado, el personal formó parte del engranaje productivo-formativo, como personas médicas ya tituladas, sostuvieron la continuidad de cuidados y la atención de primera línea, permitiendo ampliar cobertura y eficiencia sin multiplicar de inmediato las plazas de especialidades de base. Por otro lado, constituyeron un vector de modernización, pues su presencia exigió programas docentes, sesiones clínicas, protocolos homogéneos, estándares y profesionalización de prácticas.

Sin embargo, la masificación de escuelas de medicina en los años setenta, sin un crecimiento hospitalario equivalente, generó sobreoferta y tensiones en el empleo. Además, al amparo de la formación se encubrieron abusos y jornadas laborales extenuantes en detrimento de los derechos de las personas médicas residentes. Estos conflictos develaron la contradicción entre la creciente demanda de servicios de salud de una población trabajadora y uno de los rasgos estructurales del México posrevolucionario: un régimen que sostuvo su estabilidad en la subordinación de sindicatos y colegios profesionales frente a un sujeto urbano que pugnaba por autonomía laboral y formativa.

En su obra “La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965”, Pozas (1993) describió la manera en que las protestas del personal médico operaron como una disputa profesional y política que cuestionó los límites del

poder estatal, del corporativismo y del ejercicio médico como campo de hegemonía. Esa experiencia histórica permite ver con mayor claridad cómo las tensiones entre derecho, Estado y profesión no son nuevas, sino que atraviesan las dinámicas contemporáneas.

En un intento por reorganizar el sector, en 1983 se presentó el denominado “cambio estructural de Salud” durante la presidencia de Miguel de la Madrid Hurtado. Con una serie de reformas se articuló el SNS, incorporando todas las instituciones de asistencia médica, tanto públicas como privadas, a un solo sistema de carácter nacional. El fundamento legal de este cambio fue el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la posterior publicación de la Ley General de Salud el 7 de febrero de 1984 y sus reglamentos.

Como hemos visto, desde la década de los sesenta el modelo de residencias médicas en México comenzó a institucionalizarse. A raíz del movimiento del personal médico se logró el reconocimiento de las residencias y su incorporación a los derechos laborales. Una de las medidas más relevantes ha sido la incorporación de las residencias médicas en la Ley Federal del Trabajo el 30 de diciembre de 1977 (STPS, 1977), a través del Capítulo XVI. Trabajos de Médicos Residentes en Periodo de Adiestramiento en una Especialidad, definiendo los siguientes conceptos:

- Médico residente
- Unidad Médica Receptora de Residentes
- Residencia

Asimismo, contemplaron derechos especiales del personal, derecho a prestaciones y la formalización de un contrato, generando obligaciones especiales de las personas médicas residentes como acatar las ordenes de personal a cargo de la formación, cumplir con las actividades académicas, y la composición de la jornada laboral que incluyó el tiempo dedicado a las actividades académicas y a

la atención de las y los pacientes. También se creó en 2013 la NOM-001-SSA3-2012 de la Secretaría de Salud, la cual, fue actualizada para dar paso a la NOM-001-SSA-2023 que tiene por objeto regular el funcionamiento de las residencias médicas. Ambos ordenamientos rigen las residencias médicas y se consideran la base para abordar el tema

1.3. El derecho humano a la salud: las reformas estructurales al sistema de salud

La profunda alteración del sector salud en México iniciada en los años ochenta del siglo pasado, se relaciona con la implementación de las políticas públicas neoliberales que promovieron la injerencia de organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). Estos organismos ejercieron una fuerte presión para que el Estado redujera su intervención en la economía y en las políticas orientadas al bienestar social. Calificaron como incorrecta la asignación de recursos públicos en políticas sociales, argumentando que esto provocaba un déficit, por ejemplo, en la atención sanitaria con mayor impacto en la población pobre, ya que los costos eran innecesariamente altos (Menéndez, 2005).

De manera paralela, las instituciones financieras asumieron un papel central en la definición de los problemas y el diseño de estrategias de gobierno para hacer frente a los problemas públicos, como es el caso del sistema de salud en México, marcando especial influencia a través de directrices dictadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Un ejemplo de esta tendencia fue la propuesta del Banco Mundial, en 1987, de establecer tarifas a los servicios médicos con el fin de incrementar los ingresos estatales (Ruger, 2005).

En 1993 la OMS publicó el Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud (Banco Mundial, 1993) en el cual proclamó conceptos como el de eficiencia como principio rector de la política pública de salud. Entre otras cosas, recomendó que el Estado debía concentrarse en intervenciones de bajo costo, pero con alto

beneficio —como las campañas de vacunación—, que se permitiera la participación privada en la prestación de servicios de salud antes garantizados por el Estado, y que se garantizara la cobertura universal de salud mediante sistemas de seguros médicos operados por empresas privadas.

Los ajustes realizados incluyeron la reducción y redistribución del gasto público, la descentralización de los servicios de salud del gobierno federal a los gobiernos estatales, así como una menor participación del gobierno federal en la prestación de dichos servicios (Laurell, 2013; Menéndez, 2005). Durante casi treinta años se registró una caída leve, pero sostenida, del porcentaje de gasto público destinado al rubro de salud en el Producto Interno Bruto (PIB) de México, pasando de 3.6 por ciento en 1982 a 2.7 por ciento en 1987 (Lara et al., 1997); contrario al porcentaje destinado principalmente para el pago de la deuda externa que aumentó en nueve puntos porcentuales en los mismos años. En 2009 hubo un aumento de 2.7 por ciento al sector salud mientras que en 2024 el gasto para dicho rubro se incrementó a 5.2% (INEGI, 2025).

El recorte en el gasto en salud se realizó de manera paralela a la implementación de las reformas estructurales en el sector. En 1983, el mismo año en el que se reformó la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) para incorporar el derecho a la protección de la salud, se pusieron en marcha la descentralización de los servicios de la Secretaría de Salud con el argumento de hacer más eficiente el uso de recursos públicos, así como un cambio en los objetivos de provisión de servicios que apenas buscaba cubrir niveles mínimos de salud y enfocarse en la prevención (Sales, 2012). Sin el fortalecimiento de las capacidades técnicas, financieras y organizacionales de las entidades federativas, se profundizó la inequidad preexistente en la atención de la salud y se aceleró la exclusión de amplios sectores de la población, en particular de aquellos sin seguridad social (López y Jarillo, 2017).

El gasto público en seguridad social también se redujo paulatinamente y se cristalizó en una de las reformas estructurales más dañinas para la clase trabajadora: la privatización de las pensiones en 1997 (IMSS) y 2007 (ISSSTE). Estas reformas dieron paso a los sistemas de reparto solidario e intergeneracionales a la capitalización individual, gestionada por las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), vinculadas a la banca privada que para 1990 recibían el 81.6% del gasto público destinado en salud. Sin embargo, este porcentaje fue disminuyendo a partir de 1997, pasando de 72.8% en ese año a 66.8% en 2004, y 54.4% en 2024 (Secretaría de Salud, 2025).

Este proceso se completó el 15 de mayo de 2003 mediante la publicación, en el Diario Oficial de la Federación (DOF) de la reforma a la Ley General de Salud la cual, entre otras cosas, creó el Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular. El programa estaba dirigido a la población que no se encontraba inscrita en algún sistema de seguridad social, y se trataba de un seguro voluntario y tripartito, subsidiado con fondos federales, estatales y una prima pagada por las personas aseguradas a partir de cierto ingreso. Sin embargo, el subsidio solo cubría un paquete limitado de servicios contenidos en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud¹, mientras que los padecimientos fuera del paquete básico debían ser cubiertos por la población. La protección a la salud estaba acotada a una serie de intervenciones predefinidas con criterios epidemiológicos, pero condicionadas por criterios presupuestales. Así, en comparación con el resto de las instituciones de seguridad social, el Seguro Popular sólo abarcaba 15% de los servicios (Laurell, 2013). En ese sentido, las instituciones públicas de salud “restringen su quehacer a la oferta de

¹ El CAUSES es el documento donde se describen las intervenciones de salud contempladas en el Seguro Popular. Los servicios incluyen de forma explícita y pormenorizada, el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud y enfermedades descritas, incluyendo las medidas para su rehabilitación y se enfatiza la prevención de enfermedades y accidentes, así como la consultoría para apoyar a las familias a mejorar su salud. Contempla los medicamentos necesarios que son elegibles y se especifican los exámenes de laboratorio y gabinete que, a determinación del médico tratante, podrán ser indicados, además de considerar orientación para prevenir enfermedades y accidentes (Secretaría de Salud, 2008, p. 6).

paquetes básicos de atención e intervienen en forma selectiva y focalizada frente a la complejidad sociosanitaria, introducen la lógica mercantil en su funcionamiento y privatizan lo público rentable (López, O. y Jarillo, E., 2017).

El Seguro Popular aumentó el número de personas afiliadas de 15.7 en 2006, a 51 millones de personas en 2019 (Coneval, s.f.) dejando rezagada la oferta de servicios de salud, pues ni las unidades ni el personal médico se benefició del incremento (Colchero et al., 2020). Además, el esquema tripartito acentuó las desigualdades presupuestales entre las entidades, lo que implicó la participación del sector privado que, para 2005 cerca del 15% (3,082) de las unidades que prestaban servicios de salud eran privadas (López y Blanco, 2007, p. 59). Se impulsó la participación del sector privado en las instituciones de seguridad social a través de la figura de la subrogación. Por ejemplo, en el IMSS se otorgaron subrogaciones tanto a los servicios de hemodiálisis y cirugía de mínima invasión, como en los servicios de guarderías (Flores, 2016).

De esta manera, se pueden destacar tres características del Seguro Popular:

1. La apertura al sector privado que gestionaba la distribución de los recursos financieros o a través de la subrogación de servicios en los centros de salud.
2. La atención focalizada en las poblaciones más pobres, pero sin capacidad para atender a toda la población.
3. La eficiencia como directriz de la política pública, pues los subsidios a los estados se otorgaban en función de la población atendida y los indicadores de resultados.

Al mismo tiempo, las reformas estructurales tuvieron un impacto significativo en las principales instituciones de salud como el IMSS y el ISSSTE, incrementando la desigualdad en el acceso a la atención otorgada por el Estado (Laurell, 2013). Para hacer frente a esto, el 8 de mayo de 2020 fue publicada en el Diario Oficial

de la Federación (DOF) la reforma al artículo 4° que elevó a rango constitucional el establecimiento de un sistema de salud para el bienestar, con el objetivo de garantizar la extensión progresiva y gratuita de los servicios de salud a todas las personas que, para entonces, no contaran con seguridad social.

Artículo 4°.- (...)

Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (CPEUM, 1917).

Las reformas estructurales aplicadas durante el periodo neoliberal en México tuvieron un impacto en la formación de personal médico general y especializado que, a pesar de la responsabilidad asumida por el Estado, la política nacional de salud comenzó a abrir paso al sector privado. Esto propició, entre otras cosas, la competencia entre médicas y médicos provenientes de escuelas privadas y públicas por un espacio para realizar una especialización en alguna institución del sector salud.

1.4. El derecho humano al trabajo: las residencias médicas en la Ley Federal del Trabajo

A pesar de que la reforma a la Ley Federal del Trabajo (LFT) de 1977 implicó un reconocimiento de derechos laborales, dejó vacíos en la definición y situación laboral de las personas médicas residentes. Esto generó que se ubiquen en dos supuestos: como estudiantes y como personas trabajadoras (ver tabla 1):

Tabla 1. Reconocimiento de las personas médicas residentes en la LFT

Reconocimiento	Fundamentación
Estudiantes	Artículo 353-A.- Para los efectos de este Capítulo, se entiende por: I. Médico Residente: El personal de la medicina con Título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a la Unidad Médica Receptora de Residentes, para cumplir con una residencia. II. (...). III. Residencia: El conjunto de actividades que deba cumplir un Médico Residente en periodo de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de posgrado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de la Unidad Médica Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.
Personas trabajadoras	Artículo 353-B.- Las relaciones laborales entre los Médicos Residentes y la persona moral o física de quien dependa la Unidad Médica Receptora de Residentes, se regirán por las disposiciones de este Capítulo y por las estipulaciones contenidas en el contrato respectivo, en cuanto no las contradigan (LFT, 1970)".

Fuente: elaboración propia con base en la LFT (1970).

La Ley Federal del Trabajo señala que las personas médicas residentes deben contar con un contrato laboral, asegurando el disfrute de prestaciones necesarias para el cumplimiento de sus actividades y a ejercer la residencia hasta la conclusión de la especialidad (Artículo 353-C, LFT, 1970).

La ley también señala que la relación laboral no será menor a un año ni mayor al periodo que dure la residencia médica, atribuyendo a las personas médicas residentes el carácter de personas trabajadoras.

A partir del estudio titulado “Exploración sobre el grado de cumplimiento de los derechos de los médicos residentes en México”, elaborado por Roberto Castro, Mauricio Sarmiento-Chavero, Frida Romay-Hidalgo y Andrés Castañeda-Prado, se cuenta con datos relacionados a la percepción, conocimiento, experiencia y observancia de prácticas laborales que en gran medida determinan la experiencia de las personas médicas residentes en este periodo de profesionalización y que impactan en el ejercicio de sus derechos.

El estudio arroja datos a partir de instrumentos receptores de información aplicados a un universo de 678 personas que al momento del estudio realizaban la residencia médica en el IMSS, ISSSTE, SEMAR, PEMEX, INSABI, SEDENA e instituciones privadas, en su mayoría personas médicas residentes de primer y segundo grado (R1 y R2).

A continuación, se presentan, a grandes rasgos, los resultados del estudio “Exploración sobre el grado de cumplimiento de los derechos de los médicos residentes en México”. Los datos que se muestran a continuación sintetizan la evidencia recolectada y exponen las realidades clave encontradas durante la investigación, asimismo, son reflejo de la percepción de las personas médicas residentes sobre la situación de sus derechos humanos y visibiliza áreas de oportunidad dentro de las instituciones.

Conocimiento del programa de residencia	• El 24.5% de las personas médicas residentes desconoce el programa académico y operativo. • La mayor proporción del personal que desconoce los programas participa en sector privado. • El 21% de las personas médicas residentes no recibió el reglamento interno de la unidad médica receptora.
Asistencia médica	• El 56.9% de las y los participantes reportó recibir asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica por parte de la institución de salud. • El 18.4% reportó recibir asistencia médica y quirúrgica, pero no farmacéutica. • El 24.6% declaró no recibir ninguna de estas formas de asistencia.
Apoyo para la atención de pacientes	• El 24.2% de las y los participantes afirmó que la institución les proporcionó todos los medicamentos, materiales de curación e insumos necesarios para la atención de los pacientes. • El 25.4% indicó que nunca reciben materiales para atención a pacientes.
Violencia por parte de pares o superiores	• El 54% de las personas médicas residentes (hombre y mujeres) mencionaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte de sus colegas o superiores.
Observancia de derechos básicos	• El 16.6% de las personas encuestadas señaló no recibir alimentos durante su jornada laboral (en mayor medida el IMSS). • El 37.7% consideró que la alimentación proporcionada fue completa y de calidad. • El 81.3% indicó que tenía un área de descanso en su unidad pero sólo el 48% la consideró digna.
Supervisión	• El 26.5% de las y los participantes indicó que no cuenta permanentemente con la asesoría de personal médico adscrito durante sus actividades diarias, aumentando a 52.1% durante las guardias. • El 24.2% de las y los encuestados mencionó haber tenido que realizar guardias de castigo durante su residencia.

Fuente: elaboración propia con información de Castro, et. al. (2024).

Los estudios revelan condiciones laborales y educativas que ponen en riesgo el ejercicio pleno de los derechos de las personas médicas residentes. Los hechos de violencia y abuso durante el proceso de formación han sido documentados como problemáticas presentes en un gran número de clínicas y hospitales de todo el país (Lugo, J.A., et. al. 2021). El problema es más visible en países donde no existen sistemas de residencias médicas diseñados con una visión de derechos humanos, que no cuentan con protocolos para la atención de la violencia, así como de necesidades específicas en salud física y mental de las personas médicas residentes. En el caso de México, la LFT no hace ninguna referencia a la institución educativa encargada de validar el programa de residencia médica y tampoco al carácter de estudiante-trabajador que caracteriza a las personas médicas residentes.

Sin duda, un sistema de residencias médicas homologado, caracterizado por un acceso efectivo a los derechos humanos, respaldo institucional, supervisión entre pares y superiores, así como el desarrollo de estrategias de reeducación contra la violencia, permitirá contar con mejor personal médico especializado que se verá reflejado en el aumento en la calidad de la atención médica, tanto en el sector público como privado, en sus tres niveles.

1.4.1.Regulación de las residencias médicas. La NOM-001-SSA-2023 de la Secretaría de Salud

El sistema normativo que actualmente rige las residencias médicas en México está compuesto, principalmente, por los siguientes ordenamientos jurídicos: el artículo 4° de la CPEUM que establece el derecho a la salud y la obligación del Estado de formar especialistas para hacer efectivo el ejercicio de este derecho. Asimismo, la Ley Federal del Trabajo en sus artículos 353-A al 353-I que regula la relación laboral especial de las personas médicas residentes; la Ley General de Salud que define la organización del SNS y establece atribuciones para garantizar la formación adecuada y supervisada de las personas especialistas por parte de

las instituciones. También existen las Normas Oficiales Mexicanas que, para el caso de las residencias médicas, actualmente se cuenta con la “NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la Organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica”. Esta norma, como su nombre lo señala organiza el funcionamiento de las residencias médicas e incluye criterios para garantizar el adecuado desarrollo de los planes académicos.

Históricamente, el primer instrumento creado para regular las residencias médicas fue la Norma Técnica 76, posteriormente sustituida por las Normas Oficiales Mexicanas subsecuentes. La “NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la Organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica”, fue publicada en el DOF el 19 de marzo de 2024. Esta NOM es el resultado de la actualización de la NOM-001-SSA3-2012 que dejó de ser vigente con la creación de la NOM-EM-001-SSA3-2022 (publicada el 17 de junio de 2022). De acuerdo con el artículo 31 de la Ley de Infraestructura de la Calidad, ésta última de 2022 tuvo vigencia solo por seis meses, con la posibilidad de prorrogarla únicamente por un periodo similar, ya que surgió como resultado de la emergencia sanitaria por COVID 19 que impactó a los sistemas de salud públicos y privados a nivel mundial, visibilizando, según la Organización Mundial de la Salud, lo siguiente:

El mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave o cualquier otra emergencia de salud pública que sea también del ámbito mundial e igual de sostenida y amenazadora (Secretaría de Salud, 2022, p. 1).

En ese escenario, la OMS observó la necesidad de incrementar el personal sanitario, la investigación, la incorporación de un enfoque multisectorial, la mejora de los sistemas de salud (nacionales y locales) y la mejora de la salud de la población (Secretaría de Salud, 2022, p. 1). También recomendó que deben existir 139 personas médicas por cada 100,000 habitantes y, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 176 por cada 100,000 habitantes. Con una población de 126,014,024 habitantes y 400,000 médicas, médicos y personal de

enfermería (Secretaría de Economía, 2025b), nuestro país estaría cumpliendo con dicha recomendación en un 228.38%. Sin embargo, existe un problema de accesibilidad relacionado con la distribución inequitativa en la presencia de personas médicas a nivel nacional, que impacta en mayor medida a las poblaciones más alejadas de las capitales de los estados o que se encuentran en sitios de difícil acceso. Esto podría ser atendido mediante la colaboración interinstitucional, así como entre las entidades y la federación; generando esfuerzos que permitan que los servicios de salud sean accesibles para toda la población,

Retomando, una vez concluida la vigencia de la NOM-EM-001-SSA3-2022 y como resultado del proceso de actualización previsto en la Ley de Infraestructura de la Calidad, el 15 de septiembre de 2024 entró en vigor la NOM-001-SSA-2023 (Secretaría de Salud, 2024d). En el proceso participaron la Secretaría de Salud a través de diversas áreas, la Secretaría de Educación Pública, el ISSSTE, el IMSS, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la Universidad Nacional Autónoma de México, las secretarías de salud y homólogas de los estados de Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Ciudad de México, Michoacán, Morelos, Nuevo León y Puebla, así como el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C., la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. y el Hospital Ángeles Lomas.

La NOM-001-SSA-2023 vigente hasta la fecha contempla cambios importantes respecto a la NOM-001-SSA3-2012. Incorpora conceptos claros de asesoría como apoyo formativo (supervisión, demostración, tutoría) presencial o a distancia por el profesorado, define con mayor precisión los mecanismos de organización y funcionamiento de las residencias médicas en las unidades médicas receptoras y fortalece los lineamientos para garantizar que la formación de las y los residentes sea adecuada, segura y cumpla con estándares éticos y científicos, resaltando los siguientes cambios:

Tema	Contenido
Personas Médicas Residentes	• Se incluye el derecho a recibir las remuneraciones y prestaciones establecidas por la institución de salud y la unidad médica receptora. • El personal recibirá asesoría y defensa jurídica en caso de demandas o queja de terceros por acciones relacionadas con la residencia médica.
Unidades Médicas Receptoras	• Deben contar con una persona responsable de los procesos de formación, con formación médica especializada y experiencia en docencia. Llevará a cabo actividades de planeación, programación, coordinación, promoción y evaluación encaminadas a garantizar la formación de las y los residentes y del personal docente.
Guardias	• Reduce el número de guardias máximas de 3 a 2 veces por semana con intervalos de, por lo menos, tres días entre cada una de ellas.
Profesorado	• El personal docente deberá demostrar su participación en actividades de formación y actualización docente. Debe estar inscrito en la unidad médica receptora y elaborar el programa operativo de la residencia. Además, programar, coordinar y supervisar las actividades asistenciales, médicas y de investigación de las personas médicas residentes, y evaluar su aprendizaje.
Asesoría como apoyo formativo	• Incluye supervisión, demostración, observación o tutoría directa, presencial o a distancia, con el objetivo de orientar la toma de decisiones mediante sugerencia, ilustración, opinión e indicaciones que favorezcan la atención de las y los pacientes, salvaguardando sus derechos.
Coordinación interinstitucional	• Considera a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud como un órgano de consulta, asesoría y apoyo técnico a las instituciones vinculadas a la formación de personal médico. Además, expedirá la Constancia de Selección para las personas médicas residentes.
Tipo de acceso a la residencia médica	• Residencia Médica de entrada directa: aquella que no requiere estudios previos de una especialidad médica. • Residencia Médica de entrada indirecta: aquella que requiere la acreditación de estudios previos de una especialidad de entrada directa o indirecta.

Fuente: elaboración propia con información de la Secretaría de Salud (2024d).

La NOM-001-SSA-2023 lleva un año y medio desde que entró en vigor, esto implica que a finales de 2029 tendrá que someterse a un proceso de revisión y,

en su caso, actualizar de conformidad con lo señalado por el artículo 32 de la Ley de Infraestructura de la Calidad:

Artículo 32. Las Normas Oficiales Mexicanas deberán ser revisadas al menos cada cinco años posteriores a su publicación en el Diario Oficial de la Federación o de aquélla de su última modificación, a través de un proceso de revisión sistemática que se ajuste a lo previsto en el Reglamento de esta Ley, debiendo notificar el informe al Secretariado Ejecutivo de la Comisión con los resultados de la revisión, dentro de los sesenta días posteriores a la terminación del período quinquenal correspondiente (...) (Cámara de Diputados, 2020).

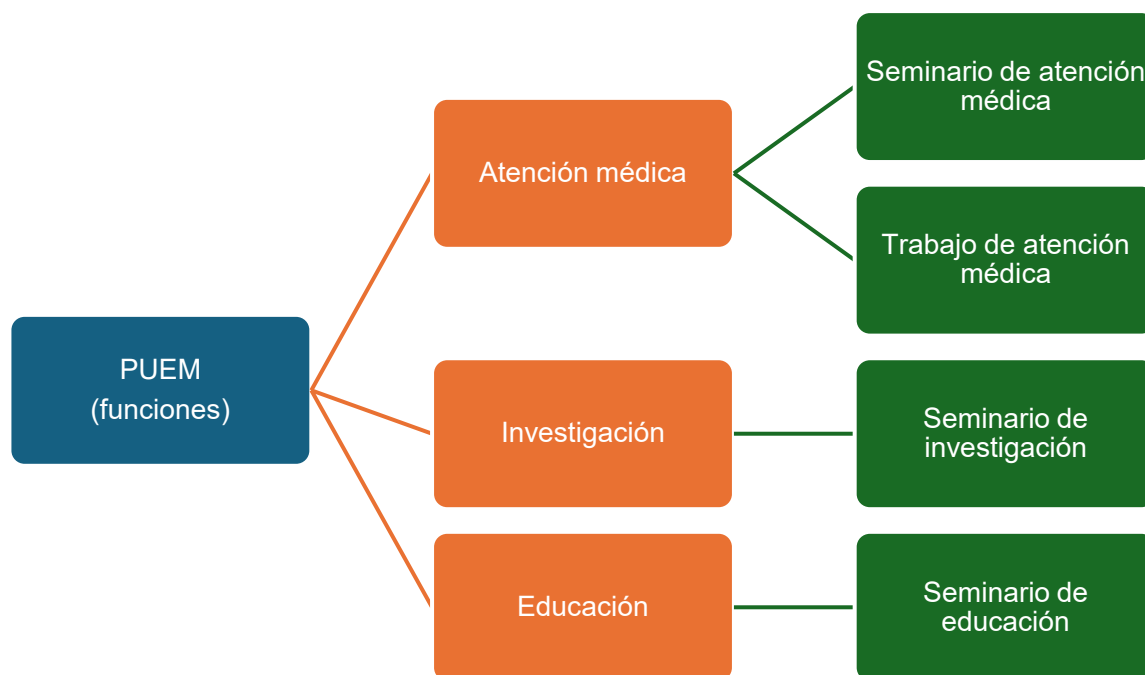
Por último, la NOM-EM-001-SSA3-2022 de alguna manera visibilizó la insuficiencia de personal médico especializado para atender a la población durante una crisis de salud, esto permitió incorporar a la nueva norma elementos que la NOM-001-SSA3-2012 había dejado fuera. En el escenario de la pandemia por COVID 19 el Sistema Nacional de Residencias Médicas tuvo que ampliar su capacidad para recibir médicas y médicos que desearan especializarse, sin embargo, agudizó problemáticas como la carga laboral y visibilizó actos de violencia en contra de las personas médicas residentes. Por ello, es necesario que las unidades médicas receptoras apliquen con mayor rigor y atención lo previsto en la NOM-001-SSA-2023 y la normatividad local y federal en materia de residencias médicas.

1.5. El derecho humano a la educación en las residencias médicas: el Programa Único de Especializaciones Médicas de la UNAM

En 1994 se creó el Programa Único de Especializaciones Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) como un modelo pedagógico de formación y especialización, con la intención de homologar los criterios establecidos de formación académica y profesional de las y los médicos que accedían a una especialización a nivel nacional (UNAM, 2020). Aunque el PUEM

es el programa más amplio de especializaciones en medicina, también existen los programas de universidades estatales, que realizan convenios con las instituciones de salud federal y local, así como los 14 programas de especialidad del Instituto Politécnico Nacional (IPN) para personal médico y de enfermería (IPN, 2026). El PUEM tiene tres funciones principales: 1) Dar atención médica; 2) Investigar, y; 3) Educar. Está estructurado en cuatro actividades académicas (ver diagrama 1).

Diagrama 1. Estructura funcional del Programa Único de Especializaciones Médicas de la UNAM



Fuente: elaboración propia con información de UNAM (2020, p. 6).

Las actividades académicas pueden variar en función de cada una de las especialidades. Por ejemplo, en el caso de la especialidad en Alergia e Inmunología Clínica, se consideran tres actividades académicas denominadas “seminario” y un taller denominado “trabajo”, que consistente en actividades que

las personas médicas residentes deben realizar dentro de las clínicas y hospitales conocidos como Unidades Médicas Recetoras (UMR).

Actualmente, el PUEM cuenta con 78 especializaciones y 1,590 personas docentes encargadas de la formación de las y los estudiantes que acceden a algún curso de especialidad de la UNAM. En 2019 el número de médicas y médicos que se inscribieron a las especializaciones fue de 11,952 personas, las cuales llevaron a cabo su proceso de formación en 130 sedes distribuidas en 19 estados del país (ver tabla 2).

Tabla 2. Especializaciones médicas de la UNAM en 2019 -2020

Estado	Residentes	Sedes
Baja California Sur	41	1
Chiapas	36	2
Ciudad de México	10,383	90
Coahuila	35	1
Durango	13	1
Estado de México	442	13
Guanajuato	76	1
Guerrero	161	3
Hidalgo	61	1
Jalisco	100	2
Michoacán	172	3
Morelos	62	1
Nuevo León	14	3
Oaxaca	35	1
Puebla	20	1
Querétaro	4	1
Sonora	179	2
Tabasco	64	1
Yucatán	54	2
Total	11,952	130

Fuente: UNAM (2024b, p. 4).

De manera general, las universidades y escuelas de medicina celebran convenios de colaboración académica con las instituciones públicas y privadas de salud para desarrollar los programas de residencias médicas. Por ejemplo, el 30 de marzo de 2021 el Dr. Leonardo Lomelí Vanegas, entonces Secretario General de la UNAM, y la Dra. Mónica Alethia Cureño Díaz, Directora de Investigación y Enseñanza, suscribieron el Convenio No. 090/SE/2021 en el cual se estableció una relación de colaboración entre el Hospital Juárez de México y la UNAM. De esta manera, las instituciones se comprometieron a lo siguiente:

1. Cumplir con el PUEM y sus normas operativas.
2. Evaluar el nombramiento de las personas propuestas como docentes por el HJM de acuerdo con las normas operativas del PUEM.
3. Informar al PMR sobre los trámites administrativos, procesos de evaluación y requisitos para acreditar la residencia médica.
4. Informar al PMR las medidas disciplinarias y sanciones aplicables.
5. Respetar las calificaciones emitidas a los alumnos durante la estancia en el HJM.
6. Definir los requisitos y trámites para la expedición de diploma de grado de especialidad con base en las normas del PUEM.
7. La UNAM respaldará las determinaciones que el HJM considere pertinentes en caso de que el PMR cause algún daño en las instalaciones de la UMR (UNAM y HJM, 2021).

Por su parte, la institución médica se comprometió a expedir el diploma institucional de la especialidad respectiva, enviar a la UNAM el programa operativo anual previo al inicio del curso, planear y programar las actividades de enseñanza, dar seguimiento al programa académico y el PUEM a través de la jefatura de enseñanza de la UMR, a designar a las y los colaboradores académicos que brindan apoyo a las personas médicas residentes durante la estancia y supervisar, asesorar y evaluar a las personas médicas residentes con base en los criterios y

el reglamento de la UMR, y emitir las calificaciones en los tiempos establecidos por la UNAM. Respecto a las medidas disciplinarias, la institución médica puede aplicar sanciones a las personas médicas residentes informando a la UNAM, así como promover y vigilar el trato digno entre las personas médicas residentes, personal docente y adscrito al hospital, así como a pacientes (UNAM y HJM, 2021).

En el caso del IMSS y el ISSSTE, que implementan el PEUM, existen dos modalidades de especialización: de entrada, directa e indirecta. La diferencia radica en el requisito de estudios previos de posgrado que debe cumplir la persona, es decir: una especialidad de entrada directa no requiere estudios previos de posgrado, mientras que la indirecta sí. La especialidad en “Alergia e Inmunología Clínica” del PUEM requiere que el personal médico cuente con dos años de estudio previos en Medicina Interna, completando un total de 4 años de estudios (dos de Medicina Interna más dos del curso de especialización), lo que la convierte en una especialidad de entrada indirecta. Los requisitos varían en función de cada caso, por ejemplo, la especialización en Dermatología requiere un año de estudios previos de Medicina Interna más tres años del curso (entrada indirecta); Endocrinología requiere dos años de estudios previos de Medicina Interna más dos años del curso (entrada indirecta); Genética Médica no requiere estudios previos de posgrado, tratándose de una especialidad de entrada directa (UNAM, 2020).

En ese contexto, nuestro país cuenta con un Sistema Nacional de Residencias Médicas (SNRM), el cual está constituido por un conjunto de sedes y subsedes (clínicas y hospitales) reconocidas con capacidad para recibir médicas y médicos que desean cursar una especialidad de posgrado. Las sedes y subsedes son avaladas por una institución educativa que emite el título y cédula correspondiente, en coordinación con la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública y el Consejo de Certificación, éste último de acuerdo con la especialidad respectiva. El IMSS y el ISSSTE son las instituciones

que reciben a la mayor cantidad de personas médicas interesadas en cursar una especialidad. Además, existen clínicas y hospitales como el General Dr. Eduardo Liceaga y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, cuyos casos se abordan en este informe especial.

2. Acciones. El contexto actual de las residencias médicas en México

La fuerza laboral de personas médicas especialistas del SNS en 2023 era de 106 mil 294 personas, aumentando en un 8.2% a 115 mil durante el primer trimestre de 2025, de las cuales, el 43.9% eran mujeres y el 56.1% hombres (Secretaría de Economía, 2025c). En ese contexto, las personas médicas residentes constituyen una de las principales fuerzas laborales SNS del país, si consideramos que para 2024 se formaban en los hospitales del IMSS más de 26 mil personas médicas residentes, distribuidas en 393 sedes académicas (IMSS, 2024e). Por su parte, en 2024 la Secretaría de Salud reportó la formación de 48,508 personas médicas residentes en sus clínicas y hospitales (Secretaría de Salud, 2024e). A su vez, en 2021 el ISSSTE reportó 4 mil personas médicas residentes formándose en las 24 clínicas y hospitales del instituto, además del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” (Gobierno de México, 2021). Finalmente, en marzo de 2026, el Gobierno de México anunció la contratación de 14 mil personas médicas especialistas recién egresadas de las residencias médicas que se incorporarán a la planta laboral formal de las clínicas, hospitales y centros médicos nacionales del SNS.

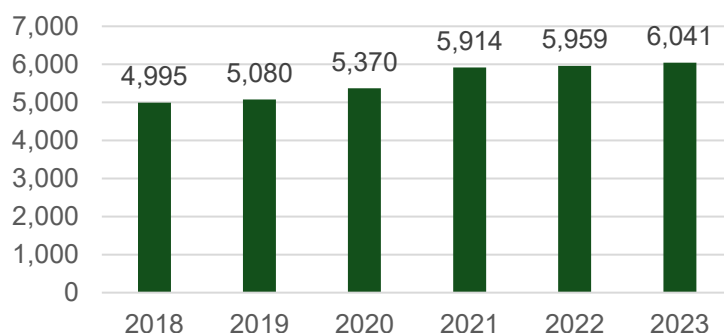
Por considerarse las instituciones receptoras de personas médicas residentes más importantes a nivel nacional, este apartado aborda cuatro casos de residencias médicas: el IMSS, ISSSTE, el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Ofrece a la persona lectora un panorama sobre el estado actual de las

residencias médicas, considerando que los casos utilizados son representativos del sistema de residencias en México.

1.5.1.Caso 1. Las residencias médicas del IMSS

En 2024 el IMSS reportó el ingreso de 27,175 personas médicas a la especialidad (IMSS, 2024b, p. 2), número similar al del año 2023. Mientras que para 2025, ingresaron 25,726 personas para formarse en alguna de las especialidades que ofreció el instituto (IMSS, 2025b, p. 7). Durante el mismo año, egresaron 7,427 personas médicas residentes de 79 especialidades y estomatologías impartidas en 384 sedes académicas, reportando un incremento de 134 especialistas más que en 2024. Es importante mencionar que el personal que concluye la especialidad tiene la oportunidad de incorporarse a la planta laboral del IMSS. Durante el periodo de 2022 a 2023, el instituto contrató a 6,041 personas médicas residentes, a través de los programas IMSS Ordinario e IMSS-Bienestar (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Contratación de personal médico especialista de 2018 a 2023

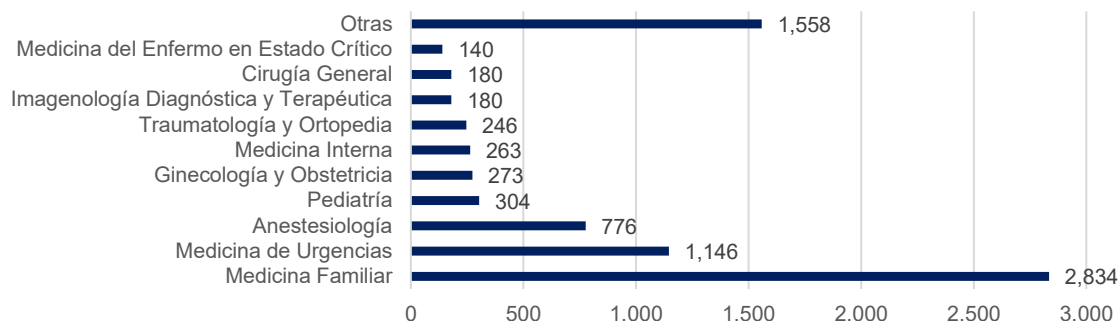


Fuente: elaboración propia con información del IMSS (2023).

Se trata de personas que cumplieron con el periodo de formación correspondiente y los requisitos para su incorporación al Instituto como personal médico especialista. Para 2025, se observó un incremento importante en el número de plazas disponibles para ingresar como personas médicas residentes, y un

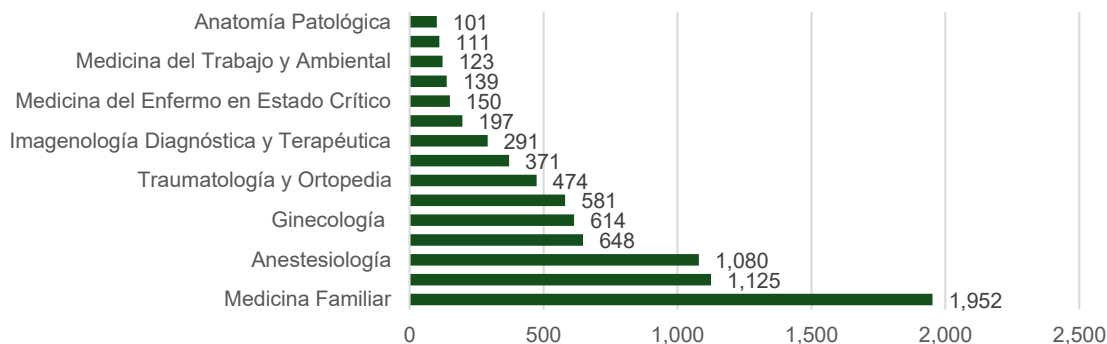
incremento en la contratación (captación) del personal que egresó de las sedes académicas respecto a 2024. Dicho personal se integró a la planta laboral del IMSS en las siguientes especialidades (ver gráficas 3 y 4).

Gráfica 3. Contratación de personal por especialidades en 2024



Fuente: elaboración propia con información del IMSS (2024b)

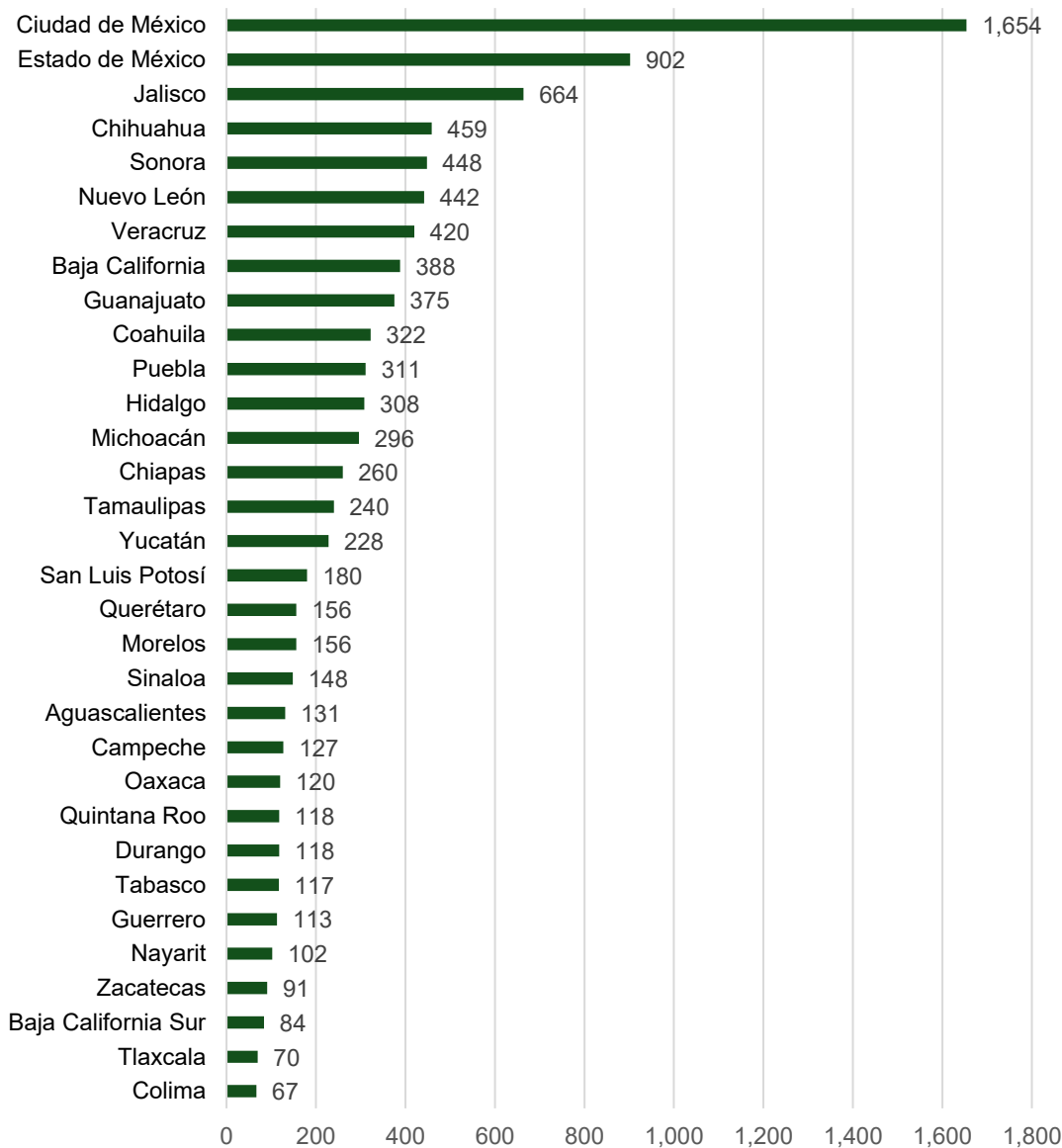
Gráfica 4. Contratación de personal por especialidades en 2025



Fuente: elaboración propia con información de IMSS (2025b)

Durante el Evento de Reclutamiento y Contratación de Médicos Especialistas que se llevó a cabo del 26 de febrero al 13 de marzo de 2025, el IMSS reportó la captación de 6,398 personas egresadas de especialidades del Seguro Social (67%) y 3,217 personal médico externo y egresado de años anteriores (33%) (IMSS, 2025b, p. 120). La Ciudad de México fue la entidad con el mayor número de personas contratadas, y Colima fue la entidad con el menor número de personas contratadas (ver gráfica 5).

Gráfica 5. Contratación de personal médico especializado por entidad federativa (2025)



Fuente: elaboración propia con información de IMSS (2025b, p. 120).

Las percepciones de las personas médicas residentes del IMSS están previstas en el Tabulador de Sueldos para el Personal de Base y consta de ocho niveles; cada una correspondiente a la categoría de residencia en función de la temporalidad en la UMR. El tabulador incorpora dos componentes: el sueldo mensual y la beca, con percepciones que van de 6,070.96 pesos para las personas médicas residentes con categoría R1, hasta 7,736.94 pesos para las personas médicas residentes R8. El ingreso puede equipararse a sueldo base sin considerar compensaciones (ver tablas 3 y 4).

Tabla 3. Percepciones de las personas médicas residentes en 2025

(vigencia: 16 de octubre de 2024 al 15 de octubre de 2025)

Categoría	Sueldo mensual	Beca	Total
Residente (R1)	2,726.22	3,344.74	6,070.96
Residente (R2)	2,950.98	3,601.46	6,552.44
Residente (R3)	3,025.74	3,686.98	6,712.72
Residente (R4)	3,101.38	3,772.78	6,874.16
Residente (R5)	3,194.48	3,885.92	7,080.40
Residente (R6)	3,290.26	4,002.52	7,292.78
Residente (R7)	3,389.10	4,122.66	7,511.76
Residente (R8)	3,490.62	4,246.32	7,736.94

Fuente: IMSS (2024a)

Tabla 4. Percepciones de las personas médicas residentes en 2026

(vigencia: 16 de octubre de 2025 al 15 de octubre de 2026)

Categoría	Sueldo mensual	Beca	Total
Residente (R1)	2,810.74	3,448.42	6,259.16
Residente (R2)	3,042.46	3,713.10	6,755.56
Residente (R3)	3,119.54	3,801.28	6,920.82

Categoría	Sueldo mensual	Beca	Total
Residente (R4)	3,197.52	3,889.74	7,087.26
Residente (R5)	3,293.50	4,006.38	7,299.88
Residente (R6)	3,392.26	4,126.60	7,518.86
Residente (R7)	3,494.16	4,250.46	7,744.62
Residente (R8)	3,598.82	4,377.96	7,976.78

Fuente: IMSS (2025a).

Independientemente de la categoría, el monto de la beca representa más del 50% de la percepción mensual de las personas médicas residentes, aunque es ligeramente mayor para los niveles iniciales. Las percepciones nominales para todas las categorías han aumentado gradualmente desde 2008. Sin embargo, hay dos aspectos a considerar. En primer lugar, aunque el crecimiento ha sido constante, si se considera la evolución anual del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), entre 2008 y 2024, el poder adquisitivo de las personas médicas residentes del IMSS ha disminuido 15%. Esto implica que, aunque en términos nominales las percepciones totales casi se duplicaron, en términos reales las personas médicas residentes disponen hoy de un ingreso menor al que percibían hace dieciséis años.

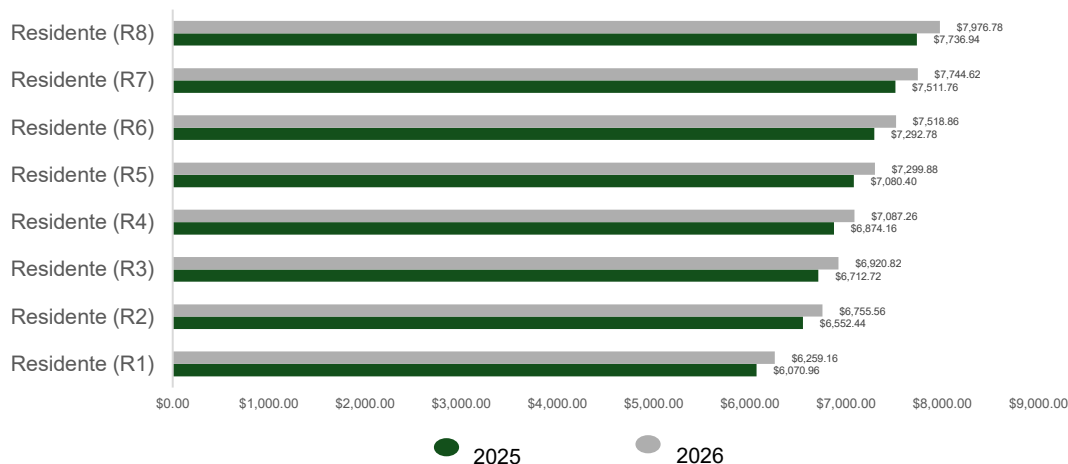
En segundo lugar, el incremento al salario mínimo implementado desde 2019, no se ha reflejado en beneficios para las personas médicas residentes. Esto podría explicarse, en parte, por la importancia de las becas como parte de las percepciones de las personas médicas residentes las cuales representan más del 50% de sus ingresos. Eso sin mencionar que las remuneraciones de las personas médicas residentes no se alcanzan los ingresos que percibe el personal médico general y familiar contratado por el IMSS. Haciendo una comparativa entre las percepciones de 2025 y las aprobadas para 2026 se observa un incremento de 3.10% al monto total que percibirán las personas médicas residentes durante este año (ver tabla 5 y gráfica 6).

Tabla 5. Percepciones de las personas médicas residentes 2025-2026

Categoría	2025	2026	Incremento	% de incremento
Residente (R1)	6,070.96	6,259.16	188.20	3.10
Residente (R2)	6,552.44	6,755.56	203.12	3.10
Residente (R3)	6,712.72	6,920.82	208.10	3.10
Residente (R4)	6,874.16	7,087.26	213.10	3.10
Residente (R5)	7,080.40	7,299.88	219.48	3.10
Residente (R6)	7,292.78	7,518.86	226.08	3.10
Residente (R7)	7,511.76	7,744.62	232.86	3.10
Residente (R8)	7,736.94	7,976.78	239.84	3.10

Fuente: elaboración propia con datos de IMSS (2024a) e IMSS (2025a).

Gráfica 6. Percepciones de las personas médicas residentes en 2025 y 2026



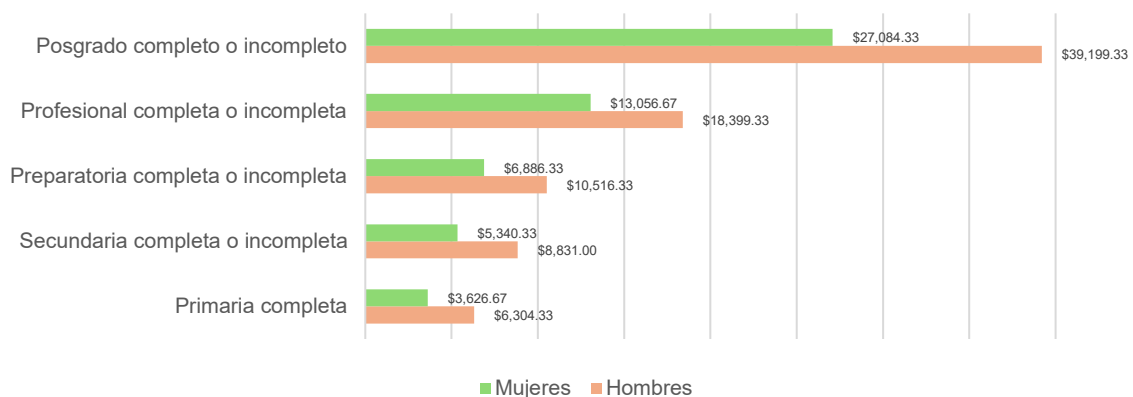
Fuente: elaboración propia con datos de IMSS (2024a) e IMSS (2025a).

Al comparar el salario por hora de las personas médicas residentes, se ubica por debajo del mínimo profesional. Por ejemplo, con una jornada laboral de 38 horas a la semana, las y los Médicos Generales y Especialistas obtienen un sueldo promedio de 8,910.00 pesos, esto significa que por hora perciben 234.47 pesos en promedio durante 2025 (Secretaría de Economía, 2025a). En comparación, por una

jornada con el mismo número de horas a la semana la persona médica residente categoría R8 percibirá la cantidad de 209.91 pesos durante 2026, recordando que dicho ingreso se obtiene de sumar el sueldo mensual a la beca. En el supuesto de que la persona médica residente no contara con la beca como parte de su ingreso mensual, el pago que recibiría el R8 por hora sería de 94.70 pesos frente al R1 con 74.96 pesos por hora durante 2026.

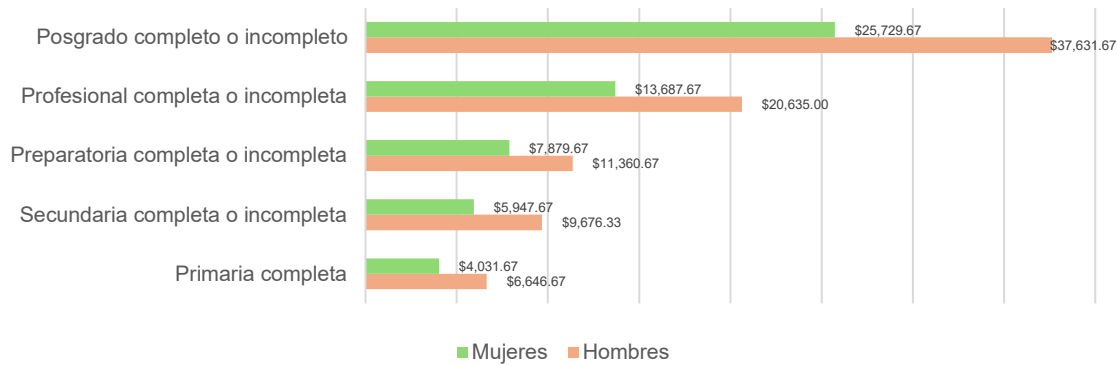
Con base en los datos disponibles sobre sueldos de las personas médicas residentes en México, el sector salud enfrenta un reto en materia presupuestal, ya que las percepciones de las personas médicas residentes, incluso, los ingresos del personal que ya cuentan con especialidad se ubican por debajo o es similar al de la población que no cuenta con estudios de licenciatura. Al respecto, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2024 (INEGI (2024b) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía presentada en julio de 2025, reporta el ingreso monetario promedio trimestral, según nivel de escolaridad y sexo; sin embargo, para mayor comprensión, a continuación, se presentan las cifras mensuales por nivel de escolaridad y sexo de 2022 y 2024 (ver gráficas 7 y 8).

**Gráfica 7. Ingreso monetario promedio mensual,
según nivel de escolaridad y sexo en 2022**



Fuente: elaboración propia con datos de ENIGH (2024b).

Gráfica 8. Ingreso monetario promedio mensual, según nivel de escolaridad y sexo en 2024



Fuente: elaboración propia con datos de ENIGH (2024b).

Los estados que presentan sueldos más altos para el personal médico en México son: Baja California Sur (26,100.00 pesos mensuales en promedio); Nayarit (19,300.00 pesos mensuales en promedio), y; Chihuahua (19,200.00 pesos mensuales en promedio) (Secretaría de Economía, 2025a). En ese contexto, el sector privado se convierte en una opción para el personal médico que ya cuenta con una especialidad y que desea ejercer su profesión obteniendo mejores ingresos.

Es importante aclarar que las percepciones señaladas pueden considerarse sobre sueldo base, ya que las personas médicas residentes del IMSS gozan de las prestaciones señaladas en el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) que en el artículo 30 establece que las personas médicas residentes percibirán la beca, el sueldo establecido y prestaciones como: 50% de la colegiatura universitaria y ayuda para material didáctico libre de impuestos (IMSS, 2025c).

1.5.2. Caso 2. Las residencias médicas del ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), emite una convocatoria anual para todas aquellas personas que deseen

ingresar a los estudios de especialidad y hayan resultado seleccionadas en el Examen Nacional para Residencias Médicas. Las y los interesados pueden participar en alguno de los programas académicos de especialidad de la Facultad de Medicina de la UNAM, las universidades estatales o la universidad privada que lo avale. Las actividades se llevan a cabo en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, considerada como UMR de Residentes considerando sus distintas sedes (ISSSTE, 2023).

En ese caso, existe el Lineamiento Interno para la Organización y Funcionamiento de la Residencia Médica en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, el cual define a la guardia como:

[el] conjunto de actividades descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que los médicos residentes deben efectuar durante la jornada de actividades en la unidad médica receptora de médicos residentes donde está adscrito o asignado (ISSSTE, 2023).

También establece la dinámica de trabajo interno, por ejemplo, establece que las guardias se realizarán 2 veces por semana como máximo con intervalos de, por lo menos, tres días entre cada una de ellas, y agrega:

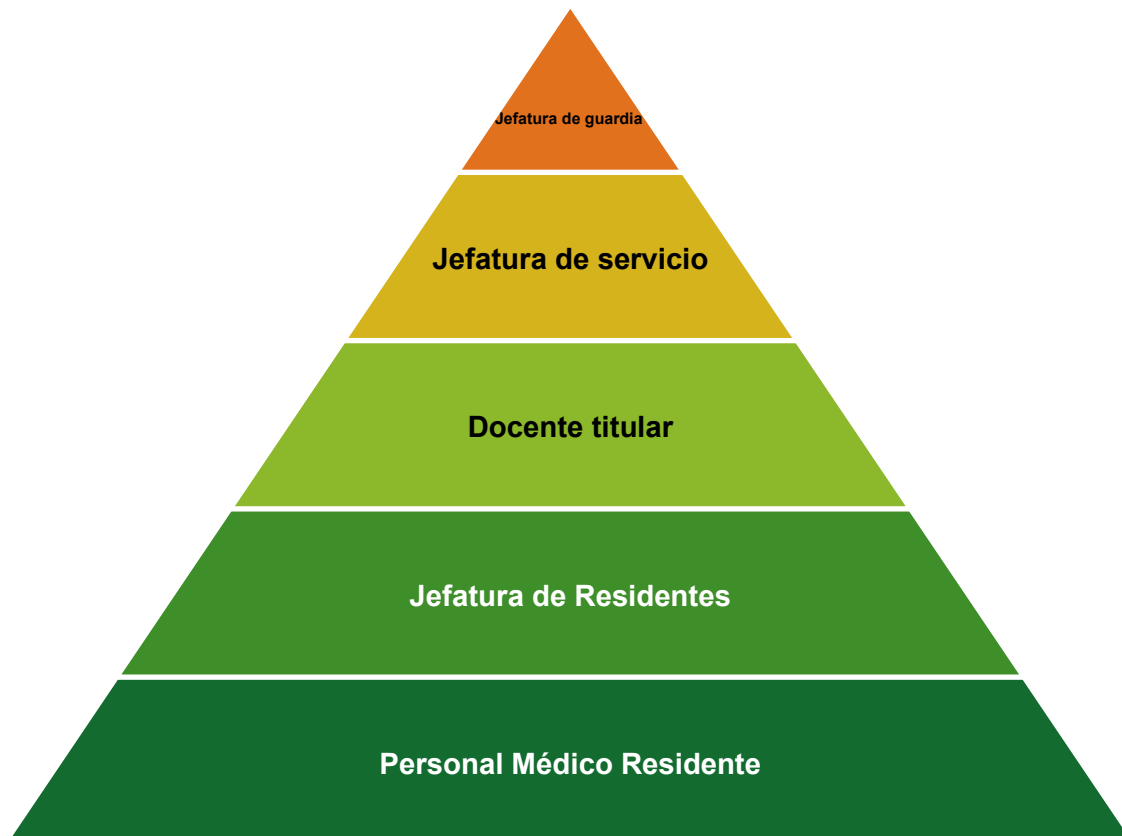
8.3 Los médicos residentes deben estar disponibles cuando sus servicios sean requeridos durante la realización de las guardias. Cuando no sea así, podrán hacer uso de las áreas de descanso para médicos residentes con la autorización del jefe de servicio (ISSSTE, 2023).

Con el numeral 8.3 queda abierta la posibilidad de que la persona jefa de servicio determine si la persona médica residente puede o no tomar tiempo de descanso, bajo el argumento de la carga laboral. Aunque pareciera una obviedad, es necesario señalarlo ya que puede ser un indicador del clima laboral-educativo que viven las personas médicas residentes diariamente. Algunos aspectos importantes de mencionar son que, las personas médicas residentes de mayor grado, debe vigilar y enseñar al de menor jerarquía y la prohibición para que sean asignadas guardias como castigo:

8.16 En ningún caso se permitirá que un Residente por efectos de permuta, ni por necesidades del servicio, permanezca más de treinta y seis horas; o bien, que se le asignen guardias de CASTIGO adicionales por cualquier concepto (ISSSTE, 2023).

Para organizarlas y vigilar el cumplimiento de las disposiciones del ISSSTE, existe una estructura de mando que jerarquiza según funciones y nivel de responsabilidad (ver diagrama 2).

Diagrama 2. Estructura de mando de las residencias médicas del ISSSTE



Fuente: elaboración propia con base en ISSSTE (2023).

De acuerdo con el artículo 25 de los Lineamientos para el Ingreso, Permanencia y Egreso de los Médicos Residentes en periodo de Adiestramiento en una Especialidad Médica y Odontológica del ISSSTE, el personal residente se divide, administrativamente, en las siguientes categorías.

Categorías de las residencias del ISSSTE

R-I	R-II	R-III	R-IV	R-V
Persona residente de 1er año	Persona residente de 2° año	Persona residente de 3er año	Persona residente de 4° año	Persona residente de 5° año

Fuente: ISSSTE (2019).

Algunas prestaciones y beneficios laborales que el ISSSTE otorga a las personas médicas residentes son: aguinaldo anual consistente en 40 días de salario que deberá pagarse en un 50% antes del 15 de diciembre y el 50% restante a más tardar el 15 de enero. Además de los periodos vacacionales, podrán gozar (por única vez) de un permiso de 5 días extras para quienes contraigan nupcias (previa autorización de las y los superiores jerárquicos), y recibir una aportación del 50% de las cuotas de inscripción al curso de especialidad. Los Lineamientos también establecen una jornada laboral de 8 horas y diversas responsabilidades de las personas médicas residentes, por ejemplo, lo relacionado con la vestimenta dentro de la UMR.

1.5.3.Caso 3. Las residencias médicas del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” (HGMEL), perteneciente a la Secretaría de Salud, ofrece 44 cursos de especialización directa e indirecta con una duración entre dos y cinco años y 49 cursos de alta especialidad (subespecialidad), de alto reconocimiento a médicas y médicos que desean continuar con su formación (HGMEL, 2024a). Sus actividades están regidas por la normatividad nacional y por los “Lineamientos Internos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas, Estomatológicas y Posgrados de Alta Especialidad en Medicina del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga”. El documento contiene las reglas que rigen las residencias médicas, así como derechos y

obligaciones del personal nacional y extranjero aceptado. Establece reglas de comportamiento para las personas que se encuentran en la clínica u hospital, un horario de 07:00 a 15:00 horas que puede prolongarse en función de la carga laboral, la asistencia a actividades académicas obligatorias, así como la prohibición de ejercer la profesión médica en el ámbito privado durante el periodo de duración de la especialidad (Secretaría de Salud, 2024a).

De acuerdo con el Informe de Gestión Gubernamental 2018-2024 del HGMEI, de 2023 a 2024 el hospital contó con 1,231 personas estudiantes de posgrado, de las cuales, 968 fueron personas médicas residentes en alguna especialidad, 143 en alta especialidad, 47 en maestría, 10 en doctorado y 63 en posgrado de enfermería (HGMEI, 2024b, p. 35).

Las personas médicas residentes del HGMEI también reciben una beca durante el curso. El tabulador para el ejercicio fiscal 2025, contempló un ingreso por un monto bruto de 18,796.51 pesos, para las personas médicas residentes de primer grado, que se compone de la beca más el complemento de beca, cuyos montos varían en función del grado de las personas médicas residentes (ver tablas 6 y 7).

**Tabla 6. Percepción bruta de las personas médicas residentes
en el HGMEI en 2023**

Grado / Percepciones	Sueldo base	Beca	Complemento beca	Total
Residente primer grado	\$0.00	\$7,036.50	\$10,141.25	\$17,177.75
Residente segundo grado	\$0.00	\$7,768.00	\$11,217.89	\$18,985.89
Residente tercer grado	\$0.00	\$7,983.00	\$11,846.39	\$19,829.39
Residente cuarto grado	\$0.00	\$8,213.50	\$12,509.27	\$20,722.77
Residente quinto grado	\$0.00	\$8,954.00	\$12,229.35	\$21,183.35

Fuente: HGMEI (2022).

**Tabla 7. Percepción bruta del personal médico
residente en el HGMEI en 2025**

Grado / Percepciones	Sueldo base	Beca	Complemento beca	Total
Residente primer grado	\$0.00	\$7,915.11	\$10,881.40	\$18,796.51
Residente segundo grado	\$0.00	\$8,699.25	\$12,127.15	\$20,826.40
Residente tercer grado	\$0.00	\$8,941.10	\$12,840.17	\$21,781.27
Residente cuarto grado	\$0.00	\$9,239.07	\$13,546.14	\$22,785.21
Residente quinto grado	\$0.00	\$10,072.03	\$13,785.07	\$23,857.10

Fuente: Gobierno de México (2025).

Como puede observarse, durante el periodo de 2023 a 2025 las percepciones de las personas médicas residentes del HGMEI tuvieron un incremento de 2,029.47 pesos en promedio, lo que representa un incremento aproximado de 1,014.73 pesos por año en cada una de las cinco categorías de residencias médicas (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Percepción bruta del personal médico residente (2023 y 2025)



Fuente: elaboración propia con datos de HGMEI (2022) y Gobierno de México (2025).

Lo anterior, muestra una diferencia significativa entre los ingresos de las personas médicas residentes del IMSS y del HGMEH. Al respecto, no puede descartarse que las percepciones de las personas médicas residentes del IMSS o del ISSSTE sean mayores, sin embargo, el comparativo se realizó en función de la información disponible en fuentes abiertas oficiales. Las percepciones de las personas médicas residentes del IMSS pueden ser mayores en función de las prestaciones contempladas en el Contrato Colectivo de Trabajo para cada ejercicio fiscal.

1.5.4.Caso 4. Las residencias médicas del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), perteneciente a la Secretaría de Salud del Gobierno de México, brinda atención médica de tercer nivel a personas adultas (INCMNSZ, 2026a). Además de prestar servicios médicos de alta especialidad, realiza investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de personal médico calificado en el campo de medicina interna y nutrición a nivel nacional (Secretaría de Salud, 2025, p. 37).

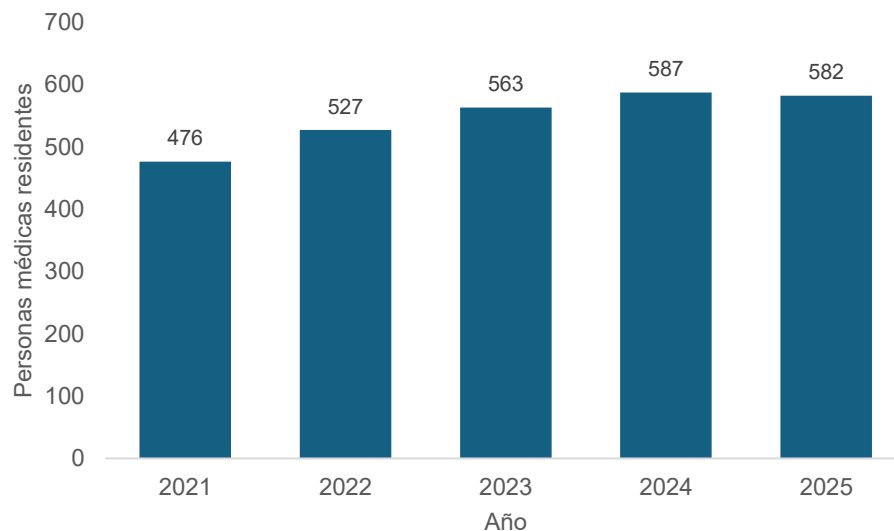
El INCMNSZ cuenta con el Programa de Residencias Médicas y Posgrados de Alta Especialidad para Médicos Especialistas avalado por la División de Estudios de Posgrado de la UNAM y el PUEM, que comprende 12 especialidades de entrada directa y 14 especialidades de entrada indirecta (Gobierno de México, 2023).

Además de la normatividad que rige las residencias médicas a nivel nacional, el Instituto cuenta con los siguientes reglamentos internos:

- Reglamento Interno de los Médicos Residentes en Consulta Externa.
- Reglamento Interno para el Acceso y Uso Adecuado de las Habitaciones de la Residencia Médica.

Estos documentos tienen como objeto asegurar una atención médica de calidad a las personas que acuden a consulta externa (pacientes ambulatorios), así como regular el uso de los espacios destinados para las residencias médicas, abarcando el funcionamiento del edificio de alojamiento y sanciones aplicables en caso de incumplimiento (INCMNSZ, 2024). Durante el periodo de 2021 a 2025, el INCMNSZ ha recibido a 2,719 personas médicas residentes (ver gráfica 10), y se espera que para 2026 la matrícula se incremente (Secretaría de Salud, 2025b, p. 64). Según el propio instituto, a finales de 2025 contaba con 582 personas médicas residentes (INCMNSZ, 2026b).

Gráfica 10. Personas médicas residentes del INCMNSZ (2021-2025)



Fuente: elaboración propia con información de Secretaría de Salud (2025b) e INCMNSZ (2026b).

En 2023 la Unidad de Política y Control Presupuestario de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), emitió el tabulador de sueldos autorizado para el personal médico del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Al tratarse de una institución que forma parte de la Secretaría de Salud, las percepciones dispuestas para el personal del INCMNSZ pueden considerarse similares a las INCAN en 2023 (ver tabla 8).

**Tabla 8. Percepciones correspondientes
a las personas médicas residentes del INCMNSZ en 2023 (estimado)**

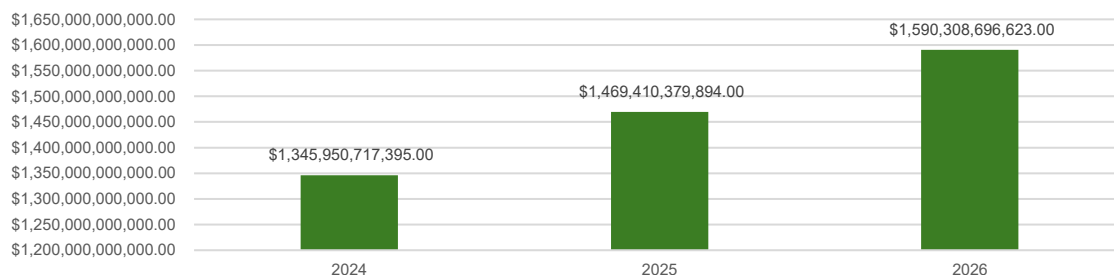
Puesto	Beca	Compensación	Total
Residente Quinto Grado	\$9,312.16	\$12,911.07	\$22,223.23
Residente Cuarto Grado	\$8,542.04	\$12,693.22	\$21,235.26
Residente Tercer Grado	\$8,302.32	\$12,000.24	\$20,302.56
Residente Segundo Grado	\$8,078.72	\$11,342.29	\$19,421.01
Residente Primer Grado	\$7,317.96	\$10,220.16	\$17,538.12

Fuente: INCAN (2023).

De acuerdo con el informe sobre el estado del ejercicio del presupuesto del INCMNSZ, durante el periodo del 1° al 31 de enero de 2025, la institución realizó el pago de 1 millón 486 mil 723.90 pesos en compensaciones para las personas médicas residentes (INCMNSZ, 2025).

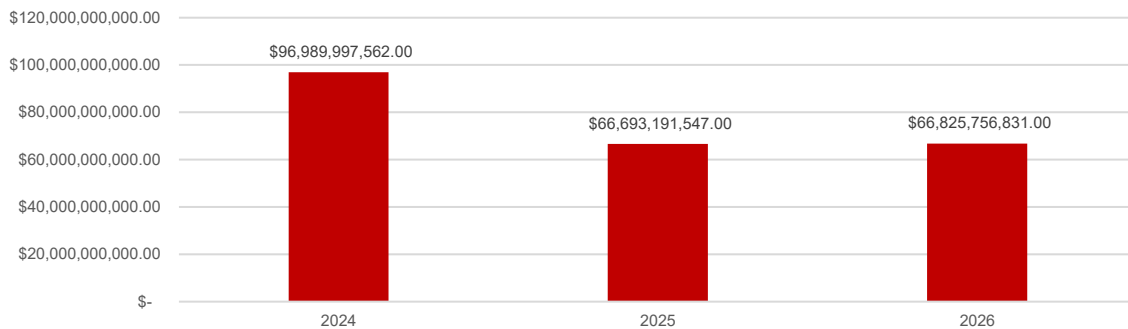
El ISSSTE y el IMSS son las instituciones del SNS que reciben la mayor cantidad de personas médicas residentes, lo cual se debe a la capacidad de infraestructura y recursos asignados a estas instituciones. En los últimos tres años ambas instituciones han tenido incrementos significativos en su presupuesto. En contraste, la Secretaría de Salud tuvo un incremento de 132 millones para este año, frente al recorte de 30 mil millones aplicado en 2025 (ver gráficas 11 y 12).

Gráfica 11. Presupuesto asignado al IMSS



Fuente: elaboración propia con base en datos de la Cámara de Diputados (2024, 2025a y 2026a).

Gráfica 12. Presupuesto asignado la Secretaría de Salud



Fuente: elaboración propia con base en datos de la Cámara de Diputados (2024, 2025a y 2026a).

Además, se cuenta con unidades receptoras de personas médicas residentes como el INCMNSZ que cuentan con documentos internos que regulan la convivencia, códigos de ética y conducta. Aunque existen diversos programas de residencias médicas implementados en clínicas y hospitales del IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos y la Secretaría de Salud, este apartado ofrece un panorama general sobre las residencias médicas en México. Asimismo, aunque existe una normatividad nacional que rige los programas, también existe normatividad de las unidades médicas receptoras que regulan aspectos específicos de las residencias, como relaciones interpersonales, trato con la población usuaria de los servicios de salud, comportamiento, organización y desarrollo de las actividades de residencias.

Finalmente, es importante señalar que se observaron dificultades para acceder a la información relacionada con las condiciones actuales de las personas médicas residentes en temas como: montos reales de las percepciones (sueldo base más compensación, aguinaldo, etc.), capacidad instalada en infraestructura para los programas de residencias y número de personas médicas residentes por unidades receptoras. También se presentaron dificultades para acceder a la información más actualizada disponible en páginas oficiales y el portal de transparencia.

1.6. Recomendaciones emitidas a nivel nacional y local relacionadas con las personas médicas residentes y el derecho a la salud

En 2009 la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emitió la “Recomendación General 15, sobre el derecho a la protección de la salud”. La recomendación derivó del análisis de 11,854 quejas recibidas entre 2000 y 2009 en las cuales se señala al IMSS, al ISSSTE, a la Secretaría de Salud, al Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) y al Hospital de Pemex, como responsables de violaciones al derecho a la salud.

La Recomendación General instó al H. Congreso de la Unión y a las legislaturas de los estados a destinar mayores recursos para el sector salud y a dictar medidas pertinentes para capacitar al personal de salud de las instituciones públicas sobre la observancia y aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de atención digna y profesional por parte del personal médico. La recomendación reconoció varios aspectos que impactan en la atención a la salud, como la falta de personal médico, especializado y de enfermería necesario para brindar un servicio adecuado; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las enfermedades. Sin embargo, también evidenció problemas de fondo que se presentan en las residencias médicas como la insuficiente supervisión de las y los residentes o pasantes por el personal de salud (CNDH, 2018).

Posteriormente, en 2025 la CNDH emitió la “Recomendación 68/2025” sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de una persona adulta mayor que falleció, así como el derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de tres víctimas indirectas. En ese caso la CNDH reconoció:

67. (...) que no está en contra de la enseñanza de las personas médicas residentes, así como del servicio social en las unidades médicas, por el contrario, tal y como se refirió en la Recomendación General 15, se reconoce que esta medida es implementada a consecuencia de la carencia de personal de salud, por lo que, en muchos casos son estas personas la primera cara de atención de las y los pacientes.

68. Sin embargo, el personal médico responsable de las residencias, se alejan de sus deberes y de respeto al derecho a la protección a la salud, al no cumplir con las etapas de instrucción y sobre todo de supervisión adecuada (CNDH, 2025, párrafos 67 y 68).

El Dictamen en Materia de Medicina de la CNDH concluyó que, en la atención médica brindada a la víctima por parte del Servicio de Cirugía General del Hospital General Regional No. 20 del IMSS, en Tijuana (Baja California), existió una omisión por parte del personal médico adscrito a cargo de las personas médicas residentes y la autoridad responsable en la instauración de medidas terapéuticas relacionadas con complicaciones presentadas por la víctima durante la estancia intrahospitalaria (CNDH, 2025, p. 27).

Estas recomendaciones son importantes para efectos de este informe toda vez que visibilizaron un problema de fondo. Por un lado, trajeron a la discusión pública hechos violatorios a los derechos humanos de las y los pacientes. Por otro lado, visibilizaron la situación en la cual las personas médicas residentes brindan atención a la población tanto en las clínicas públicas como privadas. Así como su papel relevante en el SNS. Un punto relevante de ambas recomendaciones es el reconocimiento por parte de la CNDH sobre la insuficiencia de personal, problemáticas asociadas a las cargas de trabajo, jornadas extenuantes y precariedad laboral. Este problema quedó manifestado en nuevas recomendaciones emitidas por los organismos constitucionalmente autónomos del Estado de México y Puebla.

La “Recomendación 3/2015”, emitida el 31 de marzo de 2015 por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla (CDH Puebla) derivó de un exhorto del

26 de junio de 2013, realizado por la Comisión Permanente del Congreso de la Unión para investigar presuntas diversas violaciones a los derechos humanos de las personas médicas residentes en el estado (Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, 2015). Para atenderlo, la CDH Puebla elaboró una encuesta basada en el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, siendo aplicado en 14 instituciones de salud pública, todas en el Estado de Puebla.

Con el ejercicio se acreditó que existían violaciones a los derechos humanos de las personas médicas residentes del sector salud estatal, en particular, los derechos a la seguridad jurídica, la integridad y seguridad personal.

Además, la encuesta reflejó lo siguiente:

1. Desconocimiento de la NOM-001-SSA3-2012 por parte de las personas médicas residentes.
2. Incumplimiento de la NOM por parte de las instituciones de salud respecto a la entrega de uniformes de trabajo.
3. Alrededor de dos terceras partes de las personas médicas residentes fue víctima de agravios, tratos crueles, inhumanos o degradantes y violencia física o psicológica.
4. Las personas médicas residentes consideraron que sus derechos habían sido violados por parte del personal de los hospitales del estado.

Al respecto, el órgano estatal recomendó:

- Garantizar el trato digno a las personas médicas residentes.
- Dar a conocer y cumplir con lo establecido en la NOM-001-SSA3-2012 (ahora NOM-001-SSA3-2023), así como con el contenido en los contratos, incluidos la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, y la dotación de uniformes.

El 26 de julio de 2022, nuevamente la Comisión de Derechos Humanos de Puebla intervino emitiendo la “Recomendación 14/2022” (Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, 2022) dirigida a las instituciones de salud del estado de Puebla, por la vulneración al derecho humano a la igualdad, seguridad jurídica, y a una vida libre de violencia, en su modalidad de violencia laboral. Con ella se acreditó que un médico residente adscrito a un hospital perteneciente al sistema estatal de salud fue víctima de actos de acoso y hostigamiento laboral. Ese entorno laboral, fue un factor de riesgo grave y significativo que derivó en el suicidio de la víctima.

En este caso, la Comisión de Derechos Humanos de Puebla, reconoció que las autoridades señaladas realizaron ciertas acciones para atender la problemática, sin embargo, las acciones se centraron en dar seguimiento al diagnóstico del médico, desatendiendo la situación que incrementaba el acoso y hostigamiento laboral.

Además de la reparación integral para los familiares de la víctima, ese órgano estatal recomendó difundir en la unidad médica un protocolo de actuación para la prevención y atención de acoso y hostigamiento sexual y laboral, brindar capacitaciones a las y los servidores públicos del sistema estatal de salud sobre derechos humanos de igualdad, seguridad jurídica, una vida libre de violencia en su modalidad de violencia laboral, acoso y hostigamiento laboral, así como el cumplimiento de la NOM-001-SSA3-2012.

Por su parte, el 31 de octubre de 2024 la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM) emitió la Recomendación General 1/2024, sobre la organización y el funcionamiento de residencias médicas (CODHEM, 2024). El instrumento buscó establecer criterios mínimos para vigilar la organización y funcionamiento de las residencias médicas por parte las autoridades estatales de salud.

La recomendación abordó la interrelación entre el derecho a la formación en materia de salud, el derecho a la educación y trato digno, en un contexto de protección al

derecho a la salud pública. En primer lugar, la CODHEM reconoció que, derivado de lo estipulado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), las y los profesionales de la salud – titulares o en formación –, deben gozar de un trato digno, capacitación y educación, en el marco de los derechos humanos a la educación y la salud. Asimismo, por el principio de indivisibilidad, esa Comisión Estatal, afirmó que los tratos que atenten contra la dignidad del personal médico en formación en las unidades receptoras tendrán consecuencias negativas en el cumplimiento de sus programas académicos y de capacitación, afectando también la salud de la población atendida.

Derivado de la revisión efectuada a la normatividad que rige a las instituciones de salud en la entidad, la CODHEM encontró que una no contaba con reglamentos correspondientes a la organización y funcionamiento de las residencias médicas, y que dos más sí cumplían, sin embargo, tenían un rezago de actualización de más de diez años. Por otro lado, el Organismo señaló que no existe un reconocimiento adecuado a las personas médicas residentes como personas trabajadoras, sino únicamente como estudiantes. En este sentido, y reconociendo los principios de interrelación y perspectiva de género, la CODHEM, emitió recomendaciones específicas relacionadas con la normativa de cada institución pública de salud.

3. Hechos

El análisis de los antecedentes históricos, el marco normativo y los casos de estudio expuestos en los apartados anteriores representan las bases para comprender la dimensión concreta de las problemáticas que enfrentan las personas médicas residentes en México. El presente apartado aborda los hechos que, de manera recurrente y sistemática, obstaculizan el ejercicio pleno de sus derechos humanos, constituyendo una crisis que trasciende las particularidades de cada institución o especialidad para revelar patrones estructurales arraigados en la cultura médica y el desarrollo de las residencias médicas.

La información vertida permite visualizar un escenario que, lejos de ser aislado, confirma la persistencia de condiciones que menoscaban la dignidad, la integridad y el desarrollo profesional de quienes se encuentran en formación especializada. Se trata de situaciones que han sido documentadas en distintos momentos y contextos, pero que convergen en señalar la existencia de un entorno formativo y laboral con deficiencias en la garantía de los derechos a la educación, al trabajo digno y a la salud.

En este apartado se describen y analizan seis dimensiones que la CNDH considera obstáculos centrales para el goce efectivo de los derechos humanos de las personas médicas residentes: la dualidad jurídica que las coloca simultáneamente como estudiantes y trabajadoras, generando ambigüedad e indefensión; los riesgos presentes en el desarrollo cotidiano de las residencias médicas; la precarización laboral que caracteriza sus condiciones de empleo; la violencia de género que afecta de manera desproporcionada a las mujeres en formación; el impacto del agotamiento emocional derivado de jornadas extenuantes y ambientes hostiles; y las implicaciones que todo lo anterior tiene sobre la calidad de los servicios de salud que recibe la población. Cada una de estas dimensiones no puede entenderse de forma aislada: se articulan y se refuerzan entre sí, configurando una problemática

que demanda una respuesta integral, coordinada y con perspectiva de derechos humanos.

3.1. La dualidad de las residencias médicas

Las residencias médicas se desarrollan en un esquema bipartito, en el que participan instituciones académicas como universidades y escuelas de medicina en colaboración con las unidades médicas del SNS, denominadas Unidades Médicas Receptoras, y las clínicas y hospitales del sector privado que cuentan con aval. Las partes establecen relaciones de colaboración a través de convenios formales en los cuales plasman obligaciones, estrategias de coordinación y comunicación.

De esta manera, una vez que las y los alumnos son aceptados por las instituciones académicas en alguno de los espacios disponibles por cada especialidad, comienza el proceso para elegir unidad médica. Al ingresar a la clínica u hospital sede de la residencia, las y los alumnos adquieren el carácter de persona médica residente, lo cual conlleva responsabilidades, obligaciones y derechos propios de una persona trabajadora, sin embargo, el personal no renuncia a su carácter de estudiante. Consecuentemente, adquieren dos categorías que, a primera vista, las y los ubica en una posición de desventaja frente al campo laboral, ya que mientras realizan la especialidad no tienen permitido ejercer la medicina fuera de la unidad médica de residencia.

Se les reconoce como personas estudiantes, lo cual, sitúa su actividad bajo una lógica formativa y académica, sin embargo, también se les considera personal médico en servicio. Ambas figuras, nutridas por una ambigüedad normativa, generan un ambiente de inestabilidad laboral y formativa, propiciando, a su vez, impedimentos en el acceso a prestaciones, seguridad social, un salario adecuado, acceso a mecanismos de protección frente a posibles abusos y jornadas laborales conforme a la ley. Analizar esta dualidad permite comprender con mayor precisión

las tensiones estructurales que atraviesan la experiencia profesional y formativa de las personas médicas residentes.

En este sentido, es importante precisar que la CNDH, en las Recomendaciones que ha emitido sobre violaciones a derechos humanos en el sector salud, reconoce a las personas médicas residentes como médicas y médicos en formación profesional y no como personal de las unidades médicas. Bajo este criterio, las omisiones o deficiencias en la atención médica se atribuyen, por regla general, al personal adscrito o de base encargado de su supervisión e instrucción, y no a las personas médicas residentes. Esta caracterización contrasta con el reconocimiento que la legislación laboral hace de una relación de trabajo de naturaleza especial, lo que confirma la ambigüedad normativa que atraviesa a este grupo y que constituye una de las principales fuentes de su desprotección.

En ese sentido, la Ley Federal del Trabajo (LFT) reconoce una relación laboral formal mediante el artículo 353-F:

La relación de trabajo será por tiempo determinado, no menor de un año ni mayor del período de duración de la residencia necesaria para obtener el Certificado de Especialización correspondiente, tomándose en cuenta a este último respecto las causas de rescisión señaladas en el artículo 353. G (LFT, 1970).

En el caso de las residencias médicas del IMSS, es plasmado mediante el Contrato Colectivo de Trabajo. Sobre este punto la ley establece, entre otros derechos y obligaciones, la posibilidad de rescisión de contrato sin responsabilidad para el patrón, en los siguientes casos:

- a. No cumplir la etapa de instrucción académica y el adiestramiento, de acuerdo con el programa docente académico que esté vigente en la Unidad Médica Receptora de Residentes;
- b. No acatar las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo del trabajo;

- c. No cumplir con las disposiciones internas de la Unidad Médica Receptora de Residentes de que se trate;
- d. No asistir a las conferencias de teoría, sesiones clínicas, anatomoclínicas, clinicorradiológicas, bibliográficas y demás actividades académicas que se señalen como parte de los estudios de especialización, y;
- e. No presentar o reprobar los exámenes periódicos de evaluación de conocimientos y destreza adquiridos, de acuerdo con las disposiciones académicas y normas administrativas de la Unidad correspondiente (LFT, 1970).

Conforme a la ley las personas médicas residentes deben de cumplir con lo establecido en su contrato, al mismo tiempo que el programa de especialidad respectivo, desarrollando funciones laborales y académicas de manera simultánea, presentando un problema de competencias y atribuciones entre instituciones académicas y de salud.

La Ley General de Salud atribuye a la Secretaría de Salud la coordinación y vigilancia del cumplimiento de las disposiciones en materia de salubridad general (Artículo 13, fracción IX). A su vez, la NOM-001-SSA-2023, correspondiente a la organización y funcionamiento de las residencias médicas prevé que la vigilancia de su aplicación corresponde a esta misma Secretaría.

El deslinde de las instituciones de educación superior ha sido evidenciado por el Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos (OBEME) (Argüelles et al., 2025) que reiteradamente ha señalado la omisión explícita de la Universidad Veracruzana (UV) en el acompañamiento a las personas médicas residentes, lo cual se encuentra plasmado en el Plan Estratégico para el Fortalecimiento de la Investigación y el Posgrado 2022-2031:

Las especialidades médicas si bien forman parte del nivel de posgrado, donde la Universidad otorga el reconocimiento y aval, su operación se realiza a partir del

marco legal correspondiente del sector salud en el ámbito nacional y estatal, así como en espacios fuera de la Institución (hospitales), por lo que no se consideran en el presente Plan Estratégico (Universidad Veracruzana, 2022, p. 16)

De esta forma la universidad delimita su responsabilidad solo al “reconocimiento y aval”, dejando cualquier asunto operativo relacionado con las residencias médicas al amparo del marco normativo federal. No obstante, omite que, de acuerdo con la NOM-001-SSA-2023, el funcionamiento y organización de las residencias médicas está basado en un instrumento consensual signado entre la Universidad y la institución de salud según el numeral 4.3 de la NOM-001-SSA-2023.

Esta tensión normativa permite que, en la práctica, las instituciones eludan responsabilidades sustantivas sobre el entorno formativo y laboral de las personas médicas residentes. Mientras no se precise — y haga exigible — la delimitación de competencias y la articulación de los instrumentos jurídicos (académicos, sanitarios y laborales), el sistema seguirá generando escenarios que promueven omisiones institucionales y, con ello, violaciones a derechos humanos en detrimento de las personas médicas residentes.

La intensidad de esta relación laboral, además, no es uniforme entre instituciones. En el caso del IMSS, el vínculo se encuentra plenamente formalizado: las personas médicas residentes perciben un sueldo, además de la beca y de diversas prestaciones reconocidas en el Contrato Colectivo de Trabajo (artículo 30). En contraste, en otras instituciones públicas la percepción se integra únicamente por la beca y el complemento de beca, sin sueldo base — como se observa en la Tabla 6, donde el sueldo base se reporta en \$0.00 —, lo que debilita su reconocimiento jurídico como personas trabajadoras. Esta heterogeneidad confirma que la condición laboral de las personas médicas residentes depende, en gran medida, de la institución de adscripción, y refuerza la necesidad de homologar y precisar su estatus.

3.2. Los riesgos en el desarrollo de las residencias médicas

Desde una perspectiva teórica, la literatura especializada señala que en el proceso de formación de las personas médicas residentes confluyen diversos procesos – formales e informales – que configuran la dinámica de las residencias médicas en México. Por un lado, se identifica un esquema de control formal, estructurado a través de leyes, normas y órganos autorizados que facultan al Estado para regular a este grupo social (Castro, 2019). Por otro lado, diversos análisis la coexistencia de un control informal, el cual se materializa mediante normas no escritas y costumbres institucionales que delimitan las interacciones de las personas médicas residentes, estableciendo un orden social específico dentro de la estructura formativa (Castro, 2019).

Diversas investigaciones académicas coinciden en señalar que las presuntas violaciones a los derechos humanos en el ámbito hospitalario provienen tanto de figuras directivas como de las personas en formación (Pérez y Pérez, 2023). De acuerdo con estos estudios, las conductas de acoso o abuso de poder pueden ser ejercidas por personas que forman parte de la estructura formal de las residencias médicas – tales como jefaturas de guardia o personal a cargo de los hospitales – pero también por las personas médicas residentes de mayor jerarquía o trayectoria dentro de la Unidad Médica Receptora. En este sentido, la literatura especializada destaca cómo quienes ocupan cargos directivos, jefaturas o espacios jerárquicamente superiores tienden a hacer uso del poder conferido por la propia estructura institucional para persuadir, influir o controlar a quienes se encuentran en posiciones de subordinación (Pérez y Pérez, 2023).

La violencia en sus diferentes manifestaciones se hace presente dentro de las instituciones a través de un proceso de normalización y aceptación de las prácticas como parte inherente de la cultura institucional. La jerarquía, la disciplina, la cosificación de los cuerpos y la persistencia de la violencia simbólica constituyen

elementos estables del “habitus médico”, que transita de las aulas a las unidades médicas receptoras de residentes. Villanueva y Castro (2020) señalan que el aislamiento y el disciplinamiento son dos mecanismos habituales de ejercicio del poder en el campo de las residencias médicas. El aislamiento coloca a las personas médicas residentes bajo un sistema de vigilancia que tiene por objeto asegurar su obediencia, a través de la imposición de normas de deferencia que refuerzan su posición subalterna y limitan su autonomía, por ejemplo, en acciones tan sencillas como solicitar permisos para realizar actividades básicas como comer o ir al baño (Villanueva, 2019).

Al respecto, se ha señalado como una práctica reiterada de disciplinamiento en las residencias médicas la aplicación de castigos y tareas de servicio que no corresponden a las funciones de las personas médicas residentes, que contrastan con un sistema de privilegios que premia la obediencia. De esta forma, las y los estudiantes se adaptan a la institución en la medida en que aprenden a obedecer, evitar castigos y aceptar los privilegios otorgados. Este proceso que tiene que ver con la interiorización de la violencia sienta las bases de un “habitus profesional” que reproduce, legitima y perpetúa las mismas prácticas de abuso entre el personal de la salud y hacia las y los pacientes, asumida como parte natural del aprendizaje y de la práctica médica. Al respecto, Castro y Villanueva (2018) señalan:

Lamentablemente, uno de los procesos de normalización de tal violencia, consiste en que no todos los actores involucrados consideran los mismos actos como violentos. De hecho, en ocasiones se consideran naturales, inevitables, necesarias para formar parte del campo médico (p. 553).

En este sentido, en 2014 Montes et al. (2018) realizaron un estudio centrado en las experiencias de violencia física, psicológica y sexual entre las personas médicas residentes en 16 unidades receptoras del estado de Veracruz. Entre los hallazgos más relevantes, encontraron que 87% de las personas participantes en el estudio manifestaron haber vivido al menos un episodio de agresión durante su formación

como especialistas, siendo la violencia psicológica la más frecuente con el 50.46%, identificando que las principales agresiones venían de las y los jefes de servicio. El estudio también revela una fuerte correlación entre las mujeres y la vivencia de violencia psicológica, lo que refuerza la dimensión de género en el ejercicio de la violencia dentro del entorno médico. Por otro lado, entre las principales fuentes de estrés reportadas por las personas médicas residentes destacan las exigencias asociadas a los tiempos de servicio (62%) y el cansancio o agotamiento físico (59%).

Por su parte, Derive et al. (2018), realizaron un estudio sobre la violencia hacia las personas médicas residentes. Aplicando una encuesta electrónica a especialistas en el Estado de México, obtuvieron que el 84% de las personas médicas residentes habían sufrido algún tipo de maltrato durante su formación. La forma más común fue la violencia psicológica, presente en el 78% de los casos, manifestada principalmente a través de humillaciones. Le siguieron la imposición de guardias como castigo (50%) y la negación deliberada de enseñanza (40%).

En cuanto a la violencia física, el 16% de las personas médicas residentes señaló haber recibido golpes, el 35% reportó privación de alimento durante sus guardias, y el 21% indicó haber sido impedido o impedida de ir al baño, todo ello como formas de castigo. Las consecuencias reportadas por las personas médicas residentes como resultado de estas experiencias fueron significativas: el 89% presentó síntomas de agotamiento extremo, el 71% manifestó síntomas de depresión, el 78% ansiedad y el 58% reconoció que estos factores afectaron negativamente la calidad de la atención brindada a las y los pacientes.

Con relación a la violencia sexual, se obtuvo que 21.7% de las personas participantes fueron expuestas a lenguaje vulgar y 16% fueron acosadas. Entre las mujeres, se identificó que a 1 de cada 5 se le solicitó una prueba de embarazo como condición para obtener la plaza para residencia médica. También identificaron que las principales personas responsables de los actos de maltrato fueron personas

médicas residentes de mayor jerarquía y personal médico de base, lo que evidencia una dinámica vertical y jerárquica en la reproducción de la violencia dentro del entorno hospitalario. Otro dato relevante es que 65.7% de las personas médicas residentes que sufrieron maltratos no los reportaron por miedo a ser etiquetadas (79%), a empeorar las cosas (77%) y a ser castigadas (75%).

En otro estudio realizado por Osornio y Peralta (2024), en el que aplicaron 15 entrevistas semiestructuradas a personas médicas internas de la carrera de Médico Cirujano, identificaron diversas formas de violencia vividas durante la formación médica, incluyendo acoso sexual y actos de discriminación. El estudio revela que la violencia verbal y psicológica en el contexto de la residencia médica tiene un impacto significativo en la salud mental. Las experiencias de humillación y el trato denigrante se asocian con un aumento en los niveles de estrés y ansiedad que, a su vez, repercute negativamente en su desempeño académico y en su desarrollo profesional.

Por su parte, Sánchez y Hamui (2023) documentaron que diversos actores clave interactúan en dinámicas de violencia en el contexto de la residencia médica. Los principales hallazgos obtenidos arrojaron que la trayectoria formativa durante la residencia está marcada por experiencias que limitan el desarrollo profesional y personal de las personas residentes, asociadas con el abuso de poder, manifestaciones de sexismo, distintos tipos de violencia y, de manera significativa, la omisión o inacción por parte de las autoridades. Un aspecto central identificado en sus hallazgos es que el entorno de formación se caracteriza por un ambiente represivo en el que el abuso entre personas médicas residentes de distintos niveles jerárquicos es frecuente y se ve facilitado por la tolerancia institucional hacia estas prácticas.

Desde 2018, el Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos (OBEME) de la Universidad Veracruzana (UV) ha documentado el cumplimiento de los derechos humanos de las personas médicas en formación de la UV, incluyendo la

residencia médica. En el informe publicado en 2024 se recogen los resultados de una encuesta aplicada a 1,352 estudiantes de medicina, de los cuales el 82% (1,109) cursaban especialidades médicas en alguna UMR ubicada en Veracruz.

En este caso, el 71% de las personas médicas residentes cubrían jornadas laborales superiores a 80 horas semanales. En los tres derechos que analiza el OBEME —a la educación, al trabajo digno y a la integridad y seguridad personal—, los hombres reportaron mayores niveles de disfrute que las mujeres, así como las personas médicas residentes del último año (R4). Al comparar, los resultados con la primera evaluación realizada en 2017, las condiciones de las personas médicas residentes muestran mejoras apenas perceptibles. Entre 2017 y 2023, se encontró que el porcentaje de personas médicas residentes con más de 100 horas de trabajo por semana osciló entre 41% y 50% en todas las evaluaciones. Por derecho estudiado, el resultado es similar: la percepción del goce del derecho a la educación mejoró sólo en un punto porcentual, el avance en el derecho al trabajo digno fue de 5% y el derecho a la integridad y seguridad personal empeoró en 3% (Vázquez y Mota, 2024a).

Las investigaciones ponen en evidencia, por lo menos, dos ejes explicativos de la violación a los derechos humanos de las personas médicas residentes (Vázquez y Mota, 2024b). Por un lado, la necesidad creciente de personal médico que atienda las necesidades de salud de la población mexicana, con la incorporación de personas médicas residentes, pasantes e internas que cubren una parte de la demanda de personal especializado, pero recibe menores salarios. Por el otro lado, el OBEME destaca la poca o nula actuación de la UV, en las unidades de recepción de pacientes para vigilar el adecuado desempeño académico de las personas médicas residentes (Argüelles et al., 2025).

Desde esta perspectiva, Castro et al. (2024) analizan el cumplimiento de los derechos de personas médicas residentes contenidos en la NOM-001-SSA3-2012, y las experiencias de violencia. En una encuesta realizada a 642 personas médicas

residentes, el 54% respondió haber sufrido algún tipo de violencia durante su formación, que incluyen la violencia psicológica, el acoso laboral y el acoso sexual. De las personas que experimentaron estos actos, 42.6% señaló al personal superior jerárquico como las y los responsables, 13.7% mencionó a sus pares y 41.2% mencionó a ambos. El estudio también identificó otros actos que afectan la integridad de las personas médicas residentes, como la falta de alimentos en la jornada laboral (16.6%) y la aplicación de guardias de castigo (24.2%). En términos generales, los estudios visibilizan un panorama de deficiencias en la protección y garantía de los derechos de las personas médicas residentes. En particular, por la presencia de actos de violencia que se traducen en nuevas y más violaciones a sus derechos. Las y los autores concluyen que, en nuestro país, las personas médicas residentes completan su formación en un ambiente donde las condiciones de maltrato y la violación de derechos son una constante (Castro et al., 2024, p. 64).

El Diagnóstico Nacional sobre ambientes académicos y goce de los derechos humanos, realizado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud, señala que de un universo de 4,261 cuestionarios que fueron contestados por personas médicas residentes se reportó lo siguiente: el 66% sufrió violencia psicoemocional, el 58% violencia académica, el 15% violencia económica, el 10% violencia sexual y el 9% violencia física. Respecto a las personas agresoras, el 63% señaló a personas médicas residentes de mayor grado y a personal médico adscrito, el 32% a jefes y jefas de servicio y 26% a otras personas trabajadoras.

Respecto a los canales de denuncia, el 18% de las personas participantes indicó que estos son claros y adecuados, 16% que no se usan por temor a represalias y 14% que no existen. A su vez, 83% de las personas participantes mostraron síntomas relacionados con el desgaste profesional y 55% señaló haber puesto en riesgo su salud por condiciones laborales. En lo que respecta a las condiciones laborales, 64% indicó que su formación académica se ve interrumpida por las tareas asignadas por la sede, 71% sufre privación del sueño y 31% mencionó que existe

discriminación por sexo, origen étnico o nivel socioeconómico (Cámara de Diputados, 2025b).

En conjunto, la literatura examinada muestra que uno de los principales factores de riesgo para el ejercicio de los derechos humanos de las personas médicas residentes es la violencia. Predominan la violencia psicológica, el maltrato académico y el acoso laboral, ejercidos principalmente por personas médicas residentes de mayor jerarquía, personal adscrito y jefaturas de servicio. Los efectos reportados incluyen agotamiento extremo, síntomas de ansiedad y depresión, así como deterioro en el aprendizaje y en la calidad de la atención brindada. Además, los diagnósticos institucionales evidencian que estas prácticas se mantienen en un contexto de jornadas extensas, supervisión académica insuficiente y escasa efectividad de los mecanismos de denuncia. Este conjunto de datos confirma que la violencia en la residencia médica constituye un problema estructural que limita el desarrollo profesional y afecta el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas médicas residentes.

El Convenio 190 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su artículo 1°, define a la violencia y acoso, como:

Un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género (OIT, 2019).

En la legislación mexicana se reconoce como una violación directa a los derechos laborales, porque rompe con el derecho a un trabajo digno, seguro y libre de maltrato. Cuando estas conductas se normalizan, dejan de ser “problemas individuales” y se convierten en un obstáculo estructural para el ejercicio pleno de los derechos en el trabajo.

En este orden de ideas, el artículo 3° de la Ley Federal del Trabajo define el hostigamiento como “el ejercicio del poder en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en el ámbito laboral, que se expresa en conductas verbales, físicas o ambas” (Cámara de Diputados, 1970). Al repetirse o sostenerse en el tiempo, el hostigamiento configura un entorno laboral hostil que vulnera la dignidad, la integridad y los derechos laborales de la persona afectada, pues la coloca en una situación de miedo, indefensión, riesgo permanente y revictimización.

Por su parte, el acoso sexual es definido en el artículo 3° de la LFT, como:

Una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo del poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos (Cámara de Diputados, 1970).

A nivel internacional, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), ratificada por México el 23 de marzo de 1981 y su protocolo facultativo el 15 de marzo de 2002, tratándose del “primer instrumento que reconoce explícitamente las condiciones estructurales de desventaja de las mujeres considera las diversas formas de discriminación que viven día con día y establece parámetros de políticas públicas para combatirlas” (Arocha, 2018). Asimismo, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Convención de Belém Do Pará promulgada por el Ejecutivo Federal el 19 de enero de 1999, afirma que:

La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades (Secretaría de Relaciones Exteriores, 1999).

Ambos ordenamientos comparten la visión de defensa de los derechos de las mujeres, ya que históricamente han sido víctimas de violencia física, psicológica,

discriminación y víctimas de otros tipos de violencia. En el ámbito nacional la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Congreso de la Unión, 2007) establece:

Artículo 10.- Violencia Laboral y Docente: Se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral, docente o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica, consistente en un acto o una omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad.

Puede consistir en un solo evento dañino o en una serie de eventos cuya suma produce el daño. También incluye el acoso o el hostigamiento sexual (Congreso de la Unión, 2007).

Adicionalmente, la violencia laboral es definida de la siguiente manera:

ARTÍCULO 11.- Constituye violencia laboral: la negativa ilegal para contratar a la Víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, las humillaciones, las conductas referidas en la Ley Federal del Trabajo, la explotación, el impedimento a las mujeres de llevar a cabo el período de lactancia previsto en la ley y todo tipo de discriminación por condición de género (Congreso de la Unión, 2007).

Estas conductas refuerzan el poder que se da en una relación jerárquica laboral y, en el caso de las residencias médicas, también educativa, promoviendo jerarquías informales en una misma posición de poder, sea en razón género o por situación de vulnerabilidad. La violencia laboral también se puede presentar de forma mixta o compleja, es decir, ocurre cuando una o varias personas violentan a otra con la misma posición jerárquica y la persona que está a cargo (superior) decide ignorar el problema, convirtiéndose en cómplice de la parte agresora.

En el caso de las personas médicas residentes hablamos de dos formas en las que se presenta la violencia: vertical y horizontal. La primera se caracteriza por la presencia de una jerarquía organizacional, que puede darse en dos formas: ascendente, cuando una persona jerárquicamente inferior acosa a una de posición

superior; y descendente, cuando una persona acosa a otra que se encuentra en una posición jerárquica inferior o subordinada. Por su parte, la violencia horizontal se manifiesta entre personas que se encuentran en posiciones similares o equivalentes en la estructura organizacional (PROFEDET, 2020, p. 4). En las residencias médicas estas violencias se manifiestan de distintas formas, por ejemplo, a través de castigos individuales o colectivos.

En su estudio titulado “Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela”, Villanueva (2019) rescata el testimonio de un estudiante de la carrera de medicina quien señaló que, si una persona médica residente toma un tiempo para consumir alimentos después de haber cumplido con su jornada laboral de 8 horas, se considera una falta, en consecuencia, todo el grupo es castigado con prolongación de horario por una semana. Este sistema de castigo colectivo refuerza la obediencia y normaliza la arbitrariedad, constituyendo acoso laboral institucionalizado.

Sobre ese tema la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) y su homóloga de Costa Rica han señalado que la violencia laboral puede expresarse de diferentes maneras (ver tabla 9).

Tabla 9. Manifestaciones de la violencia laboral

Medida	Acciones
Organizacionales	• Designar los trabajos peores o más degradantes. • Designar trabajos innecesarios, monótonos o repetitivos, sin valor o utilidad alguna. • Designar tareas por debajo de sus cualificaciones, habilidades o competencias habituales. • No asignar ningún tipo de trabajo. • Exceso de trabajo (presión injustificada o establecer plazos imposibles de cumplir).

Medida	Acciones
	• Tácticas de desestabilización: cambios de puesto sin previo aviso, intentos persistentes de desmoralizar o retirar ámbitos de responsabilidad sin justificación
Aislamiento social	• Restringir las posibilidades de comunicación por parte del superior o de los compañeros. • Traslado a un puesto de trabajo aislado. • Ignorar a la persona o no dirigirle la palabra. • División entre compañeros de trabajo al enfrentarlos o confrontarlos.
Ataques a la vida privada de las personas	• Críticas constantes a la vida privada o íntima de la víctima. • Terror a través de llamadas telefónicas. • Atribución de fallos psicológicos y de falsas enfermedades. • Burlarse de algún defecto personal. • Imitar los gestos o la voz de la víctima. • Ataques a las actitudes y creencias políticas y/o religiosas. • La descalificación de la apariencia, forma de arreglo y de vestir de la persona con gestos de reprobación o verbalmente
Violencia física	• Amenazas de violencia física. • Maltrato físico.
Agresiones verbales	• Gritar o insultar. • Críticas permanentes al trabajo de las personas. • Amenazas verbales.
Agresiones psicológicas	• Mortificar a otros miembros del personal con críticas negativas incesantes o privar de responsabilidades a los trabajadores que muestren grandes competencias o aptitudes profesionales. • Evaluar su trabajo de forma inequitativa o de forma sesgada. • Desvalorizar sistemáticamente su esfuerzo o éxito profesional o atribuirlo a otros factores o a terceros. • Amplificar y dramatizar de manera injustificada errores pequeños o intrascendentes. • Menospreciar o menoscabar personal o profesionalmente a la persona. • Ningunear, ignorar, excluir, fingir no verle o hacerle “invisible”.

Medida	Acciones
	• La descalificación en privado y en público de cualquier cosa trascendente o intrascendente que diga la persona acosada. • La constante invitación a desarrollar otra actividad en otro centro de trabajo.

Fuente: CNDH (2017).

Tanto el acoso como el hostigamiento son formas de violencia laboral que también se hacen presentes en el ambiente académico, se trata de prácticas que coartan el ejercicio efectivo de los derechos laborales y a la educación, que obliga a las instituciones de salud y educativas a prevenir, atender, sancionar y reparar el daño.

Según Granados et al. (2024) se han identificado numerosos casos de hostigamiento sexual contra médicas residentes y también en contra de varones. Esto va desde comentarios sexuales, tocamientos por parte del personal médico de mayor jerarquía, hasta coerción sexual bajo amenaza de represalias académicas. Aunque a nivel internacional se ha denunciado el acoso sexual durante la formación, en el ámbito médico, fuertemente jerarquizado y dominado por hombres en puestos de poder, las residentes resultan especialmente vulnerables ante este tipo de violencia.

El acoso sexual que afecta el proceso de enseñanza-aprendizaje, incluyendo prácticas de exclusión, insinuaciones sexuales y comentarios sexistas que pueden llegar al hostigamiento sexual explícito. Esta violencia tiene un impacto en la salud, en particular mental que, incluso, puede llevar a las y los estudiantes a un proceso de replanteamiento vocacional, generar ausentismo y deserción, así como sintomatología de ansiedad, efectos físicos y psicológicos de largo plazo y hasta pensamientos suicidas (Granados et al., 2024).

3.3. La precarización laboral en las residencias médicas

La precarización laboral puede entenderse como una consecuencia directa de la reestructuración productiva. Se manifiesta en la flexibilización, los salarios bajos, la inestabilidad, la subcontratación y la amenaza permanente del desempleo, colocando a las personas trabajadoras en una situación de vulnerabilidad constante y sobreexplotación. Bajo esta lógica, la precarización en sí misma es una forma de abuso laboral, porque convierte la desprotección, la inseguridad y la pérdida de derechos en una costumbre que vulnera los derechos de las personas trabajadoras sistemáticamente (Antunes, 2000).

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en esquemas de precariedad laboral las personas trabajadoras enfrentan inseguridad, incertidumbre y falta de garantías. Se caracteriza por la presencia de contratos temporales o eventuales y bajos salarios (OIT, 1997). Preocupantemente, esta situación aumentó en México de 58.7% en 2005, a 75.5% en 2022 para el personal médico, y de 49 a 67.3% durante el mismo periodo, para el personal de enfermería (Nigenda *et al.*, 2025). Aunque el problema también abarca al sistema público, la expansión del sector privado sin regulación adecuada profundizó la precariedad del personal de la salud en general.

Aunque el presente Informe se centra en el sector público, a manera de contexto del fenómeno general de precarización del personal de salud, un caso paradigmático en México son los Consultorios Adyacentes a las Farmacias (CAF). Este modelo de negocios consiste en la provisión de servicios médicos ambulatorios a bajo costo, vinculados a cadenas de farmacias orientadas a la venta de medicamentos genéricos (Díaz *et al.*, 2017). El primer consultorio privado de este tipo en México abrió sus puertas en 1998 bajo la franquicia de Farmacias Similares. En 2025, la cadena se posicionó como la más grande en el rubro, contando con 8,639 consultorios en todo el país y un equipo médico integrado por 16,364 personas que ofrecieron servicios de atención bajo la figura de comodato, es decir,

mediante un préstamo que les permite hacer uso del consultorio de la farmacia sin que medie relación laboral alguna con la empresa. Actualmente, el número de consultorios de Farmacias Similares equivale a 41% de las unidades ambulatorias de las instituciones públicas (21 mil unidades) y 21% de la fuerza de trabajo que contratan las distintas unidades públicas de salud (78,999 médicas y médicos generales y familiares) (Díaz et al., 2017).

Esta forma de operar, en su versión comercial, no está alejada de la noción neoliberal del proceso de salud-enfermedad. Díaz et al. (2017) encontraron que entre 2014 y 2016, el personal médico reportaba una alta insatisfacción laboral relacionada con factores como la ausencia de contratos escritos, prestaciones laborales y acceso a capacitación. Aunque los CAF constituyen opciones para ejercer la profesión al personal médico en México, no garantizan un empleo digno. Además, este modelo de servicios de salud, estrechamente relacionado con las farmacias, privilegia los incentivos económicos vinculados a la prescripción de medicamentos, condicionando a una serie de intervenciones en un catálogo.

En este sentido, los CAF constituyen un ejemplo fehaciente de la precarización laboral que padece el personal de salud en México, así como una consecuencia directa del desmantelamiento del sector público durante el periodo neoliberal. Aunque este modelo mercantilista priva a las y los profesionales de un empleo digno y de derechos laborales básicos, la expansión de los CAF demuestra que se han convertido en una opción de atención para la población. En última instancia, estos consultorios representan una vía fáctica para acceder al derecho a la salud que las familias mexicanas eligen ante las carencias y la demanda que el Estado, institucionalmente, aún no ha logrado satisfacer.

Por otro lado, con la llegada del SARS-CoV-2 (COVID-19) a México, se reformuló la relación entre el sector salud y el personal médico. La emergencia sanitaria evidenció las consecuencias de un modelo de salud en crisis que durante los últimos cuarenta años había sido desmantelado gradualmente. También hizo evidente la

necesidad de contar con más personal especializado para que el Estado tuviera la posibilidad de atender a la población afectada, así como la urgencia de generar estrategias que garantizaran la estabilidad laboral de las personas trabajadoras del sector salud.

Entre 2020 y 2025 el número de plazas que se abrieron para las personas médicas residentes de primer año se duplicaron, pasando de 9,480 a 18,627 en instituciones como el IMSS, la Secretaría de Salud, el ISSSTE, PEMEX y diversas instituciones públicas y privadas (Presidencia de la República, 2025). Además, de las personas médicas residentes que concluyeron su programa académico, el IMSS contrató a 35,508 personas residentes entre 2019 y 2024. Esto permite identificar que un modelo de salud centrado en la atención de calidad a las y los pacientes, en gran medida depende del ambiente y seguridad que se provea al personal encargado de brindar la atención. En esta lógica, el Estado debe privilegiar la contratación de personal médico para poder brindar servicios a través de los hospitales del SNS.

Cuando esto no ocurre, el sector privado se convierte en una opción viable para el personal médico ya que ofrece espacios laborales que el Estado no puede asegurar, lo cual, representa una presión extra para los servicios de salud, ya que solo pueden acceder a estos servicios quienes cuentan con los recursos económicos suficientes (Nigenda *et al.*, 2025). En caso contrario, cuando crece la capacidad de contratación del Estado, el impacto es directo en la atención a la salud de la población. Existe mayor accesibilidad, atención médica asequible y disponibilidad de medicamentos gratuitos o a bajo costo (Colchero *et al.*, 2020).

3.4. Violencia de género en las residencias médicas

La violencia de género es una problemática grave dentro de la formación médica a nivel internacional. Desde que la medicina moderna se consolidó como una profesión dominada y estructurada por hombres hacia finales del siglo XIX y principios del XX (Brown, 2010; Adams, 2010). Elizabeth Blackwell fue la primera

mujer en obtener un título médica en Estados Unidos en 1849, mientras que Matilde Montoya se convirtió en la primera médica mexicana al egresar de la Escuela Nacional de Medicina en 1887. Entre ese año y 1940, se graduaron otras 151 mujeres en México. Durante ese periodo, las estudiantes de medicina enfrentaban numerosos obstáculos formales de carácter académico; por ejemplo, se les exigía contar con un tutor o representante legal que autorizara su participación en clases, especialmente si se trataba de cursos nocturnos (Rodríguez de Romo y Castañeda, 2015).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, hubo un incremento considerable a nivel mundial en la participación de las mujeres en estudios de medicina. Con ello, muchos obstáculos institucionales fueron eliminándose gradualmente (Rodríguez de Romo y Castañeda, 2015). Hoy en día, dichas restricciones ya no existen en las normativas de las instituciones educativas; sin embargo, aún persisten barreras informales que continúan limitando el desarrollo profesional de las mujeres en el campo médico.

En países como Canadá, las mujeres superaron en número a los hombres en las escuelas de medicina desde finales del siglo XX (Glauser, 2018). En México, en 1985, la matrícula de hombres era casi el doble que la de mujeres; para 1999 ambos grupos se equilibraron, y para 2018, las mujeres ya representaban el 57% del alumnado en esta carrera (Fernández *et al.*, 2024). De hecho, la paridad de género en la formación médica en México se alcanzó casi dos décadas antes que, en Estados Unidos, donde ocurrió hasta 2017 (Campillo *et al.*, 2021). Actualmente, las mujeres constituyen el 70% de las y los estudiantes de medicina en la UNAM, la institución con mayor matrícula médica del país (UNAM, 2024). Según datos de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), se mantiene una proporción equivalente de 7 mujeres por cada 10 estudiantes en entidades como Aguascalientes, San Luis Potosí, Estado de México, Puebla, Querétaro, Colima y Tlaxcala (Fernández *et al.*, 2024).

Como podemos ver, el aumento sostenido de las mujeres en la medicina ha sido notable. Esto llevó a pensar que una vez superado el umbral del 30% de representación de mujeres, desaparecería la discriminación por género en la educación médica. No obstante, esta predicción no se cumplió (McKinley et al., 2019). Todavía hoy, la formación médica reproduce estereotipos de género que afectan la percepción profesional de las mujeres, a quienes se sigue viendo como inferiores o como objetos sexuales, en lugar de colegas intelectuales (Castro y Erviti, 2015). Además, persiste la noción de que las mujeres no pertenecen al ámbito médico profesional (Smith, 2021), y la cultura hospitalaria sigue dando mayor legitimidad y prestigio a las expresiones de ciertas masculinidades misóginas (Villanueva, 2024).

Llama la atención que la participación de mujeres en la matrícula de residentes no ha aumentado de manera proporcional a lo que observamos en la carrera de medicina. El número de mujeres y hombres que estudian una especialidad en México se igualó hasta 2010, esto es, veinte años después que a nivel pregrado. A partir de entonces, la proporción de mujeres que estudian una especialidad médica ha fluctuado alrededor del 50%; en el ciclo 2022-2023 fue de 54.7% (Fernández et al., 2024). Este dato se corrobora con los informes anuales del IMSS, la principal institución receptora de personas médicas residentes. Tal diferencia entre el aumento del número de mujeres a nivel pregrado y posgrado representa un caso típico del fenómeno denominado “tubería con fugas” (leaky pipeline), que se refiere a la reducción progresiva de la participación de las mujeres en las diferentes etapas de sus carreras (Villanueva, 2025).

Sumado a lo anterior, existe una notoria división sexual del trabajo a nivel de especialidades médicas. De acuerdo con los datos disponibles más recientes, existe una mayoría de residentes mujeres en áreas como dermatología (78%), pediatría (73%), ginecología (72%), medicina familiar (69%), genética médica (69%) y rehabilitación (68%). Paralelamente, se observan porcentajes menores de mujeres

en especialidades como urología (10%), ortopedia (29%), medicina del deporte (31%) y cirugía general (36%) (Fernández et al., 2024).

Estas inequidades de género en la medicina han sido documentadas alrededor del mundo en las últimas tres décadas, con múltiples estudios que ofrecen evidencia de que, en todas las fases y niveles de la carrera médica, las mujeres aún sufren desproporcionadamente discriminación de género en comparación con sus pares varones (McKinley et al., 2019). Un metaanálisis de hace más de una década, que abarcó 51 estudios en distintos países, encontró que 49.8% de estudiantes de medicina de pregrado y el 66.6% de personas médicas residentes habían enfrentado discriminación de género, mientras que 33.3% y 36.2%, respectivamente, reportaron acoso sexual (Fnais et al., 2014). Otros estudios han identificado como formas de violencia la existencia de brechas educativas, comentarios sexistas o estereotipados, y acoso sexual, especialmente en especialidades quirúrgicas (Hinze, 2004).

La cuarta ola del feminismo también impactó en la visibilización de la violencia de género en el ámbito médico, incrementando notablemente la producción académica que abarcaba la violencia de género durante la formación médica. En una publicación de “The Lancet”, se afirmaba que el acoso sexual hacia mujeres en formación médica no ha disminuido en los últimos cincuenta años, lo que lleva a cuestionar si el movimiento “#MeToo” podría erradicar finalmente esta problemática (Minkina, 2019). En Estados Unidos, se ha reportado que las estudiantes de medicina tienen 220% más probabilidades de sufrir acoso por parte de docentes o personal hospitalario, en comparación con alumnas de otras disciplinas (ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas). Además, se estima que una de cada cinco médicas en formación ha experimentado acoso sexual tras el auge del *#MeToo* (Vargas et al., 2020).

En México, un estudio reveló que las estudiantes de medicina son frecuentemente víctimas de trato diferenciado por su género, en un contexto marcado por una

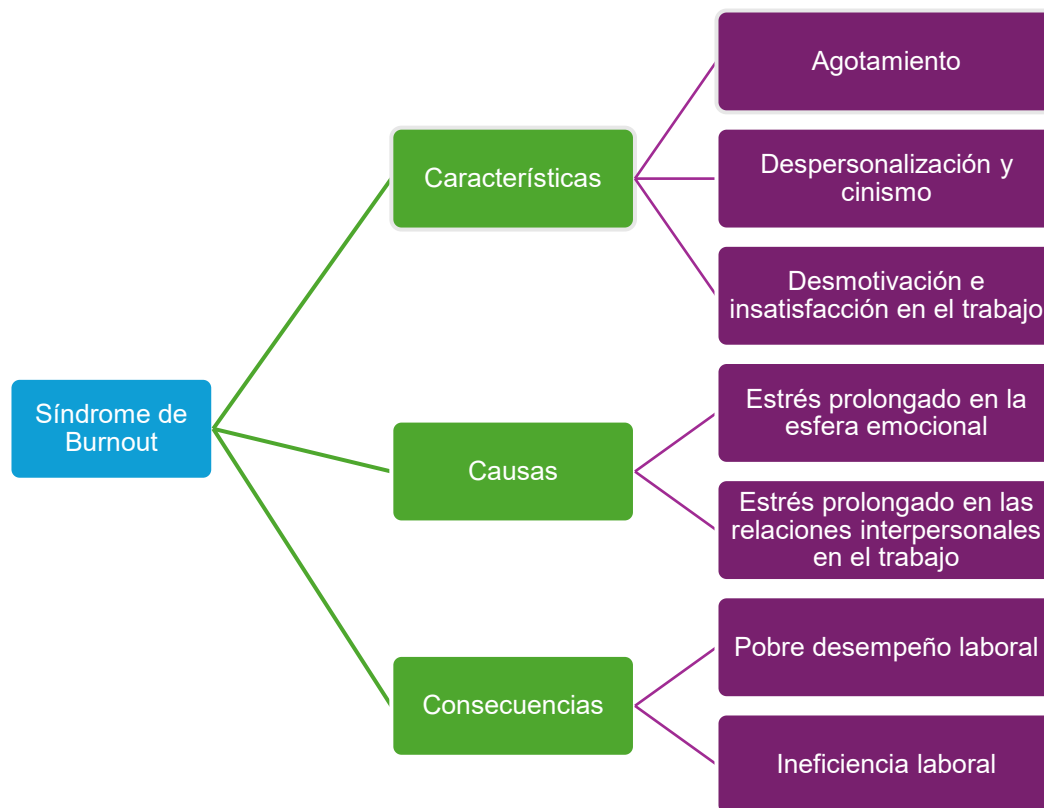
competencia masculina estereotipada que se traduce en intentos de "conquista", los cuales suelen derivar en experiencias de acoso por parte de profesores y médicos con mayor rango (Villanueva, 2019). Otro estudio de 2024 con médicos internos de pregrado de la Ciudad de México encontró una prevalencia de acoso sexual del 83%, mayoritariamente en mujeres. De acuerdo con este estudio, las modalidades más frecuentes fueron contacto físico no deseado (66.1%), miradas morbosas o gestos sugestivos (66.1%) y piropos o comentarios no deseados (57.6%) (Granados et al., 2024). Encontramos cifras muy parecidas en otra investigación publicada en 2025, basada en una encuesta difundida a través de comunidades virtuales de médicas en México (Mesa et al., 2025). Dicha investigación reporta una prevalencia de 82% de discriminación de género, que ha afectado el desarrollo profesional de 50% de las participantes del estudio, y 84% de acoso sexual, incluyendo comentarios sexuales (95%), miradas morbosas (88%), invitaciones sexuales no deseadas (56%) y tocamientos (50%). Asimismo, este estudio reporta que 78% de las personas agresoras fueron personal médico con mayor jerarquía.

El ambiente de trabajo – estudio en el que se desenvuelven las personas médicas residentes es sumamente importante para lograr los objetivos de formación en las unidades médicas receptoras. Ante ello, se ha observado que, como resultado de la insuficiencia de personal en las clínicas y hospitales del sector salud, así como privadas, la persona médica residente se ha convertido en una fuente de trabajo sumamente importante para garantizar los servicios de salud a la población. Sin embargo, la carga de trabajo y los ambientes laborales – educativos con presencia de violencia han generado diversas afectaciones a la calidad de vida de las personas médicas residentes.

3.5. Más allá del rendimiento: el impacto del agotamiento emocional en las personas médicas residentes

La psicología y la psiquiatría han estudiado el “Síndrome de Burnout” que afecta a diversos sectores de la población que se encuentra activa laboralmente. Maslach et. al. (2001) señalan que es producido por estrés crónico en el trabajo, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización, cinismo y sensación de ineffectividad profesional. Se relaciona con la inadecuada organización del trabajo, caracterizado por factores como la sobrecarga, falta de control, jornadas extenuantes, excesiva presión y estrés en el ámbito emocional y laboral (ver diagrama 3).

Diagrama 3. Elementos que conforman el Síndrome de Burnout



Fuente: elaboración propia con base en Graue et. al. (s.f.)

Curiosamente, este síndrome se presenta en mayor medida en personas jóvenes entre 30 y 40 años, que prestan algún servicio o realizan actividades de atención a otras personas, como personal médico, enfermería y personal de trabajo social. El síndrome comenzó a describirse entre el personal relacionado con la salud y se observó que afectaba principalmente a enfermeras, personas médicas residentes y tratante (Graue, et. al., 2007). Algunos rasgos de personalidad asociados son: baja autoestima, personalidades pasivas y rígidas con dificultades de adaptación al entorno; e individuos con altas expectativas de desarrollo (Graue et. al., 2007). Para Byung-Chul Han (2012) el “burnout” es un síntoma propio de la sociedad del rendimiento, donde el mandato “sé productivo, sé exitoso” se internaliza hasta la autoexplotación. El sujeto se convierte a la vez en amo y esclavo: se exige más de lo que cualquier organización “le pide” y se culpa si no alcanza los estándares, rompiendo sus propios límites físicos y mentales. Al respecto, vale la pena citar la siguiente definición:

[El burnout es] Un «vaciamiento de sí mismo» que viene provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por él o bien por los valores propios de la sociedad o la institución donde labora (Hernández, et. al., 2008, p. 12).

Además del estrés, existen otros elementos que inciden en el burnout:

El estrés se deriva de una responsabilidad que va, con frecuencia, más allá de sus capacidades para enfrentarla a la que se suman factores de incertidumbre en el futuro; dificultades económicas, relaciones familiares con poca tolerancia a los horarios de la residencia y el internado; incertidumbre de haber escogido la carrera correcta y competitividad profesional. A este estado de estrés con sobrecargas laborales e importantes responsabilidades se suma la frecuente privación del sueño por las horas de guardia a las que se ven frecuentemente sujetos (Graue et. al., 2007)

Para medirlo, en 1981 Maslach y Jackson elaboraron el MBI (Maslach Burnout Inventory), un instrumento que consiste en un interrogatorio de 22 enunciados:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar.
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8. Me siento “quemado” por mi trabajo.
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas (Graue, et. al, 2007).

Con base en las respuestas de la persona entrevistada se utiliza un sistema que gradúa y procesa las siguientes frecuencias:

0. Nunca
1. Una vez al mes o menos
2. Pocas veces al mes

3. Una vez por semana
4. Varias veces a la semana
5. Diariamente

Posteriormente, se realiza un procesamiento de suma de frecuencias con base en un criterio específico y se identifican tres dimensiones del síndrome: bajo, medio y alto, con base en los siguientes tres elementos: Agotamiento emocional, Despersonalización e Ineficiencia y realización personal (ver tabla 10).

Tabla 10. Criterios para la suma de frecuencias del MBI

Característica	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	< 18 puntos	19-26 puntos	> 27 puntos
Despersonalización	< 5 puntos	6-9 puntos	>10 puntos
Ineficiencia y realización personal	> 40 puntos	34-39 puntos	< 33 puntos

Fuente: Graue, et. al. (2007).

Diversos autores y autoras han encontrado que entre 12 y 34% de las personas médicas residentes padecen el síndrome de burnout (Palacios y Paz, 2019; Paredes y Sanabria, 2008) y que alrededor del 15% consume medicamentos psiquiátricos (Tinoco, et al., 2025).

Para hacer frente a este problema de salud, la CNDH retoma diversas estrategias de autocuidado que las personas pueden realizar para mantener su bienestar:

- Reconocer sus propios límites y ser conscientes de cuándo es necesario tomarse un descanso o reducir la carga de trabajo.
- Programar periodos regulares de descanso entre intervenciones para desconectarse emocionalmente.

- Recibir orientación sobre cómo manejar las emociones que surgen en la intervención. Además, contar con apoyo entre colegas crea un entorno de trabajo más saludable y cooperativo.
- Implementar redes de apoyo entre colegas ayuda a disminuir el aislamiento que a menudo experimentan las personas en trabajos emocionalmente exigentes.
- Desconectarse emocionalmente de su trabajo para evitar la acumulación de estrés y la fatiga. Esto implica tener tiempo para sí mismas, para realizar actividades que les permitan descansar mentalmente y disfrutar de la vida fuera del trabajo.
- Realizar actividades que brinden satisfacción personal, como leer, pintar, ver películas o disfrutar de la naturaleza, puede ser una excelente forma de relajarse.
- Pasar tiempo con su familia o seres queridos ayuda a restablecer un sentido de conexión y apoyo emocional (CNDH, 2024b, p. 15-16).

La presencia del Síndrome de Burnout está determinada por dos elementos principales: 1) la personalidad de la persona trabajadora y 2) la organización o institución donde trabaja (Hernández-Vargas, 2008, p. 12). El MBI puede ser una herramienta para identificar, además del síndrome, factores que propician su desarrollo entre las personas médicas residentes, que podría considerarse para el diseño de políticas y programas encaminados a mejorar la calidad de vida del personal y elevar la calidad de los servicios de salud en México. También podría aplicarse cotidiana y aleatoriamente en unidades receptoras de las personas médicas residentes para conocer el estado actual en el que realizan sus actividades laborales y académicas.

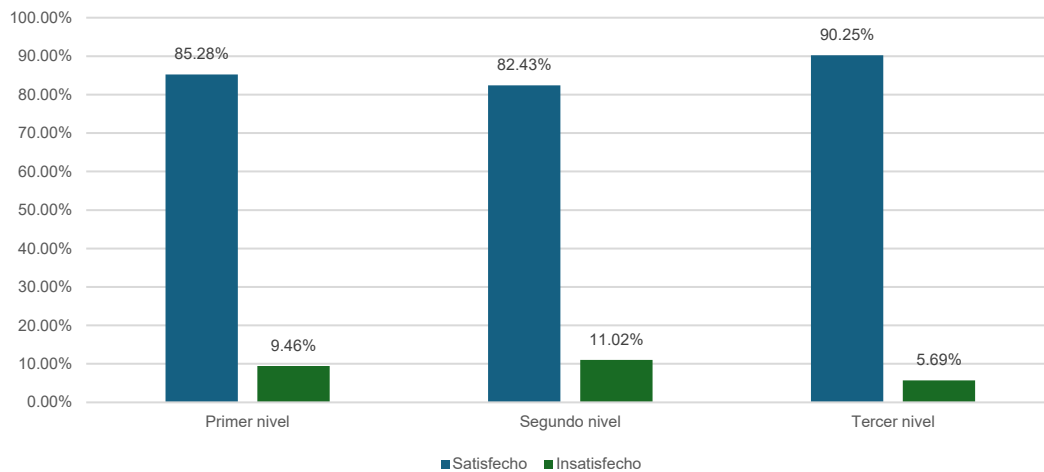
3.6. La calidad en los servicios de salud en México

Las actividades académicas y laborales que realizan las personas médicas residentes en las unidades médicas receptoras tienen un impacto directo en la calidad de los servicios de salud, tanto en clínicas y hospitales públicos como privados. Es medida por tres instituciones principales, cada una de ellas cuenta con un sistema específico que mide nivel de satisfacción de la población respecto a los servicios recibidos, satisfacción sobre estudios y medicamentos, así como atención brindada por el personal de salud.

Una de ellas es el IMSS, que en 2024 hizo públicos los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de la Atención del Servicio de Salud, que tiene como objetivo “conocer las opiniones y percepciones que las personas usuarias tienen sobre la calidad de los servicios de salud que reciben en las Unidades Médicas de los tres niveles de atención del IMSS” (IMSS, 2024c). El instrumento fue aplicado a 18,507 personas mayores de 18 años, al exterior de 370 unidades médicas de las regiones Norte, Centro, Occidente y Sureste: 10,003 de primer nivel; 3,668 de segundo nivel; 2,859 de tercer nivel, y; 1,977 microzonas, obteniendo 16,530 encuestas efectivas (IMSS, 2024c).

Los resultados arrojaron que 85.99% de la población derechohabiente del IMSS, a nivel nacional estaba satisfecha con la atención médica proporcionada, mientras que el 14.01% respondió estar insatisfecha. Las clínicas de tercer nivel presentan el porcentaje más alto de satisfacción de la población derechohabiente, con un 90.25%, las clínicas de segundo nivel un 82.43% y las de primer nivel 85.28% de satisfacción. Por otro lado, la población manifestó estar insatisfecha con la atención médica proporcionada por el IMSS con 5.69% para clínicas de tercer nivel; 11.02% para clínicas de segundo nivel y 9.46% para clínicas de primer nivel (IMSS, 2024d) (ver gráfica 13).

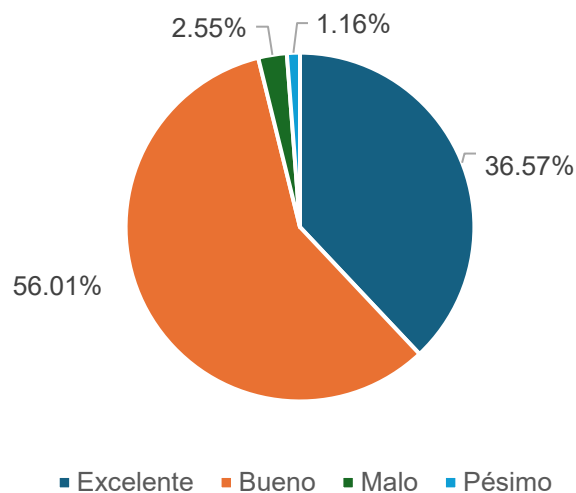
Gráfica 13. Satisfacción con la atención médica del IMSS



Fuente: elaboración propia con datos de IMSS (2024d).

Por otro lado, respecto a la satisfacción del trato recibido por el personal del IMSS el 36.57% respondió que el trato fue excelente; 56.01% que el trato recibido en su consulta fue bueno; 2.55% malo y 1.16% pésimo (ver gráfica 14).

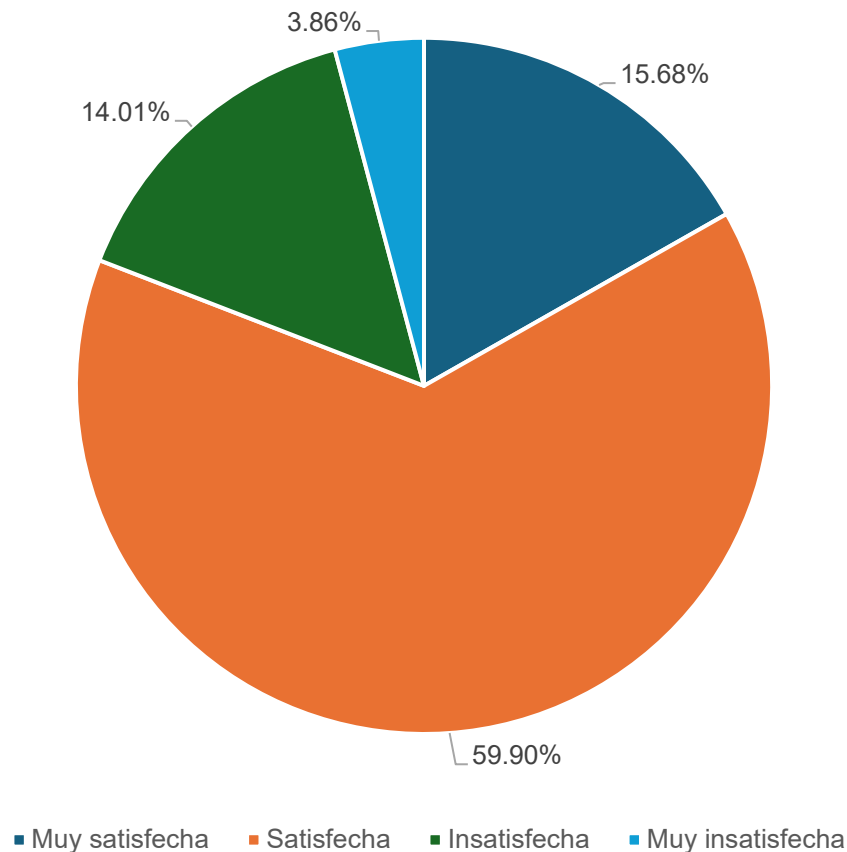
Gráfica 14. Satisfacción por el trato del personal del IMSS



Fuente: elaboración propia con datos de IMSS (2024d).

Respecto a la satisfacción por el tiempo de espera a nivel nacional, es decir, desde que se genera la cita y hasta que el personal médico brinda la atención en los hospitales de segundo y tercer nivel, la población encuestada respondió estar muy satisfecha con el 15.68%; satisfecha con el 59.90%; insatisfecha con el 14.01%, y; muy insatisfecha con el 3.86% (IMSS, 2024d). No se presentan datos relacionados con los hospitales de primer nivel (ver gráfica 15).

Gráfica 15. Satisfacción por el tiempo en espera a nivel nacional en el IMSS



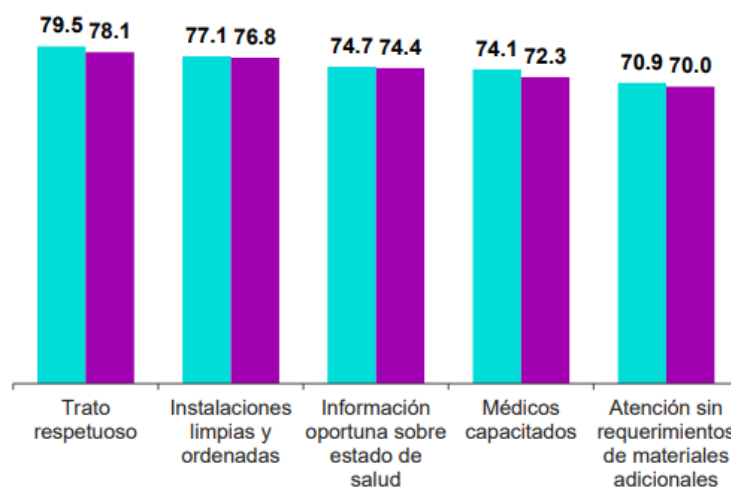
Fuente: elaboración propia con datos de IMSS (2024d).

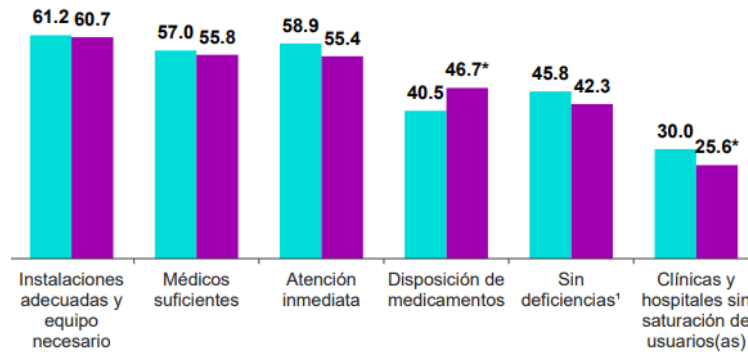
Por su parte, la Secretaría de Salud de Gobierno de México, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, realiza la Encuesta de Satisfacción, Trato

Adecuado y Digno, mediante la cual aplica dos monitoreos (ciudadano e institucional) con el objetivo de conocer el nivel de satisfacción de las personas usuarias de servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias en los hospitales. De acuerdo con el Informe Anual 2024, la Secretaría de Salud realizó el monitoreo institucional en 9,670 establecimientos de salud y el monitoreo ciudadano en 8,912 establecimientos de salud, arrojando una media de satisfacción de las personas usuarias por arriba del 90%. Asimismo, respecto a la satisfacción de la calidad percibida por las personas usuarias de los servicios de salud el porcentaje nacional se ubica en 80.82% (Secretaría de Salud, 2024c, p. 34).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) 2023 de INEGI, la población usuaria de los servicios de salud del ISSSTE respondió estar satisfecha en un 49.3%, presentando una reducción de 2.5% respecto a 2021 (INEGI, 2024a, p. 64). En términos generales los resultados de la ENCIG reflejan una reducción (aunque mínima) en diversos rubros de los servicios de salud (ver gráfica 16).

Gráfica 16. Características del servicio de salud en el ISSSTE (porcentaje)

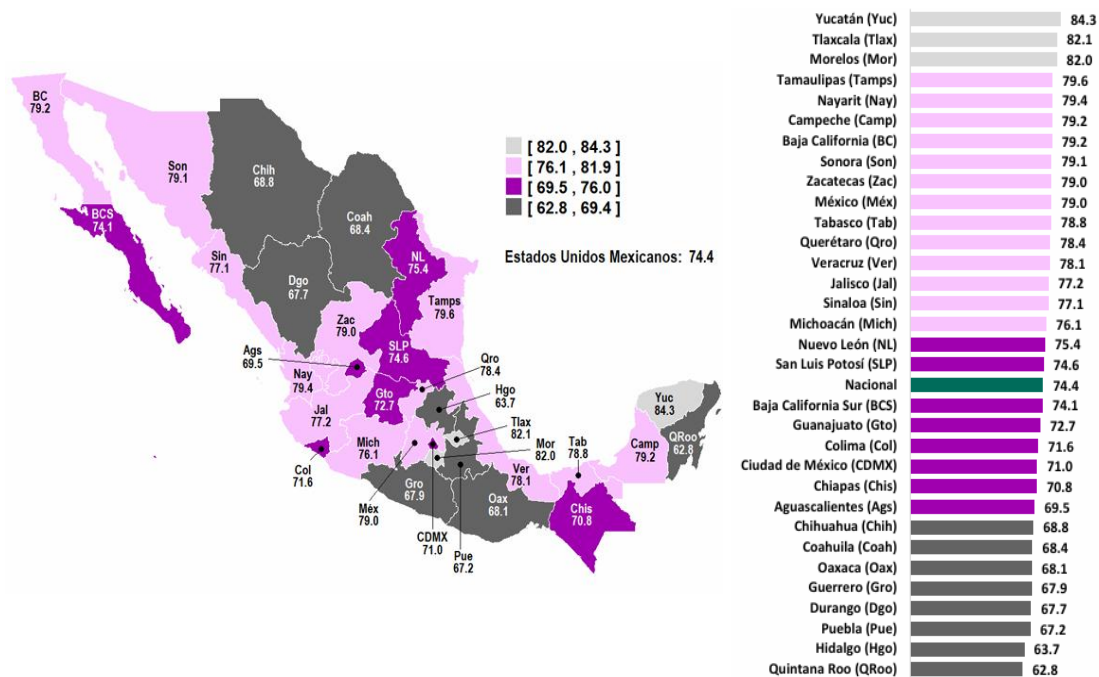




Fuente: INEGI (2024a).

Además, la población que accedió a los servicios de salud del ISSSTE en 2023, señaló haber recibido información oportuna sobre su estado de salud en un 74.4% a nivel nacional, frente a entidades como Yucatán con el 84.3% (el porcentaje más alto) y Quintana Roo con el 62.8% (ver gráfica 17).

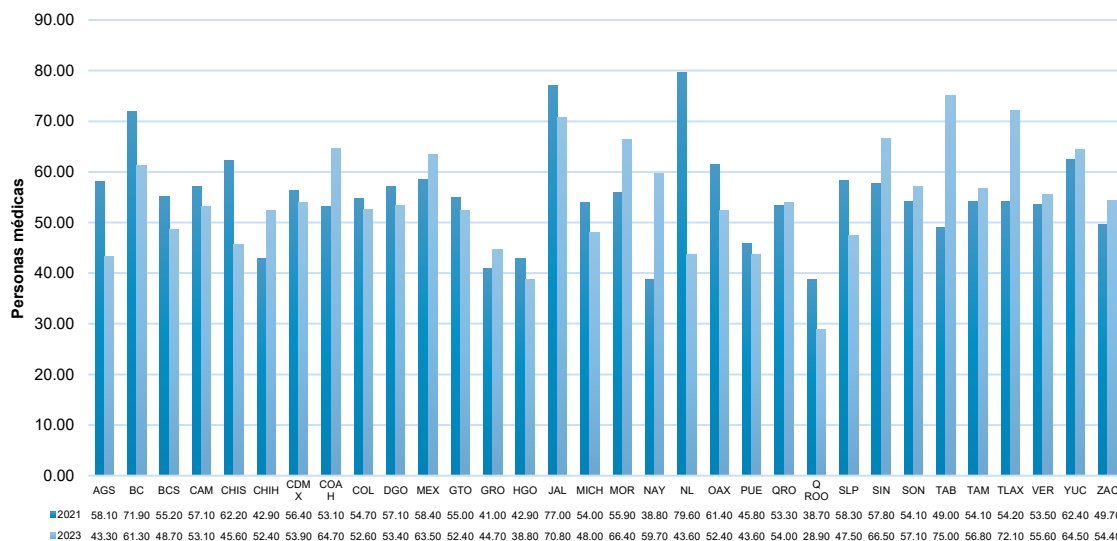
Gráfica 17. Información oportuna a nivel estatal (porcentaje)



Fuente: INEGI (2024a, p. 71).

Adicionalmente, la población atendida durante 2023 en los hospitales del ISSSTE considera que existe personal médico suficiente en un 55.8%, el cual experimentó una reducción respecto con relación a 2021 (INEGI, 2024a, p. 82). La gráfica muestra 22 entidades federativas cuyo porcentaje está por arriba del 50%, sin embargo, las diez entidades restantes como Baja California Sur, Michoacán, San Luis Potosí, Chiapas, Guerrero, Puebla, Nuevo León y Aguascalientes se ubican en porcentajes inferiores al 50% pero superiores a 40%. Resaltan los casos de Hidalgo y Quintana Roo con un porcentaje de 38.80% y 28.90%, respectivamente (ver gráfica 18).

Gráfica 18. Suficiencia de personal médico en hospitales del ISSSTE según la población atendida (porcentaje)

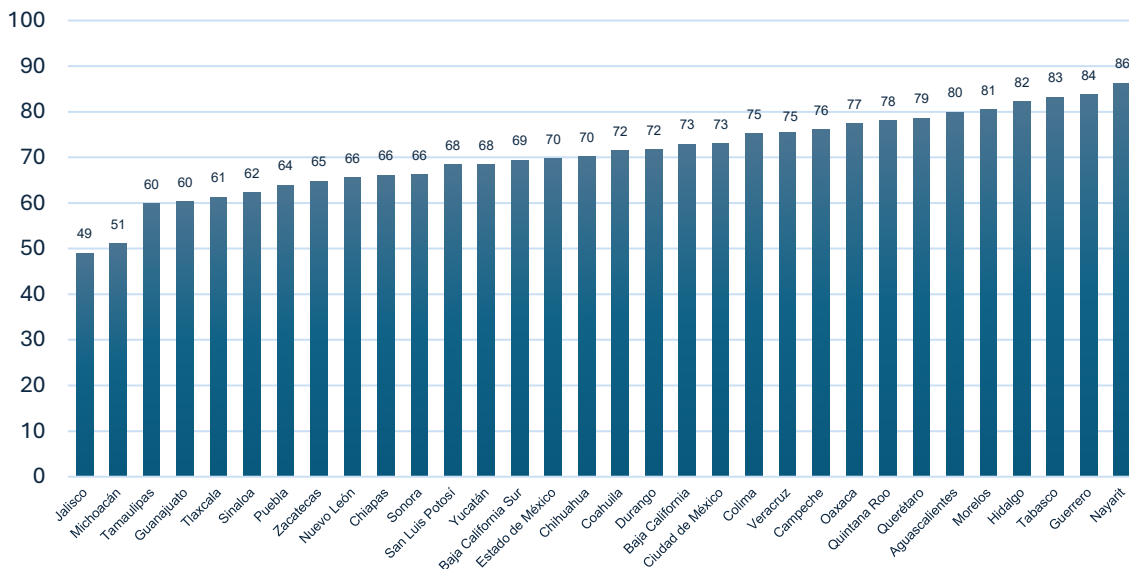


Fuente: elaboración propia con base en INEGI (2024a, p. 81).

La ENCIG (INEGI, 2024a) también arrojó datos sobre saturación de personas usuarias en las clínicas y hospitales del ISSSTE, con un 74.4% nacional que considera que existe saturación. Este dato se vuelve relevante al contrastar con la tabla anterior sobre suficiencia de personal médico, sugiriendo la existencia de hospitales con gran cantidad de pacientes y personal insuficiente. Esto, podría

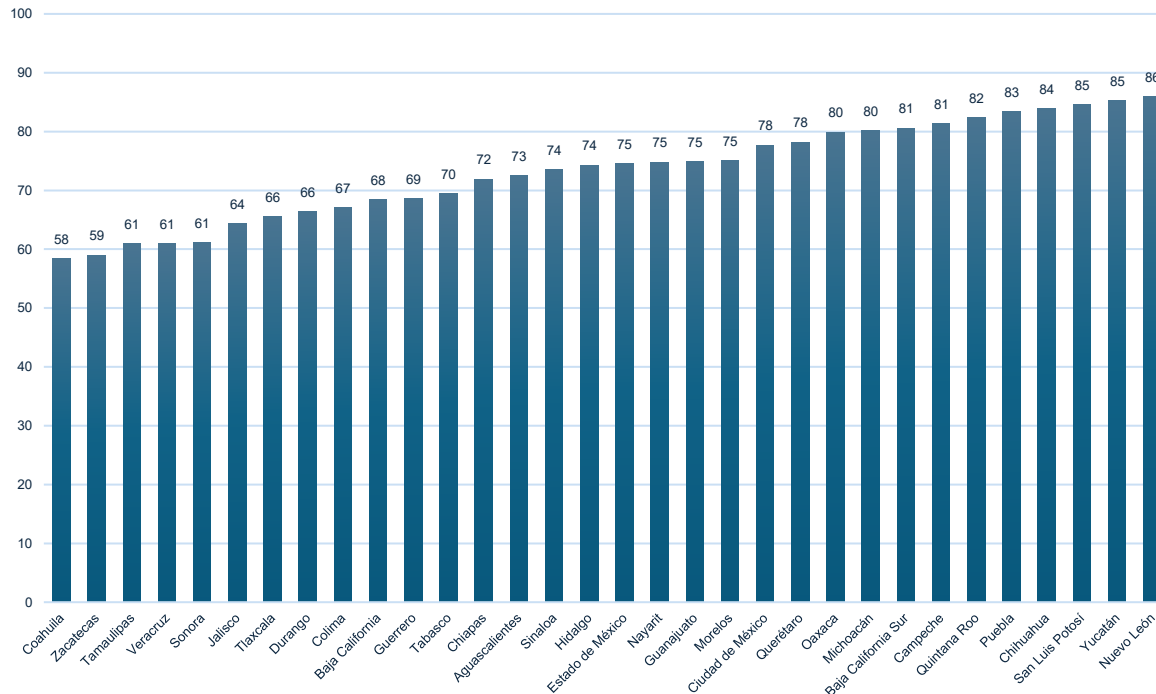
impactar en la calidad de los servicios que el Instituto brinda a la población, y aplicarse como un indicador para el análisis de la calidad de los servicios que son proporcionados también por la Secretaría de Salud, IMSS, IMSS Bienestar, PEMEX, entre otros. A nivel estatal, el porcentaje respecto a saturación de clínicas y hospitales del ISSSTE se ubica por arriba del 49% en 2021 y 58% en 2023, con un incremento notable en Nuevo León, que pasó de 65.60% en 2021 a 85.90% en 2023 (ver gráficas 19 y 20).

Gráfica 19. Saturación en clínicas y hospitales del ISSSTE según la población atendida en 2021 (porcentaje)



Fuente: elaboración propia con base en INEGI (2024, p. 83).

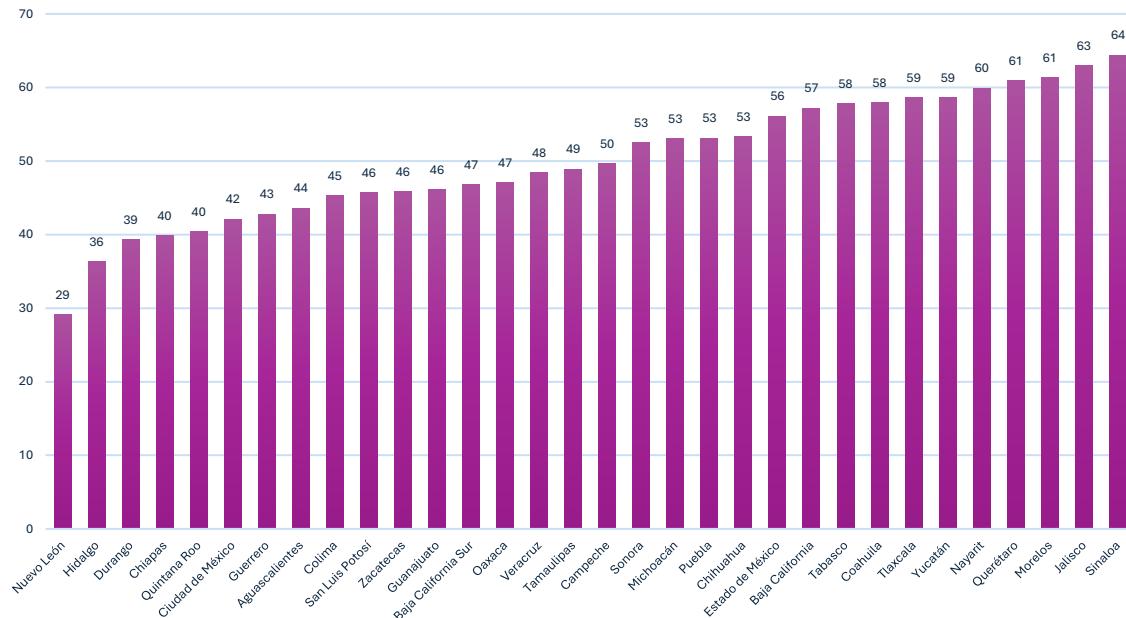
**Gráfica 20. Saturación en clínicas y hospitales del
ISSSTE según la población atendida en 2023 (porcentaje)**



Fuente: elaboración propia con base en INEGI (2024a, p. 83).

Asimismo, como resultado de la ENCIG 2024 se identificó que en 2023 la población usuaria estaba satisfecha en un 49.3% con los servicios brindados por las clínicas y hospitales del ISSSTE. A nivel estatal el porcentaje más alto de satisfacción corresponde a Sinaloa con el 64%, mientras que el más bajo corresponde a Nuevo León con el 29% (ver gráfica 21).

**Gráfica 21. Porcentaje de satisfacción de la población usuaria con
el servicio de salud del ISSSTE en 2023**



Fuente: elaboración propia con base en INEGI (2024a, p. 91).

Los datos anteriores ofrecen un panorama general que permite identificar posibles áreas de oportunidad y mejora en las instituciones encargadas de brindar los servicios públicos de salud a la población. Se observa una correlación entre los siguientes factores:

- Porcentaje de personas que consideran que existe saturación de personas usuarias en las clínicas y hospitales del ISSSTE.
- Porcentaje de personas que consideran que existe suficiente personal médico en las clínicas y hospitales del ISSSTE.

Estos casos revelan la necesidad de ampliar la capacidad instalada en infraestructura y de atención del instituto, lo cual, implica la contratación de más

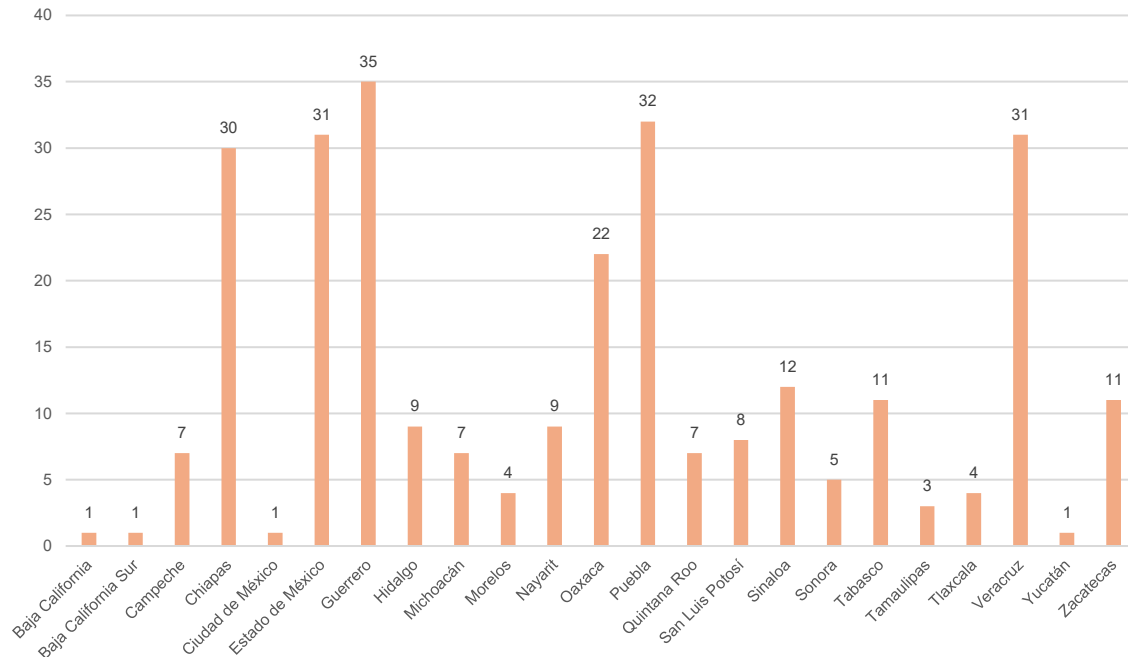
personal médico distribuido en las entidades federativas, así como la construcción o rehabilitación de nuevas clínicas y hospitales de los tres niveles.

Frente a este escenario el 5 de noviembre de 2024 el Gobierno de México presentó el Programa de Trabajo del Sector Salud 2024-2030 que tiene como principales metas las siguientes:

1. Priorizar la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la vacunación a lo largo de la vida.
2. Aumentar la calidad de la atención médica y reducir los tiempos de espera.
3. Fortalecer al IMSS Bienestar para atender a la población sin seguridad social.
4. Garantizar que todas las clínicas y hospitales cuenten con medicamentos, insumos y el equipamiento para atender plenamente a la población.
5. Modernizar e integrar al sector salud para que todas las personas puedan recibir atención en cualquier unidad del sector público (Secretaría de Salud, 2024b).

Para lograrlo, el sector salud plantea la formación y contratación de personal para operar a plena capacidad hospitales y clínicas, crear la estrategia denominada Médicos y Médicas del Bienestar, concluir el rescate de la infraestructura abandonada y mejorar la existente y la construcción de unidades de salud para reducir los traslados de la población, entre otras cosas acciones (Secretaría de Salud, 2024). A través de los Médicos y Médicas del Bienestar se plantea asegurar el funcionamiento de 282 hospitales ubicados en zonas rurales, marginadas, vulnerables o remotas en 23 entidades federativas (ver gráfica 22). Se señaló que el personal percibirá salarios entre 39 y 43 mil pesos, bono mensual de 16 mil pesos, apoyo para hospedaje, alimentación y transporte, así como acceso a una maestría gratuita en el Instituto Nacional de Salud Pública (Secretaría de Salud, 2024b).

**Gráfica 22. Hospitales con Médicas y Médicos
del Bienestar por entidad federativa 2024**



Fuente: elaboración propia con datos de Secretaría de Salud (2024b).

Asimismo, el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, como rector de la planeación, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura y el equipamiento médico de la Secretaría de Salud, tiene como objetivos:

- Orientar la toma de decisiones de las autoridades con relación al desarrollo de infraestructura física.
- Definir la infraestructura necesaria para satisfacer la demanda de servicios de salud, mediante una red nacional de cobertura real y virtual para todo el territorio nacional, con una visión de 10 a 15 años.
- Aportar propuestas y recomendaciones para la optimización y fortalecimiento de la infraestructura institucional existente.

- Identificar los criterios necesarios para priorizar los requerimientos de infraestructura física en función del perfil de salud de la población y el porcentaje de cobertura, entre otros.
- Promover la coordinación y suma de recursos y esfuerzos evitando duplicidad e ineficiencias en una perspectiva de colaboración sectorial (Secretaría de Salud, 2026).

Hasta diciembre de 2025, existía un registro de 113 acciones de infraestructura, que corresponden a sustitución, ampliación, fortalecimiento y equipamiento de hospitales (ver tabla 11).

Tabla 11. Acciones de infraestructura en salud (diciembre de 2025)

Unidad Médica	Acción				
	Sustitución	Ampliación	Fortalecimiento	Equipamiento	Total
Hospital Especializado	0	1	0	2	3
Hospital Federal de Referencia	2	0	0	32	34
Hospital Regional de Alta Especialidad	0	1	0	13	14
Instituto Nacional de Salud	1	6	1	54	62
Total	3	8	1	101	113

Fuente: Secretaría de Salud (2025).

Se observan avances en el sistema de salud nacional como desarrollo de infraestructura, contratación de más personal médico y su distribución en los estados de la República, así como metas enfocadas en elevar el nivel de la calidad del sector a nivel nacional, sin embargo, como señala Santacruz, et. al. (2025) se requieren acciones para fortalecer la organización y regulación de los servicios, el

financiamiento y la formación de personal, para desarrollar un sistema de salud equitativo, con acceso y cobertura para todas las personas. También es importante no dejar fuera de las estrategias de mejora a las personas médicas residentes, que por las actividades que realizan y el número de médicas y médicos residentes a cargo de la salud de la población, se convierten en un factor clave y determinante de las metas planteadas por el Gobierno Federal para 2030.

4. Observaciones. Un análisis de los esfuerzos institucionales para garantizar los derechos a la educación, la salud y el trabajo de las personas médicas residentes

Este apartado ofrece un panorama general de las acciones implementadas en el sector público para atender las denuncias de presuntas violaciones a los derechos humanos de las personas médicas residentes. Destacan el Programa Institucional para la Mejora de los Ambientes Académicos del IMSS, el Sistema de Quejas y Accidentes Laborales (SIQAL) de la STPS y la Campaña contra el Hostigamiento y Acoso sexual y laboral dentro de las instituciones de salud, de la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno.

Para atender situaciones de hostigamiento, acoso laboral y sexual en contra de las personas médicas residentes, las instituciones del Gobierno de México han implementado medidas para dar atención a las problemáticas. Generalmente, los canales de denuncia al interior de las unidades médicas receptoras involucran al Órgano Interno de Control (OIC), el Comité de Ética o, en su caso, el Comité de Igualdad y No Discriminación, en caso de que la unidad receptora lo haya constituido. Estas instancias se encargan de analizar e investigar posibles faltas al código de ética, a las reglas de integridad y al código de conducta de las instituciones. Los comités determinan observaciones, conclusiones y, si fuera el caso, responsabilidades administrativas, con la facultad de dar vista al OIC. En el caso del IMSS, a través de la División de Formación de Recursos Humanos para la Salud de la Coordinación de Educación en Salud, realiza visitas de inspección a unidades médicas receptoras que presentan problemáticas de violencia, generando recomendaciones y acciones con la intención de propiciar ambientes académicos favorables (IMSS, 2025d).

4.1. Programa Institucional para la Mejora de los Ambientes Académicos del IMSS

El Programa Institucional para la Mejora de los Ambientes Académicos del IMSS reconoce la existencia de “prácticas educativas que desfavorecen los ambientes académicos” con mayor presencia en estudiantes de áreas de la salud que en cualquier otra área de conocimiento (IMSS, 2025d, p. 6).

El programa tiene como objetivo general:

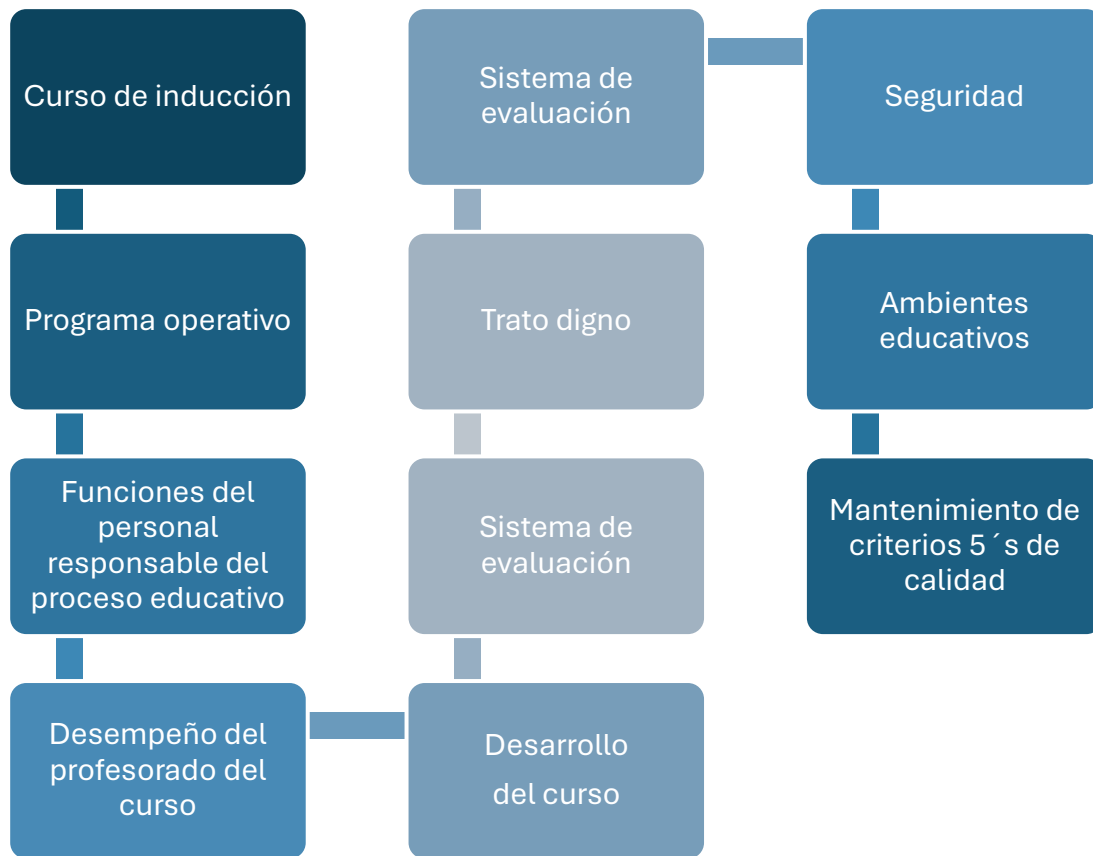
“Proporcionar una guía metodológica de referencia para la aplicación de estrategias estandarizadas y sistematizadas, que permitan construir una cultura Institucional que promueva las mejores prácticas educativas, mejore los ambientes académicos y promueva la salud mental de los alumnos que participan en los procesos educativos que se desarrollan en el Instituto Mexicano del Seguro Social” (IMSS, 2025d, p. 8).

Asimismo, se plantea objetivos específicos enfocados en cuatro principales aspectos:

1. Evaluación situacional de los ambientes académicos.
2. Establecimiento de un sistema para la gestión de necesidades prioritarias.
3. Implementación de un sistema permanente de estrategias de sensibilización y promoción de ambientes académicos saludables y de la salud mental de las y los alumnos.
4. Evaluación del impacto de las estrategias implementadas con relación a la evaluación previa del estado de ambientes académicos (IMSS, 2025d).

El programa plantea una ruta metodológica de gestión y atención a casos de violencia en contra del personal médico en formación que parte de la evaluación situacional. Esta etapa consiste en la aplicación de cuestionarios en línea que son habilitados a través del portal de la Coordinación de Educación en Salud (CES), en función de un calendario que es enviado, junto con las contraseñas de acceso, a las personas médicas residentes y demás en proceso de formación.

Esta encuesta evalúa los siguientes temas:



Fuente: IMSS (2025d, p. 14).

Asimismo, abarca cinco dimensiones para evaluar los ambientes académicos:

Curricular	• Evalúa el contenido, diseño y estructura del plan de estudios, asegurando que las actividades académicas sean inclusivas, relevantes y alineadas con las necesidades actuales
Física	Analiza las condiciones del entorno físico en los espacios educativos, garantizando seguridad, accesibilidad y comodidad para las y los estudiantes.
Social	Promueve relaciones interpersonales saludables y fomenta un entorno inclusivo que facilite el aprendizaje colaborativo.
Psicológica	• Evalúa el bienestar emocional y mental de las y los estudiantes, proporcionando estrategias y recursos para su manejo eficaz.
Organizacional	Se centra en los procesos administrativos y de gestión que impactan la calidad educativa y el bienestar general de las y los estudiantes.

Fuente: IMSS (2025d).

Utilizando un semáforo se realiza la interpretación de los resultados del instrumento aplicado al personal en formación con base en tres parámetros:

Descripción de la Semaforización para emisión de la evaluación de ambientes educativos		
Porcentaje	Semaforización	Interpretación
0 – 33%		El curso/sede/OOAD/UMAE no ha tomado decisiones enfocadas a atender la convivencia ni realiza prácticas que favorecen el buen trato, la participación y la corresponsabilidad, así como la inclusión de todos los alumnos. Hay poca o nula atención a la prevención de conductas de riesgo debido a que los agentes no trabajan de forma coordinada.
34 – 66%		El curso/sede/OOAD/UMAE atiende de manera desigual algunas de las áreas evaluadas en este instrumento como el buen trato, la participación y corresponsabilidad. O bien mantiene todas las áreas con resultados en niveles medios y bajos.
67- 100%		El curso/sede/OOAD/UMAE ha tomado de manera constante decisiones relativas a atender la convivencia y realiza prácticas que favorecen el buen trato, la participación y la corresponsabilidad, así como la inclusión de todos los alumnos. Hay una fuerte atención a la prevención de conductas de riesgo gracias a la actuación de la comunidad educativa en su conjunto.

Fuente: IMSS (2025d, p. 15).

Una vez implementado y evaluados los resultados del instrumento, se diseña e implementa el Plan de atención y seguimiento para la mejora de los ambientes académicos y el fomento a la salud mental de las y los alumnos. Este consiste en una planeación multidisciplinaria con participación de todas las áreas involucradas para ejecutar, entre otras cosas, actividades de capacitación, difusión, monitorización y supervisión para identificar el impacto en los ambientes educativos y salud mental (IMSS, 2025d).

La etapa posterior de sensibilización y promoción consiste en una oferta de cursos presenciales y a distancia con la intención de mejorar los ambientes académicos y la salud mental de las personas médicas en formación. Se considera la etapa principal del programa que, según el IMSS, mediante la participación de funcionarias y funcionarios, personal docente y personal médico en formación se

genera un cambio de paradigma que beneficia a los ambientes académicos (IMSS, 2025d). Asimismo, en esta etapa se lleva a cabo la difusión de materiales gráficos para difundir en redes sociales del IMSS y mediante correo electrónico. También se llevan a cabo conversatorios mensuales, así como cursos de capacitación y formación continua, que también forma parte del Programa nacional anual de difusión y capacitación sobre temas de mejora de ambientes académicos y fomento a la salud mental.

Respecto a la atención, seguimiento y resolución de casos (notificados) se genera un informe donde se identifican patrones y tendencias que funcionan como herramientas para establecer estrategias que eviten la recurrencia de los casos, priorizando ocho temas:

1. Hostigamiento
2. Acoso
3. Maltrato
4. Discriminación
5. Violencia
6. Incumplimiento de programas operativos y académicos
7. Afectación a la salud mental del personal médico en formación
8. Pérdida de factibilidad de sede

En esta etapa del programa funcionan como fuentes de información las notificaciones recibidas vía correo electrónico o las vías institucionales determinadas por el Instituto, así como los expedientes de seguimiento a casos. En estos casos, el IMSS plantea el siguiente proceso (ver tabla 12).

Tabla 12. Atención a casos en el IMSS

Situación notificada	Acciones mínimas	Frecuencia del seguimiento	Criterios de conclusión
Hostigamiento, Acoso, Maltrato, Discriminación, Violencia	Gestión de intervenciones que favorezcan la protección a la presunta víctima (de acuerdo con el caso específico, incluyendo la separación inmediata del presunto agresor, sin afectación a la continuidad de su proceso formativo). Solicitud de informe pormenorizado de la situación. Indicación de acciones a seguir de acuerdo con el caso y marco normativo aplicable. Establecimiento de parámetros de seguimiento y supervisión. Notificación por las autoridades locales a la instancia normativa facultada para la investigación correspondiente (Dirección Jurídica/Órgano interno de Control del IMSS/ Comité de Ética, según corresponda).	Inmediato y semanal hasta el cierre del caso.	Ante comprobación de responsabilidad, separación del cargo docente o del programa formativo que se cursa. En su defecto, aplicación de medidas de protección (separación) y apoyo a la víctima (incluyendo la derivación para la atención a su salud física y mental como derechohabiente del Instituto). Gestión legal interna y externa.
Incumplimiento de programas académicos y operativos. Pérdida de factibilidad de sede.	Supervisión del cumplimiento al programa operativo del curso. Supervisión de la factibilidad de sede y gestión de los recursos humanos, de infraestructura y equipamiento para el desarrollo óptimo del proceso educativo.	Inmediato y semanal hasta el cierre del caso	Resolución de las deficiencias identificadas en la supervisión. En su defecto, replanteamiento de sede/docentes.
Afectación a la salud mental de las y los alumnos.	Envío para atención inmediata por servicio de psicología y psiquiatría Institucional como derechohabiente del Instituto. En caso de aplicar, solicitud de evaluación del entorno por SPPSTIMSS.	Inmediato y quincenal hasta el cierre del caso	Alta por psicología o psiquiatría, ya sea por mejoría, por máximo beneficio o voluntaria, en estos últimos dos casos puede ser necesario dictamen de aptitud (en caso de aplicar)

Fuente: IMSS (2025d, p. 32-33).

Con base en los casos notificados, registrados y atendidos se realiza un análisis para establecer patrones y tendencias con la intención de generar estrategias de atención y evitar nuevos casos. El programa tiene a disposición el enlace

electrónico https://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/que-hacer-en-caso-de/ mismo que, a la fecha, se encuentra inhabilitado.

Una vez concluida la implementación del plan de atención, se realiza la evaluación del impacto de las estrategias llevadas a cabo con base en indicadores de proceso y de impacto:



Fuente: IMSS (2025d, p. 37).

A través del portal de la Coordinación de Educación en Salud, en 2022, se dio seguimiento a 433 casos referentes a la falta de apego al programa educativo, acoso u hostigamiento sexual o laboral, riesgo suicida y salud mental (IMSS, 2023). Durante el periodo de julio a diciembre de 2023, se atendieron 328 casos (IMSS, 2024), y de enero a julio de 2024, se reportaron 383 casos (IMSS, 2025b). Aunque se trata de denuncias que corresponden al conjunto de estudiantes en formación que incluye varias carreras (medicina y enfermería) y distintos grados (servicio social, internado, residentes), las cifras son indicativas de un problema persistente en el IMSS. A manera de comparación, las cifras reportadas en un semestre superan a las denuncias atendidas por la Sexta Visitaduría General de la CNDH.

Asimismo, los Informes de Labores y Programa de Actividades del IMSS (2024b y 2025b) muestran que el Instituto realiza diversas acciones para atender la problemática. Entre estas se encuentran: campañas de comunicación, a través de la difusión de avisos institucionales y mensajes en redes sociales de sensibilización en contra de la violencia contra las mujeres, de la violencia y acoso en el mundo del trabajo, así como de prevención de conductas de hostigamiento y acoso sexual; convenios para atender casos de hostigamiento sexual; la adopción de protocolos con el objetivo de establecer las acciones para la prevención, atención y eliminación de la violencia y acoso en el mundo del trabajo del Instituto, con enfoque de derechos humanos. La realización de talleres y cursos para el personal que abordan estas temáticas, así como actividades de sensibilización de los conceptos de acoso y hostigamiento sexual o laboral y el seguimiento correspondiente para la atención focalizada.

4.2. Canales para presentar denuncias

El ISSSTE ha habilitado varias vías de atención confidencial para garantizar apoyo emocional, algunas son el correo electrónico: saludmental@issste.gob.mx; la línea de WhatsApp: 55 1926 0953 y el número nacional: 800 911 2000. Al respecto, Rubí Sánchez, Jefa de Gestión, Enseñanza, Calidad y Evaluación en Salud de esta institución, sostuvo:

Además, quienes lo necesiten pueden acceder a atención psicológica en el área de medicina preventiva o en consultorios especializados. Lo importante es que lo digan, que lo expresen y que se frene a tiempo (Corona, 2025).

También existen canales de denuncia externos, es decir, ventanillas para quejas o denuncias de hechos cometidos por servidoras y servidores públicos de todos los niveles de gobierno, incluyendo al personal del sector salud. Por ejemplo, el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDE), <https://sidec.buengobierno.gob.mx/>, una plataforma creada por la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno para la denuncia de actos de corrupción, faltas administrativas, y otros ilícitos cometidos

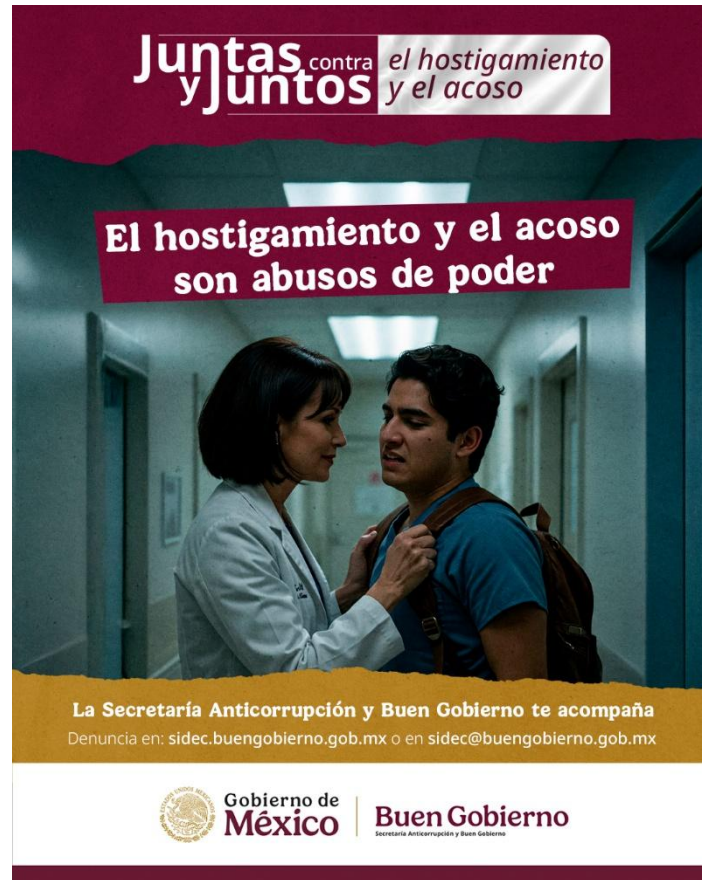
por personas servidoras públicas o personas y empresas que manejan recursos del gobierno. Los portales digitales y redes sociales del ISSSTE también remiten a esta plataforma para quejas por acoso y hostigamiento laboral.

Recientemente, también se creó el Sistema de Quejas y Accidentes Laborales (SIQAL), <https://siqal.stps.gob.mx/>, una plataforma lanzada en septiembre de 2025 por la STPS para registrar y atender posibles violaciones a los derechos laborales, así como accidentes sucedidos en los centros de trabajo que, mediante una denuncia, la STPS puede implementar inspecciones a los centros de trabajo e imponer multas. Aunque el sistema es de reciente creación, al 26 de septiembre ya se habían recibido 281 reportes, de los cuales 240 correspondieron a quejas, 10% reportes por incumplimiento de contratos colectivos de trabajo y 5% por accidentes laborales (Escutia, 2025).

Como en el SIDECA, la información del SIQAL no tiene un registro público que permita cuantificar ni caracterizar las denuncias laborales, incluidos el acoso y hostigamiento en todas sus modalidades. Al no ofrecer datos, representa un obstáculo para identificar la magnitud del problema, sus principales manifestaciones, a las y los violentadores, ni los mecanismos de solución que implementan las autoridades. Para diseñar políticas efectivas es necesario que esta herramienta sea transparente, sin poner en riesgo la confidencialidad y el anonimato de quienes denuncian.

En agosto de 2025, la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno también implementó la Campaña contra el Hostigamiento y Acoso sexual y laboral dentro de las instituciones de salud. Consiste en una serie de materiales gráficos distribuidos en unidades de salud y a través de redes sociales de distintas dependencias federales, para informar sobre el derecho de todas las personas a laborar en espacios seguros y libres de violencia, así como los mecanismos de denuncia existentes (Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno, 2025) (ver imagen 1).

Imagen 1. Campaña “Juntas y juntos contra el hostigamiento y el acoso”



Fuente: publicación del 18 de agosto de 2025 en la cuenta oficial del ISSSTE de la red social X.

En términos de identificación del problema, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, cuenta con el micrositio <https://calidad.salud.gob.mx/site/has/> que ofrece materiales de capacitación y orientación al personal de salud en caso de ser víctimas de violencia. Asimismo, el 27 de octubre de 2025, se anunció la realización de un Diagnóstico Nacional sobre ambientes académicos y goce de los derechos humanos que tiene como objetivo servir como base para la elaboración de una estrategia nacional de ambientes saludables (Cámara de Diputados, 2025b).

En el caso del ISSSTE, el Dr. Reyna Figueroa, jefe del Servicio Nacional de Enseñanza e Investigación de esta institución, indicó que existe un Comité encargado de analizar las causas por las cuales las personas médicas residentes renuncian a su adscripción. Como resultado del análisis se observó que el mayor número de bajas se presenta al inicio de la residencia, principalmente porque no se trata de la especialidad o sede deseadas. En cuanto a las bajas asociadas a hostigamiento, acoso o a un ambiente académico no saludable, estas representan 6% del total. Asimismo, se lleva un registro de las atenciones brindadas al personal médico por la Jefatura de Enseñanza e Investigación y de la naturaleza de sus solicitudes: la mayoría corresponde a peticiones de cambio de sede, mientras que el 13.4% se refiere a quejas y el 4.2% a denuncias (tabla 13).

Tabla 13. ISSSTE: Solicitudes a la Jefatura de Enseñanza e Investigación

Tipo de solicitud	Número de solicitudes recibidas	%	Concluidas	%
Trámites administrativos	94	36.0	91	96.8
Cambio de sede	64	24.5	57	89.0
Solicitud de ingreso al ISSSTE	44	16.8	44	100.0
Quejas	35	13.4	34	97.1
Denuncia	11	4.2	8	72.7
Informes sobre rotación de campo	9	3.4	9	100.0
Atención del área de investigación	4	1.5	4	100.0
Total	261	100.0	247	94.63

Fuente: Elaboración propia con datos de Cámara de Diputados (2025b).

La información disponible permite observar que existen múltiples canales, instancias y modalidades para presentar quejas o denuncias tanto dentro como fuera de las instituciones de salud. Algunas de ellas incluso han desarrollado diagnósticos para analizar la problemática y proponer soluciones. Sin embargo, continúan operando mecanismos que desalientan la presentación de denuncias, obstaculizan su investigación y evitan la sanción de los actos de acoso y hostigamiento en cualquiera de sus formas. Al respecto, abundan los testimonios.

Le dijeron al jefe de enseñanza que yo me había quejado y él convocó a una junta para decirles a mis compañeros que mi queja iba a repercutir en ellos, que a la mejor hasta se iba a cerrar la sede y los iban a reubicar. Me señalaba como responsable de estos supuestos perjuicios, lo que solo incrementó el resentimiento, el hostigamiento y las represalias en mi contra (Vega, 2025).

Un estudio auspiciado por la Universidad Veracruzana sobre el goce de los derechos humanos de personas internas, pasantes y residentes médicas, se señalan los siguientes testimonios:

Durante mi año de residencia sufrí acoso laboral por parte de un adscrito. Mis superiores enterados del caso cuando decidí hablar del tema hicieron caso omiso comentándome que “era la manera de ser de ese doctor y que no me tomara nada personal”. Requerí asistencia psicológica durante el proceso. Padecí depresión y ansiedad. Nadie tenía alguna consideración. Mi superior inmediato en una ocasión apoyó al doctor en cuestión en una situación de burla hacia mi persona” (Vázquez, F. y Mota, M., 2024a, p. 78).

De verdad en mi grupo tenemos miedo a que nos pongan malas calificaciones o a meternos en problemas por quejarnos y por eso nadie dice nada. Tengo miedo de que quede un mal récord el [...] y por eso no renuncio (Vázquez, F. y Mota, M. 2024b, p. 102).

La denuncia resulta insuficiente para las víctimas, por factores como la violencia que se ha convertido en parte del “habitus médico”. Las quejas y denuncias no resuelven por sí solas el problema, por el contrario, se ha observado que son percibidas por integrantes de las unidades médicas receptoras como amenazas al orden institucional y al propio campo médico. Denunciar la violencia implica romper

con su normalización, motivo por el cual la respuesta suele ser de rechazo, enojo y castigo, tanto de quienes ocupan posiciones superiores como de las y los pares. Como señalan Derive *et al.* (2018), la etiqueta, el miedo al castigo y el empeoramiento de la situación son algunos de los motivos para guardar silencio.

Por su parte, existen ordenamientos que sancionan hechos de violencia como el hostigamiento y el acoso laborales (mobbing), aunque su tipificación y persecución puede variar entre el ámbito laboral (administrativo/ indemnizatorio) y el penal, como delito. El artículo 259 del Código Penal Federal, en su Título Decimoquinto, denominado “Delitos contra la Libertad y el Normal Desarrollo Psicosexual”, prevé una sanción para quien asedie reiteradamente, con fines lascivos, a una persona de cualquier sexo, valiéndose de una posición jerárquica derivada de las relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implique subordinación. Si el hostigador es una persona servidora pública y utiliza los medios o circunstancias propias de su encargo. Además de las penas señaladas, se le destituirá del cargo y se le podrá inhabilitar en el sector público hasta por un año. Este delito solo es punible si se causa un perjuicio o daño y se persigue a petición de la parte ofendida (querella).

Aunque el acoso laboral psicológico conocido como “mobbing” es una causa de responsabilidad laboral y administrativa, su tipificación como delito penal de manera específica y general se persigue a través de otros delitos (lesiones, amenazas, discriminación, etc.) donde la relación laboral o jerárquica es un elemento fundamental. De acuerdo con la LFT, la atención al hostigamiento laboral depende de la vía de denuncia que elija la víctima (ver tabla 14).

Tabla 14. Rutas de actuación: competencias por vía

Vía de acción	Autoridad competente	Objetivo
Laboral	Centros de Conciliación y Tribunales laborales (locales y federales)	Reclamar indemnización, rescisión justificada y sanciones al patrón.
Orientación laboral	PROFEDET, PRODETSE, Procuradurías estatales	Asesoría, orientación y representación legal gratuita en vía laboral
Penal	Ministerio Público (Fiscalía) y Jueces y juezas en materia penal	Perseguir conducta como delito (hostigamiento sexual, amenazas y lesiones) para imponer pena privativa de la libertad o multa.
Administrativa	Órganos Internos de Control (OIC) o Comités de Ética	Imponer sanciones administrativas a la persona servidora pública o empleada (suspensión, destitución, etcétera).

Fuente: elaboración propia.

Bajo ese marco y considerando a las personas médicas residentes como personas trabajadoras, los casos que se presentan en instituciones como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, Secretaría de Salud, al ser instituciones del Estado, corresponden al Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje (TFCA). Éste es un órgano colegiado con plena jurisdicción para conflictos laborales entre el Estado y las personas servidoras trabajadoras, de conformidad con el artículo 123, Apartado B, encargado de resolver disputas individuales, colectivas e intersindicales con dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y el Gobierno de la Ciudad de México. Sólo procede la competencia local cuando la sede hospitalaria está financiada por el ámbito estatal; en esos supuestos, el conocimiento corresponde a las autoridades y tribunales locales.

Asimismo, el Instituto Federal de Defensoría Pública (IFDP) constituye una vía institucional adicional para atender conflictos laborales, incluidos casos de acoso y hostigamiento. A diferencia de la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET), su eje es la defensa pública federal, tanto penal como laboral, dirigida a personas que no pueden pagar una defensa jurídica o representación legal.

El IFDP es un órgano auxiliar del Poder Judicial, encargado de garantizar el derecho a la defensa pública y de proporcionar servicios gratuitos de orientación, asesoría y defensa legal especializada. En materia laboral federal, existe un convenio de colaboración entre la PROFEDET y el IFDP mediante el cual, la primera, atiende prioritariamente asuntos vinculados con prestaciones de seguridad social (como IMSS, pensiones y riesgos de trabajo), mientras que el IFDP se encarga de despidos y demandas de pago de prestaciones que ya cuentan con constancia de no conciliación, así como de casos de discriminación en el empleo por motivos de sexo, raza, religión, origen étnico, condición social, embarazo, acoso y hostigamiento sexual. Ambas instituciones canalizan los casos entre sí.

De este modo, frente al acoso u hostigamiento laboral con carácter discriminatorio o sexual, el IFDP es competente para asesorar y representar en conflictos laborales federales, especialmente cuando ya se agotó la conciliación sin acuerdo, en asuntos que pueden involucrar también materias, penal, administrativo o de amparo. La Ley Federal de Defensoría Pública cubre conflictos laborales del fuero federal, de modo que muchos casos del personal de instituciones federales, como IMSS, ISSSTE o dependencias federales, pueden ser atendidos por el IFDP, previa valoración técnica del caso.

Ambas instituciones forman parte del entramado institucional diseñado para proteger y garantizar los derechos laborales de las personas trabajadoras, sin embargo, no se puede dejar de señalar que existen áreas de oportunidad en las estrategias de acercamiento y socialización de las atribuciones de dichas instituciones entre la población. Específicamente el personal médico podría contar

con información precisa respecto a cualquier situación de violencia durante la residencia médica y saber de qué manera actuar.

Además, si bien el esfuerzo institucional por asumir y visibilizar la problemática, así como los diversos pronunciamientos que se han realizado en favor de los derechos humanos de las personas médicas residentes constituyen buenas prácticas, no resulta suficiente. El reconocimiento del problema no garantiza una solución, es necesario modificar las prácticas cotidianas, desterrar la naturalización de la violencia y desmontar los componentes de la cultura médica que la reproducen. La construcción de una cultura de la paz apunta a que la ciudadanía cambie en forma radical su mentalidad patriarcal, machista, belicista y agresiva, asumiendo al mismo tiempo un compromiso con la defensa de los derechos humanos. No basta con poner sobre la mesa la situación y admitirla; se requiere avanzar hacia acciones concretas, mecanismos efectivos, transparentes de prevención y atención, y medidas de reparación integral del daño para las personas vulneradas (Pereyra, 2024).

4.3. El trabajo legislativo para garantizar los derechos humanos de las personas médicas residentes

La lucha social ha sido parte fundamental para visibilizar y atender las violaciones a los derechos humanos de las personas médicas residentes. En 2019, como resultado de diversas protestas por retrasos en pagos a las personas médicas residentes, el Gobierno Federal decidió incrementar los montos de las becas de residencia y se comprometió a mejorar las condiciones en que se desarrollan (Secretaría de Salud, 2019). Asimismo, como medida para incrementar la capacidad de atención del sector salud, se amplió considerablemente el número de plazas de especialidad del Examen Nacional de Residencias Médicas (Secretaría de Salud, 2025).

Por su parte, el año pasado fueron presentadas a la Cámara de Diputados ocho iniciativas de reforma que abordan las siguientes leyes:

- Ley Federal del Trabajo
- Ley General de Salud
- Ley General de Educación
- Ley General de Educación Superior

Las iniciativas buscan ampliar los derechos humanos de las personas médicas residentes, determinando jornadas laborales de 8 horas, descansos obligatorios, derechos plasmados en contratos, pagos mensuales, acciones en materia de salud física y mental, cursos de capacitación y protocolos para atender quejas y denuncias de violencia, acoso laboral, hostigamiento y presuntas violaciones de los derechos de las personas médicas residentes (ver tabla 15).

Tabla 15. Iniciativas presentadas ante la Cámara de Diputados en materia de derechos humanos de las personas médicas residentes

Nombre de la iniciativa	Fecha de presentación	Propuesta	Argumento	Estatus	Enlace para consulta
Que reforman los artículos 353-B, 353-C y 353-E de la Ley Federal del Trabajo.	20/06/2025	Horarios de descanso y programas de capacitación para prevenir y atender violencias, acoso y hostigamiento	Incluir en los contratos del personal médico residente horarios de descanso, contar con programas de capacitación para prevenir y atender los casos de violencia, acoso y hostigamiento en las unidades receptoras y denunciar ante Órgano Interno de Control de la dependencia, Autoridad Registral o Ministerio Público, los casos de violencia, acoso y hostigamiento hacia el personal médico, médicos residentes y estudiantes de medicina.	Turnada a la Comisión de Trabajo y Previsión Social, con opinión de Salud	https://sitl.diputados.gob.mx/LXVI_leg/cuadros_comparativos/2CP1/0160-2CP1-25.pdf

Nombre de la iniciativa	Fecha de presentación	Propuesta	Argumento	Estatus	Enlace para consulta
Que adiciona la Ley General de Salud y la Ley Federal del Trabajo, en materia de trato digno y protección para estudiantes en formación médica	25/06/2025	Salud física y mental de las personas médicas residentes, trato digno y respeto a sus derechos	La iniciativa busca garantizar condiciones de trato digno, respeto a los derechos humanos y protección integral de la salud física y mental de las personas médicas residentes durante su estancia formativa. Estableciendo protocolos internos obligatorios para prevenir, detectar y sancionar actos de violencia, discriminación, acoso, hostigamiento o cualquier forma de trato humillante o degradante contra las personas en formación.	Turnada a Comisiones Unidas de Salud, y de Trabajo y Previsión Social	https://sitl.diputados.gob.mx/LXVI_leg/cuadros_comparativos/2CP1/0184-2CP1-25.pdf
Que adicionan los artículos 88 Bis 1, 88 Bis 2, 88 Bis 3 y 88 Bis 4 a la Ley General de Salud.	20/08/2025	Incluir las residencias médicas en la Ley	Incluir la denominación de médico residente, para regular políticas relacionadas con su formación y condiciones laborales. Asimismo, reconocer y garantizar derechos del personal que realiza una residencia médica.	Turnada a la Comisión de Salud	https://sitl.diputados.gob.mx/LXVI_leg/cuadros_comparativos/2CP1/0520-2CP1-25.pdf
Que reforma y adiciona diversas disposiciones de las Leyes Federal del Trabajo; General de Salud; General de Educación, y General de Educación Superior, con el objeto de mejorar las condiciones en la prestación del internado y servicio social de	24/09/2025	Horarios establecidos para personas que realizan servicio social y guardias médicas. Incluir horario para la jornada laboral y tiempos de descanso	El internado médico deberá desarrollarse en un ambiente sano en pleno respeto de los derechos humanos y dignidad de las y los estudiantes por parte del personal médico adscrito y crear horarios de la prestación del servicio social y las guardias médicas. Incorpora derechos de las personas médicas residentes referente a jornadas laborales y tiempos de descanso.	Turnada a Comisiones Unidas de Educación, y de Trabajo y Previsión Social, con opinión de Salud	https://sitl.diputados.gob.mx/LXVI_leg/cuadros_comparativos/1PO2/0418-1PO2-25.pdf

Nombre de la iniciativa	Fecha de presentación	Propuesta	Argumento	Estatus	Enlace para consulta
los estudiantes de medicina y de los médicos residentes.					
Que reforma diversas disposiciones de las Leyes General de Salud, y Federal del Trabajo, en materia de servicio social y trabajo para el personal del área de la salud.	07/10/2025	Jornadas máximas de 24 horas y descansos obligatorios	La iniciativa busca establecer que en actividades de servicio social y formación clínica se deberán garantizar jornadas máximas de 24 horas continuas, con descansos obligatorios conforme a los lineamientos que emita la autoridad competente, estableciendo la obligatoriedad de ocupar periodos de descanso.	Turnada a Comisiones Unidas Salud y de Trabajo y de Previsión Social	https://sitl.diputados.gob.mx/LXVI_leg/cuadros_comparativos/1PO2/0422-1PO2-25.pdf
Que adiciona el artículo 95 de la Ley General de Salud, en materia del derecho a becas para médicos residentes	09/12/2025	Pago mensual para personas médicas residentes	Contemplar que toda persona que se encuentre en internado de pregrado o en residencia de especialización deberá recibir un pago mensual, durante el periodo de formación profesional por parte del establecimiento de salud al que haya sido asignada. Dicho pago no podrá ser inferior al salario mínimo mensual vigente, y su retribución deberá ser regular, suficiente y proporcional al tiempo de residencia y a la carga horaria del programa formativo.	Turnada a la Comisión de Salud	https://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/66/2025/dic/20251209-II-2.html#Iniciativa3

Nombre de la iniciativa	Fecha de presentación	Propuesta	Argumento	Estatus	Enlace para consulta
Que reforma los artículos 353-B y 353-C de la Ley Federal del Trabajo, en materia de derechos laborales y protección a la salud mental de médicos residentes	10/12/2025	Obligatoriedad de un contrato en un plazo no mayor a 30 días	Indicar que las relaciones laborales entre el personal médico residente, la persona moral o física de quien dependa se registrará por la Ley Federal del Trabajo. Asimismo, que la unidad receptora contará con 30 días posteriores a la aceptación del personal médico residente para la firma de contrato.	Turnada a la Comisión de Trabajo y Previsión Social	https://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/6/2025/dic/20251202-II-1.html#Iniciativa21
Que reforma los artículos 353-C y 353-E de la Ley Federal del Trabajo, en materia de jornadas laborales dignas para médicos residentes	10/12/2025	Establecer la jornada laboral con base en la LFT	Incorporar dentro de los derechos especiales del personal médico residente llevar a cabo actividades de formación profesional y académica, dentro de la jornada laboral establecida en la Ley Federal del Trabajo. Busca prohibir la imposición de guardias, trabajos extraordinarios o cualquier otra actividad fuera de la jornada laboral.	Turnada a la Comisión de Trabajo y Previsión Social	https://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/6/2025/dic/20251202-II-1.html#Iniciativa22

Fuente: elaboración propia con información de la Cámara de Diputados (2026b).

La Cámara de Senadores también cuenta con iniciativas e insumos presentados en materia de derechos humanos de las personas médicas residentes, algunas más amplias que otras, sin embargo, al primer trimestre de 2026 ninguna de ellas ha sido aprobada (ver tabla 16). Destaca un exhorto aprobado por el Pleno del Senado del 13 de julio de 2022, mediante el cual se hace un llamado a la Secretaría de Salud federal y las locales a garantizar que, dentro de los programas de residencias médicas, se brinde un trato digno y respetuoso a las personas médicas residentes que cursan su especialidad (Cámara de Senadores, 2022).

Tabla 16. Iniciativas presentadas ante la Cámara de Senadores en materia de derechos humanos de las personas médicas residentes

Nombre de la iniciativa	Fecha de presentación	Propuesta	Argumento	Estatus	Enlace para consulta
Proyecto de decreto que adiciona los artículos 88 Bis 1 y 88 Bis 2 a la Ley General de Salud.	29/04/2019	Derechos laborales y creación de una defensoría.	Propone una definición de residencia médica y su reconocimiento como trabajo formal, acorde con lo estipulado en la LFT, con remuneración justa y digna. Propone la creación de una defensoría para personas médicas residentes.	Aprobada en Comisiones Unidas de Salud y Estudios Legislativos Segunda	https://infose.n.senado.go.b.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-04-29-1/assets/documentos/JB_Integrantes%20Comision%20Salud_art88_bis_1.pdf
Proyecto de decreto que adiciona los artículos 88 Bis 1 y 88 Bis 2 a la Ley General de Salud.	29/04/2019	Derechos laborales y creación de una defensoría.	Propone una definición de residencia médica y su reconocimiento como trabajo formal, acorde con lo estipulado en la LFT, con remuneración justa y digna. Propone la creación de una defensoría para personas médicas residentes.	Aprobada en Comisiones Unidas de Salud y Estudios Legislativos Segunda	https://infose.n.senado.go.b.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-04-29-1/assets/documentos/JB_Integrantes%20Comision%20Salud_art88_bis_1.pdf
Proyecto de decreto por el que se adiciona una fracción V al artículo 90 de la Ley General de Salud.	17/04/2024	Promoción de la no violencia.	Establece como obligaciones de la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación de las autoridades educativas, promover la creación de programas de capacitación para prevenir y atender los casos de violencia, acoso y hostigamiento hacia el personal médico residente.	Turnada a Comisiones Unidas de Salud y Estudios Legislativos	https://infose.n.senado.go.b.mx/sgsp/gaceta/65/3/2024-04-17-1/assets/documentos/Minuta_Art_90_Ley_Gral_de_Salud.pdf
Proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 95 Bis, 95 Bis 1, 95 Bis 2, 95 Bis 3, 96 Bis y se adiciona un Capítulo Cuarto titulado "De los	09/09/2025	Derechos laborales y educativos.	Propone crear un marco normativo que garantice condiciones laborales, académicas y humanas para el personal médico residente. Incluye límites de jornada, becas justas, formación de calidad, trato digno, mecanismos de denuncia confidenciales y supervisión de sedes por	Turnada a Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos	https://infose.n.senado.go.b.mx/sgsp/gaceta/66/2/2025-09-09-1/assets/documentos/Ini_Morena_Sen_Saul_Monreal_Medicos

Nombre de la iniciativa	Fecha de presentación	Propuesta	Argumento	Estatus	Enlace para consulta
derechos y obligaciones de los médicos residentes" de la Ley General de Salud.			parte de autoridades de salud y educación, y de igual forma, se contemplan sanciones a instituciones que incumplan los derechos de los residentes.		Residentes.pdf
Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la Ley Federal del Trabajo y a la Ley General de Salud, en materia de residentes médicos.	08/10/2025	Derechos laborales, a la salud, alimentación y trato digno.	Se establecen derechos en la LFT referentes al trato digno y garantía de derechos humanos, espacios dignos para descanso, protección a la salud mental, jornadas laborales máximas de 80 horas semanales en promedio mensual, sin exceder en 100 horas. Límite de 24 horas por cada guardia y, al menos, un día completo de descanso cada siete días. Asimismo, estipula mecanismos de protección y denuncia, apoyo integral y la creación de un Plan Nacional de Recursos Humanos.	Turno directo a las Comisiones Unidas de Salud; de Trabajo y Previsión Social; y de Estudios Legislativos.	https://www.senado.gob.mx/expedientes-legislativos-digitales/expediente/ver/6723/5090
Proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 85, 88 y 95, de la Ley General de Salud.	21/10/2025	Derecho a la salud mental y a un ambiente libre de violencia.	Propone establecer en la LGS el derecho del personal médico residente a la salud mental y bienestar integral, así como de recibir trato digno, respetuoso y libre de violencia, discriminación, acoso, abuso o cualquier tipo de maltrato.	Turnada a Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos	https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/66/2/2025-12-04-1/assets/documentos/Inic_PVEM_Sen_Nakamura_art_85_88_95_salud.pdf
Proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan los artículos 353-B, 353-C, 353-D Y 353-E de la Ley Federal del Trabajo.	21/10/2025	Derecho a la salud mental, física y riesgo laboral	Propone establecer el derecho del personal médico residente a condiciones laborales seguras, a recibir un trato digno y libre de violencia, sin discriminación, acoso, abuso o maltrato de cualquier tipo, a recibir protección contra riesgos sanitarios y ocupacionales, apoyo psicológico. Contar con mecanismos de denuncia anónima ante violaciones a sus derechos o afectaciones a su entorno	Turnado a Comisiones Unidas de Trabajo y Previsión Social y de Estudios Legislativos, Primera	https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/66/2/2025-12-09-1/assets/documentos/Inic_PVEM_Sen_Nakamura_art_353_LFT.pdf

Nombre de la iniciativa	Fecha de presentación	Propuesta	Argumento	Estatus	Enlace para consulta
			laboral y contar con defensa y asesoría jurídica ante requerimientos o quejas de terceros concernientes al desempeño de sus actividades.		

Fuente: elaboración propia con información del Senado de la República (2026).

Las iniciativas presentadas a nivel federal dan cuenta de la importancia del tema. A consecuencia de diversas denuncias y manifestaciones por parte de las personas médicas residentes, temas como el acoso, abuso y hostigamiento laboral han ido ocupando un espacio en la agenda pública. Al respecto, es necesario que tanto el Legislativo como el Ejecutivo, con el apoyo de instituciones y organismos como la CNDH, trabajen en un marco normativo que garantice los derechos y demandas de este sector. Además, deben crearse mecanismos efectivos para la recepción y resolución de demandas por parte de las personas médicas residentes, respecto de abusos de autoridad, acoso laboral, hostigamiento y cualquier otro tipo de violencia.

4.4. Un hito en la garantía de los derechos humanos: la reducción de las guardias médicas del IMSS

En el marco de la ceremonia de apertura del ciclo académico 2026-2027 de los cursos de especialización médica del IMSS, llevada a cabo el 18 de febrero de 2026 en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Zoé Robledo, director general del IMSS anunció la eliminación de guardias mayores a 24 horas y la posguardia para personal médico de pregrado y residente en formación.

La evidencia es más que contundente, más de 24 horas sin descanso posterior provoca fatiga, irritabilidad, falta de concentración, fallas en la memoria y en la toma de decisiones, y reduce la capacidad de reacción. Por eso es que tomamos esta decisión (IMSS, 2026).

El director general señaló que “se trata de una estrategia de seguridad académica y de seguridad para los pacientes, favorece el aprendizaje, previene el burnout, es optimización profesional al evitar desgaste, mejorar el desempeño en escenarios clínicos, es innovación educativa y homologación institucional” (IMSS, 2026). La noticia se hizo pública previo a la entrada a la especialidad de 9,903 médicas y médicos residentes. En el evento también se resaltó el papel fundamental de formación y especialización del instituto y su posicionamiento como la principal institución formadora de personal médico especializado a nivel nacional.

Ante esta medida, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. (AMFEM), que agrupa tanto a instituciones públicas como privadas que, además, participa en debates sobre carga laboral, bienestar y profesionalización de las personas médicas residentes, y promoción de una formación clínica con enfoque académico, emitió un pronunciamiento en el cual respaldó las medidas anunciadas por el IMSS, considerando los siguientes elementos:



Fuente: elaboración propia con información de AMFEM (2026).

Para la AMFEM que esta medida constituye “una redefinición del modelo educativo clínico, centrada en la calidad del aprendizaje y no en la acumulación de horas bajo condiciones de fatiga” (AMFEM, 2026). No obstante, la asociación enfatizó en que la implementación “debe realizarse de manera real, planificada y transparente, con mecanismos operativos y académicos que lo garanticen evitando una simulación

administrativa que anule su propósito educativo y de seguridad” (AMFEM, 2026), y agrega:

La reorganización no debe traducirse en sobrecarga de otros médicos en formación ni en deterioro de la atención a los pacientes. El adecuado orden y cumplimiento de la medida probablemente será un factor clave en la selección de sedes de Internado Médico y Residencias en los próximos ciclos formativos (AMFEM, 2026).

Adicionalmente, la asociación asumió compromisos entre las facultades y escuelas de medicina agrupados en los siguientes ejes: 1) Profesionalización del personal docente clínico; 2) Revisión y optimización curricular; 3) Fortalecimiento de la evaluación y el portafolio; y, 4) Bienestar como criterio de calidad académica (ver tabla 17).

**Tabla 17. Compromisos de la Asociación Mexicana
de Facultades y Escuelas de Medicina**

Eje	Compromiso	Objetivo / Acción
Profesionalización del personal docente clínico.	Impulsar y acompañar una estrategia nacional de formación y actualización del profesorado clínico.	• Fortalecimiento de los ambientes de aprendizaje clínicos. • Supervisión proporcional al nivel del médico en formación. • Observación directa y retroalimentación efectiva. • Evaluación basada en competencias.
Revisión y optimización curricular.	Promover y acompañar la revisión de los programas académicos.	• Competencias esperadas claras y pertinentes. • Contenidos coherentes con el tiempo disponible. • Eliminación de redundancias. • Incorporación de estrategias como simulación clínica y aprendizaje deliberado. • Progresión formativa por niveles de responsabilidad.
Fortalecimiento de la evaluación y el portafolio.	Respaldar sistemas de evaluación continua que documenten el desarrollo de competencias.	• Portafolios de evidencias. • Instrumentos de observación directa. • Rúbricas explícitas. • Evaluaciones formativas periódicas. • El logro de competencias debe demostrarse y documentarse, no inferirse por permanencia prolongada.
Bienestar como criterio de calidad académica.	Promover que el bienestar del personal médico en formación sea considerado un estándar verificable de calidad.	• Acceso a servicios de apoyo. • Condiciones dignas de descanso y alimentación. • Mecanismos institucionales de prevención de abuso y maltrato. • Seguimiento sistemático de riesgo psicosocial.

Fuente: elaboración propia con información de AMFEM (2026, p. 4).

De acuerdo con el Boletín de prensa No. 087/2026 del IMSS, algunas reacciones del personal médico asistente respecto al anuncio fueron:

No es solo un cambio administrativo, sino un mensaje poderoso. Es decirles a los médicos en formación que su bienestar también importa. El IMSS marca un precedente nacional al tomar esta decisión”. Katherine Kasey Ortiz Padilla, especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del IMSS (IMSS, 2026).

El descanso obligatorio tras guardias de 24 horas constituye una medida trascendental, ya que mejora la calidad de vida del personal en formación, fortalece su desempeño y aprendizaje, y se traduce en una atención más segura y de mayor calidad para la derechohabiente. Erika Abigail Rivas Rosiles, residente de Ginecoobstetricia (IMSS, 2026).

Las nuevas disposiciones en materia de guardias son una medida sumamente importante y necesaria para garantizar la calidad en la atención de las y los pacientes. También representa una medida para mejorar la calidad formativa, la salud física y mental, así como la estancia de las personas médicas residentes. No obstante, su implementación adecuada y apegada a la legalidad es uno de los principales retos que enfrenta el IMSS.

Al momento de concluir este informe, el IMSS anunció que del 2 al 15 de marzo de 2026 se llevaría a cabo la contratación de 9,805 médicas y médicos especialistas como personal de base del instituto, gozando de las prestaciones previstas en el Contrato Colectivo de Trabajo, como fondo de ahorro, apoyo en anteojos para personal trabajador y sus familias, créditos hipotecarios y automotrices, entre otras. Esta medida forma parte de la estrategia del Gobierno de México para cubrir la necesidad de personal médico especialista que ha venido enfrentando nuestro país, por lo menos, desde la pandemia por COVID-19. También se anunció que mediante el programa IMSS-Bienestar entre 2025 y 2026 se han contratado a un total de 3,716 enfermeras especialistas y 1,375 médicas y médicos especialistas (Muñoz, A. y Urrutia, A., 2026).

Frente a esto, es necesario que instituciones como el ISSSTE y la Secretaría de Salud, establezcan el límite 24 horas de guardia y la prohibición de posguardias en las unidades médicas receptoras. Asimismo, que el SNS establezca criterios para

homologar las disposiciones más recientes, garantizando el ejercicio de estos derechos a todas las personas médicas residentes del país.

5. Conclusiones

A partir del análisis expuesto en este Informe Especial, es posible concluir que, con la implementación de las políticas neoliberales en México, el SNS enfrentó los estragos de un modelo de gestión que, hasta 2018, subordinó la garantía del derecho a la salud a una lógica de mercado. Este modelo propició el desmantelamiento de las instituciones de salud y el abandono en los servicios de atención de millones de personas en nuestro país. Un ejemplo de esto es el Seguro Popular, el cual no resolvió de fondo el problema del acceso a la salud. El esquema tripartito que caracterizó a este programa estuvo lejos de concretar una coordinación interinstitucional efectiva, propiciando un sistema de salud desorganizado, con atribuciones poco claras y sin la capacidad de garantizar el derecho de acceso a la salud de las y los mexicanos.

En ese contexto, es posible afirmar que las condiciones en las que actualmente se desarrollan las residencias médicas en México reflejan problemas estructurales que trascienden el ámbito estrictamente académico y laboral, y que se encuentran vinculadas con la forma en que históricamente se ha organizado el sistema de salud y la formación de personal especializado. Las jornadas laborales extenuantes, esquemas de control jerárquico y disciplinado, así como ambientes laborales hostiles, evidencian que el modelo vigente de formación médica especializada se encuentra rezagado frente a las necesidades actuales de protección, defensa y garantía de los derechos humanos.

Los estudios presentados en este informe especial permiten visibilizar una problemática que, lejos de ser aislada, responde a un patrón sistemático de precarización, ambigüedad jurídica y normalización de la violencia dentro de los espacios de formación.

Un elemento central de esta problemática es la dualidad jurídica que caracteriza a las personas médicas residentes, quienes simultáneamente son considerados estudiantes en formación y personas trabajadoras que sostienen una parte importante de la operación diaria de las clínicas y hospitales públicos y privados del país. Esta ambigüedad ha generado un escenario de desprotección y vulnerabilidad institucional en los que las responsabilidades entre las instituciones educativas y las instituciones de salud se diluyen, dificultando la garantía plena de los derechos laborales y académicos de las personas médicas residentes en México.

En la dinámica en la cual las universidades y las escuelas de medicina detentan la rectoría académica de los programas de especialidad, las instituciones de salud, a través de las unidades médicas receptoras, concentran las condiciones reales de trabajo y aprendizaje clínico (práctico). Esto hace evidente la necesidad de establecer mecanismos claros de corresponsabilidad y supervisión conjunta que permitan proteger de manera efectiva a las personas médicas residentes. En esta corresponsabilidad, también resulta importante la presencia de instituciones como la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, así como las diversas áreas que vigilan el actuar de las y los servidores públicos dentro de las propias instituciones.

En ese sentido, resulta fundamental fortalecer la vinculación institucional entre las universidades y escuelas de medicina, y las unidades médicas receptoras, ya que el proceso de formación de las personas médicas residentes depende directamente de la interacción entre ambos espacios. Una coordinación más estrecha permitiría no solo mejorar los procesos de supervisión académica, sino también establecer canales permanentes y efectivos de comunicación, evaluación y seguimiento de las condiciones en las que se desarrollan las residencias médicas.

Dicha articulación facilitaría la implementación de mecanismos de atención a denuncias, la evaluación del desempeño del personal docente, médico adscrito (de base), así como la revisión periódica y permanente de los entornos de aprendizaje clínico. La corresponsabilidad entre las instituciones educativas y de la salud debe

traducirse en garantías reales de formación digna, libre de violencia y respetuosa de los derechos humanos de las personas médicas residentes.

Adicionalmente, resulta imprescindible avanzar hacia la actualización integral de la normatividad nacional que regula las residencias médicas, buscando eliminar las ambigüedades normativas que actualmente generan desprotección para las personas médicas residentes. La NOM-001-SSA-2023, recientemente actualizada, representa un paso importante en la regulación del sistema; sin embargo, su implementación adecuada y futura actualización debe considerar transformaciones necesarias para garantizar condiciones laborales y académicas dignas, limitar las jornadas excesivas en todas las unidades médicas receptoras, fortalecer los mecanismos de denuncia y atender de manera prioritaria la salud mental y física de las personas médicas residentes. Además, es necesario que el Poder Legislativo retome las iniciativas presentadas en materia de derechos humanos, señaladas en el presente informe, de las personas médicas residentes incorporando derechos necesarios para el adecuado desempeño de sus funciones.

La adopción de medidas como la limitación de las jornadas de guardias a 24 horas y la eliminación de las posguardias anunciadas por el IMSS este año constituye un avance significativo, sin embargo, su avance dependerá de que dichas disposiciones sean homologadas en todas las instituciones tanto públicas como privadas que participan en la formación de personal médico especializado.

De este proceso de transformación, el papel de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos adquiere una relevancia central. A través de la recepción de quejas, el análisis de las condiciones estructurales que enfrentan las personas médicas residentes y la promoción de medidas enfocadas a prevenir la violencia institucional, la CNDH contribuye a visibilizar un problema que durante décadas ha permanecido normalizado en la cultura médica. La labor de esta CNDH, además de dar seguimiento, documentar y acompañar representa un paso fundamental para impulsar la transformación de un sistema que garantice el respeto a los derechos

humanos de las personas médicas residentes, a través de la promoción del diálogo entre las autoridades sanitarias, instituciones educativas, personas legisladoras y la sociedad civil.

La transformación de las residencias médicas debe concebirse como una tarea colectiva y de largo alcance, que involucre no solo a las instituciones de salud y formación académica, sino también a los poderes públicos, los órganos constitucionalmente autónomos defensores de los derechos humanos y a las y los médicos residentes. La actualización de la NOM-001-SSA-2023 prevista para 2029 deberá incluir las voces y demandas de las personas médicas residentes, a través de procesos participativos amplios y transparentes.

Indudablemente, a través de una revisión profunda y a largo plazo de los modelos de formación, públicos y privados, de las prácticas institucionales y de las condiciones laborales de las personas médicas residentes en México, será posible construir un sistema de especialización médica que responda a principios de dignidad, justicia y respeto a los derechos humanos. Garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas médicas residentes no sólo constituye una tarea jurídica y ética del Estado mexicano, sino también un elemento necesario para fortalecer el SNS y la atención médica en beneficio de la población.

En este sentido, debe reconocerse que los avances impulsados por el gobierno federal en materia de salud —desarrollados a lo largo de este Informe—, como la limitación de las guardias a 24 horas y la eliminación de las posguardias anunciadas por el IMSS, así como la reciente actualización de la NOM-001-SSA-2023, representan pasos significativos hacia la protección de las personas médicas residentes. Su consolidación dependerá de que tales medidas se homologuen en todas las instituciones formadoras y se traduzcan en condiciones laborales y académicas dignas.

6. Sugerencias de buenas prácticas

Por lo anteriormente expuesto, ya que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos es organismo de protección de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano conforme a los artículos 1° párrafos primero, segundo, tercero y quinto, artículo 4° párrafo cuarto, artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículos 1°, 2°, 3° y 6° fracciones I, VII, VIII y IX, artículo 15 fracción VIII de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; y artículo 174 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se realizan las siguientes propuestas a las autoridades competentes en materia de salud y educación, con el objeto de proteger, promover y garantizar los derechos humanos de las personas médicas residentes en México.

Sugerencias de buenas prácticas dirigidas a la Secretaría de Salud federal, al ISSSTE y al IMSS:

Estrategia 1. Reducir las guardias mayores a 24 horas y eliminar posguardias para las personas médicas residentes que realiza estudios de especialidad en las unidades médicas receptoras.

Estrategia 2. Fortalecer canales de denuncia efectivos sobre violaciones a los derechos humanos de las personas médicas residentes que realizan estudios de especialidad en las unidades médicas receptoras.

Sugerencias de buenas prácticas dirigidas a la Cámara de Diputados y al Senado de la República:

Estrategia 1. Dictaminar las iniciativas de reforma presentadas en materia de derechos humanos de las personas médicas residentes que fueron turnadas a las comisiones de Trabajo y Previsión Social, de Salud, Educación y Estudios Legislativos, llevando a cabo ejercicios de Parlamento Abierto y diálogo con las personas médicas residentes, las universidades y las escuelas de medicina.

Sugerencias de buenas prácticas dirigidas a la Secretaría de Salud del Gobierno de México:

Estrategia 1. Incluir a las personas médicas residentes en la próxima actualización de la NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la Organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica, cuyo proceso deberá integrar las opiniones y demandas de las personas médicas residentes, con el objeto de garantizar el reconocimiento de sus derechos y mejorar las condiciones en que se desarrollan las residencias médicas.

Estrategia 2. En coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, valorar los ajustes presupuestales necesarios sobre las percepciones mensuales de las personas médicas residentes para el ejercicio fiscal 2027.

Sugerencias de buenas prácticas dirigidas a la Universidad Nacional Autónoma de México:

Estrategia 1. Actualizar los programas de residencias médicas vigentes y los convenios de colaboración llevados a cabo con las instituciones de salud a efecto de garantizar espacios libres de violencia, hostigamiento y acoso laboral.

Estrategia 2. Elaborar diagnósticos sobre el estado actual de las residencias médicas en las unidades médicas receptoras, a través de mecanismos transparentes y seguros, garantizando la confidencialidad y la integridad de las personas médicas residentes.

A partir de las sugerencias planteadas, las instituciones responsables elaborarán planes de trabajo sobre las acciones que realizarán para dar atención al presente Informe Especial. Asimismo, informarán a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre el avance de los planes de trabajo.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

Fuentes consultadas

Adams, T. (2010). "Gender and feminization in health care professions". *Sociology compass*, 4(7), pp. 454-465.

AMFEM (2026). *Documento de posicionamiento sobre guardias de 24 horas*, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C., https://amfem.edu.mx/docs/2026/AMFEM-guardias_24h.pdf

Andalón González, Mónica G. "El tícitl en la cultura náhuatl del Posclásico". *Cuicuilco*, vol. 23, núm. 67 (2016), pp. 181-202. <https://www.redalyc.org/journal/351/35149890009/html/>

Antunes, R. (2000). "Trabalho e precarização numa ordem neoliberal". *La ciudadanía negada: Políticas de exclusión en la educación y el trabajo*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, pp. 19-40.

Argüelles, V., Delgado, C., Luzanía, M. S., Mendoza, M. F., Mota, M. L., Ortiz, C. S. y Vázquez, F. D. (2025). *Evaluación de las unidades médicas receptoras de residentes, UMRR-2025-1. La perspectiva de las y los residentes*. Boletín, Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos, 2(3). <https://www.uv.mx/obeme/files/2024/03/BOLETIN-VOL-2-No-3.pdf>

Arnada, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, M. y Pérez, M. (2005). "Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social". *Revista Cubana Salud Pública*, 3(2), pp. 1-9. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200005

Arocha, M. (2018). *Entra en vigor la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. <https://www.cndh.org.mx/noticia/entra-en-vigor-la-convencion-sobre-la->

eliminacion-de-todas-las-formas-de-discriminacion-

0#:~:text=La%20CEDAW%20fue%20suscrita%20por,%E2%80%9C%E2%80%
%A6

Astros Matamoros, David S. *Entre la vida y la muerte II*. Seminario Crónicas y fuentes de origen indígena del siglo XVI novohispano, 25 de julio de 2016. <https://blogs.acatlan.unam.mx/scronicas/tag/medicina-prehispanica/>

Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington, D.C. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>

Brown, M. (2010). "Like a Devoted Army": Medicine, Heroic Masculinity, and the Military Paradigm in Victorian Britain. *Journal of British Studies*, 49(3), pp. 592-622. doi: 10.1086/652000

CAM. (2021). *En total precarización laboral los trabajadores de la salud enfrentan la pandemia por el Covid-19 en México*, Reporte 134, Centro de Análisis Multidisciplinario. <https://cam.economia.unam.mx/reporte-134-en-total-precarizacion-laboral-los-trabajadores-de-la-salud-enfrentan-la-pandemia-por-el-covid-19-en-mexico/>

Cámara de Diputados (1970). *Ley Federal del Trabajo*, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>

Cámara de Diputados (2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencias*, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Cámara de Diputados (2020). *Ley de Infraestructura de la Calidad*, https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LICal_010720.pdf

Cámara de Diputados (2024). *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2024.*

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/884752/PEF_2024.pdf

Cámara de Diputados (2025a). *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2025.*

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/pef_2025/PEF_2025_abro.pdf

Cámara de Diputados (2025b). *Foro Nacional: Dignidad y derechos humanos de médicas y médicos residentes: Un paradigma restaurativo.* [Video]. YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=MbUBIGF2p5U>

Cámara de Diputados (2026a). *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2026.*

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2026.pdf

Camara de Diputados (2026b). *Servicio de Información para la Estadística Parlamentaria (INFOPAL),*

https://sitl.diputados.gob.mx/LXVI_leg/sistema_legislativo_LXVI.html

Cámara de Senadores (2022). *Proposición con punto de acuerdo,*

<https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/1/2022-07-13->

[1/assets/documentos/PA_Sen.Margarita_residencias_medicas.pdf](https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/1/2022-07-13-1/assets/documentos/PA_Sen.Margarita_residencias_medicas.pdf)

Campillo, M., Martínez, A., García, M., Guerrero, L. y Sánchez Mendiola, M. (2021).

“Desempeño académico y egreso en 25 generaciones de estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM”. *Educación Médica*, 22(2), pp. 67-72. doi: 10.1016/j.edumed.2019.05.003

Cassell, J. (1997). “Doing Gender, Doing Surgery: Women Surgeons in a Man's Profession”. *Human Organization*, 56(1), pp. 47-

52. <https://doi.org/10.17730/humo.56.1.2362n66w4522428h>

Castro R. y Erviti J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. CRIM-UNAM. <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/147/469/1144-1>.

Castro, P. (2019). "Control Social bajo la perspectiva de algunas teorías criminológicas", *Revista de Filosofía Jurídica, Social y Política*, <https://biblat.unam.mx/hevila/FronesisMaracaibo/2020/vol27/no1/1.pdf>

Castro, R., & Villanueva, M. (2018). "Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica". *Estudios sociológicos*, 36 (108), México, pp. 339-573.

Castro, R., Sarmiento, M., Romay, F. y Castañeda, A. (2024). "Exploración sobre el grado de cumplimiento de los derechos de los médicos residentes en México". *Investigación Revista Educación Médica*, 13(50), pp. 56-67. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.50.23544>

Choo, E., Byington, C., Johnson, N. y Jagsi, R. (2019). "From# MeToo to# TimesUp in health care: can a culture of accountability end inequity and harassment?". *The Lancet*, 393(10171), pp. 499-502. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30251-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30251-X/fulltext)

CNDH (2017). *Acoso Laboral "Mobbing"*, <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Acoso-Laboral-Mobbing.pdf>

CNDH (2018). *Recomendación General Número 15. Sobre el derecho a la protección de la salud*, <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Recomendacion-General-15.pdf>

CNDH (2024a). *Plan Estratégico Institucional 2025-2029.*

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Transparencia/17/PEI_2025-2029.pdf

CNDH (2024b). *Primeros auxilios psicológicos,*

<http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/PrimerosAuxPsicologicos.pdf>

CNDH (2025a). *Pronunciamiento, (14 de julio),*

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2025-07/PRON_2025_008.pdf

CNDH (2025b). *Recomendación No. 68/2025, sobre el caso de violaciones a los*

derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno, en

agravio de V, persona adulta mayor; así como, al acceso a la información en

materia de salud en agravio de Vi1, Vi2 y Vi3, por personal médico en el

Hospital General Regional No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social,

en Tijuana, Baja California,

[https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2025-](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2025-05/REC_2025_068.pdf)

[05/REC_2025_068.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2025-05/REC_2025_068.pdf)

CNDH (2026). *Programa Anual de Trabajo 2026.*

[https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2026-](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2026-03/PAT_2026.pdf)

[03/PAT_2026.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2026-03/PAT_2026.pdf)

CODHEM (2024). *Recomendación General 1/2024,* [https://codhem-](https://codhem-principal.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2025/03/GACETA.-509.-RECOMENDACION-GENERAL-1.2024.pdf)

[principal.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2025/03/GACETA.-509.-](https://codhem-principal.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2025/03/GACETA.-509.-RECOMENDACION-GENERAL-1.2024.pdf)

[RECOMENDACION-GENERAL-1.2024.pdf](https://codhem-principal.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2025/03/GACETA.-509.-RECOMENDACION-GENERAL-1.2024.pdf)

Colchero, M. A., Gómez, R., Figueroa, J. L., Rodríguez, A., y Bautista, S. (2020).

“Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018”. *Salud Pública de México*, pp.

62, pp. 851- 858. <https://doi.org/10.21149/11547>

Colectivo Médicxs en Formación (2022). *La #misoginia en la #medicina...* [@Medsenformacion, consultado el 7 de marzo de 2022] *Twitter*. <https://twitter.com/Medsenformacion/status/1500975890624303104?s=20&t=BWDV5fZs5wuC1EuDIq7GtA>

Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla (2015). *Recomendación número 3/2015*. <https://cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/15/3-2015.pdf>

Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla (2022). Recomendación: 14/2022. https://www.cdhpuebla.org.mx/pdf/Rec/2022/RECOMENDACION_14-2022.pdf

Coneval (s.f.). *Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI*, https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf

Congreso de la Unión (1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/966422/Constitucion_Politica_de_los_Estados_Unidos_Mexicanos.pdf

Congreso de la Unión (2007). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencias, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Corona, D. (2025). "ISSSTE lanza decálogo para proteger la salud mental y emocional de sus médicos en formación". *La Jornada de Oriente*. <https://www.lajornadadeoriente.com.mx/tlaxcala/ssste-lanza->

decalogo-para-proteger-la-salud-mental-y-emocional/

Custers EJFM, Cate OT. “The History of Medical Education in Europe and the United States, With Respect to Time and Proficiency”. *Acad Med*. 2018 Mar;93(3S Competency-Based, Time-Variable Education in the Health Professions):S49-S54. doi: 10.1097/ACM.0000000000002079.

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

Díaz, S. P., Reyes, H., Cuadra, S. M., Idrovo, Á. J., Nigenda, G., y Dreser, A. (2017). “Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico”. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), pp. 459-465. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.10.016

Escutia, N. (2025). “Inspecciones laborales aumentarán tras estrenos del SIQAL: ¿Qué implica para las empresas?”. *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/capital-humano/advierten-incremento-inspecciones-laborales-nuevo-sistema-quejas-stps-20250926-778669.html>

Eugene, J. F. M., et al. (2018). “The history of medical education in Europe and the United States, with respect to time and proficiency”. *Academic Medicine*, 93(3), pp. 49–54.

Fernández, M. A., Gutiérrez, D. y Ramírez, M. (2024). “Perspectiva de género en la formación de profesionales de la medicina”. *Cuadernos Universitarios*, Programa Universitario de Bioética, UNAM.

Flores, N. (2016). “La escandalosa privatización del IMSS, vía

subrogaciones”. *Contralínea*. <https://contralinea.com.mx/opinion/la-escandalosa-privatizacion-del-imss-via-subrogaciones/>.

Fnaiss, N., Soobiah, C., Chen, M. H., Lillie, E., Perrier, L., Tashkhandi, M. y Tricco, A. C. (2014). “Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis”. *Academic Medicine*, 89(5), pp. 817-827. doi: 10.1097/ACM.0000000000000200

Foucault, M. (2014). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI, Argentina.

Frisancho Velarde, Oscar. “Concepción mágico-religiosa de la Medicina en la América Prehispánica”. *Acta Med Per*, 29(2). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000200013

Glauser, W. (2018). *Rise of women in medicine not matched by leadership roles*. *CMAJ*, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5903894/>

Gobierno de México (2021). *En 2021, añadirá el ISSSTE a más de 4 mil médicos residentes en unidades de salud*. <https://www.gob.mx/issste/videos/en-2021-anadir-el-issste-a-mas-de-4-mil-medicos-residentes-en-unidades-de-salud-253711#:~:text=En%202021%2C%20a%C3%B1adir%C3%A1%20el%20ISSSTE%20a%20m%C3%A1s,aumentar%C3%A1%20a%20m%C3%A1s%20de%20cuatro%20mil%20estudiantes>

Gobierno de México (2023). *Residencias en Medicina*, <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/ensenanza/residencia/>

Gobierno de México (2025). https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dir_admon/tabul_2025/dic_perce_compensa.pdf

Granados, J. A., Aguilar, L. R., Muñoz, E. D., y Santos, D. E. (2024). "Prevalencia de acoso sexual durante el internado médico de pregrado en Ciudad de México". *Investigación en Educación Médica*, 13(49), pp. 18-29. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=114606>

Graue, E., Álvarez, R. y Sánchez, M. (2007). *El Síndrome de "Burnout": La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional*, https://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html

Guerra F. y Schendel G. (1968). "Medicine in Mexico: From Aztec Herbs to Betatrons. *Journal of Latin American Studies*. Austin, University of Texas Press, 1(2), pp. 207-208. doi:10.1017/S0022216X00004570

Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio* (A. Bergés, Trad.). Herder. (Obra original publicada en 2010).

Hernández, C., Dickinson, M. y Fernández, M. (2008). "El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos". *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 51(1), enero – febrero. https://revistafacmed.com/index.php?searchword=burnout&ordering=newest&searchphrase=all&limit=20&option=com_search#content

HGMEL (2022). *Tabulador de sueldos*. https://hgm.salud.gob.mx/descargas_2022/octubre_diciembre/TABULADORE S-Dic-2022.pdf

HGMEL (2024a) *Programa de especializaciones*. <https://posgrado.ceids-hgm.mx/cursos/>

HGMEL (2024b). *Informe de Gestión Gubernamental 2018-2024*. https://hgm.salud.gob.mx/interna/contra/IGG_para_publicar.pdf

Hinze, S. (2004). "Am I being over-sensitive? Women's experience of sexual harassment during medical training". *Health*, 8(1), pp. 101-127. doi: 10.1177/1363459304038799

IMSS (2024a). *Tabulador de sueldos para personal de base*.
https://reposipot.imss.gob.mx/personales/UP/2024/Base_2024.pdf

IMSS (2024b). *Informe de Labores y Programa de Actividades 2023-2024*,
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2024/ILPA-23-24.pdf>

IMSS (2024c). *Metodología*. Encuesta Nacional de Calidad de la Atención del Servicio de Salud del IMSS.
https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENCAL/2024/Metodologia/Ficha_metodologica_ENCAL_SS_2024.pdf

IMSS (2024d). *Principales resultados*. Encuesta Nacional de Calidad de la Atención del Servicio de Salud del IMSS.
https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENCAL/2024/Principales-Resultados/Principales_resultados_ENCAL_SS_2024.pdf

IMSS (2024e). *Participan en IMSS más de 26 mil médicas y médicos residentes en 71 programas de formación de especialidad*. Boletín de prensa No. 001/2024.
<https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202410/001>

IMSS (2025a). *Tabulador de sueldos para personal de base*.
https://reposipot.imss.gob.mx/personales/UP/2024/Base_2024.pdf

IMSS (2025b). *Informe de Labores y Programa de Actividades 2024-2025*.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2025/ILPA-24-25.pdf>

IMSS (2025c). *Contrato Colectivo de Trabajo 2023-2025*.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/CCT-2023-2025.pdf>

IMSS (2025d). *Programa Institucional para la Mejora de los Ambientes Académicos.*

https://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/wp-content/uploads/2025/06/PIMAA_2025.pdf

IMSS. *IMSS protege la salud física y mental de residentes con descanso obligatorio*

de 24 horas: Zoé Robledo, Boletín de prensa No. 087/2026, (18 de febrero de 2026). <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202602/087>

INCAN (2023). *Tabulador de Sueldos Autorizado.*

<https://historico.datos.gob.mx/busca/dataset/tabulador-de-sueldos-autorizado>

INCMNSZ (2024). *Reglamento Interno para el Acceso y Uso Adecuado de las Habitaciones de la Residencia Médica.*

<https://www.incmnsz.mx/2024/Reglamento-USO-DE-LA-RESIDENCIA-Abril2024.pdf>

INCMNSZ (2025a). *3.3 Estado del Ejercicio del Presupuesto de Egresos por Partida de Gasto.*

<https://www.incmnsz.mx/Contabilidad/25/01/Estado-Analitico-Ejercicio-Presupuesto-Egresos-Enero-2025.pdf>

INCMNSZ (2026a). *Plan de Apertura de Datos INCMNSZ.*

<https://www.datos.gob.mx/organization/incmnsz>

INCMNSZ (2026b). *Programa Anual de Trabajo 2026.*

https://www.incmnsz.mx/2026/Programa_Anual_Trabajo_2026.pdf

INEGI (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020.*

<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

INEGI (2024a). *Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental.*

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/encig/2023/doc/encig2023_principales_resultados.pdf

INEGI (2024b). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)* 2024. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2024/>

INEGI (2025). *Cuenta Satélite del Sector Salud de México*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/saludsat/CSSSM2024_CP.pdf

IPN (2026). *Oferta Educativa Posgrado*. <https://www.ipn.mx/oferta-educativa/posgrado.html>

IPN (2026). *Oferta Educativa Posgrado*, Instituto Politécnico Nacional. https://www.ipn.mx/oferta-educativa/posgrado.html?input_filtro=&n=1&a=2&m=-1&e=-1

ISSSTE (2019). *Lineamientos para el Ingreso, Permanencia y Egreso de los Médicos Residentes en Periodo de Adiestramiento en una Especialidad Médica y Odontológica*. <https://es.scribd.com/document/437244797/Lineamientos-ISSSTE-especialidades>

ISSSTE (2023). *Lineamiento Interno para la Organización y Funcionamiento de la Residencia Médica en el Centro Nacional “20 de Noviembre”*. <https://drive.google.com/file/d/1RAY53vQCnZoZYb4pkloxaz89KLr9BHew/view>

Lara, A., Gómez-Dantés, O., Urdapilleta, O., Bravo, M. L. (1997). “Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980–1995”. *Salud Pública de México*, 39(2), pp. 102–109.

<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5985>

Laurell, A. C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. <https://biblioteca->

repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/13221/1/ImpactodelSeguroPopular.pdf

López Austin, A. (2004). *Cuerpo humano e ideología: Las concepciones de los antiguos nahuas*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

López Valdés, J. C. (2014). "Theodor Billroth: Más de un siglo de su grandeza artística". *Gaceta Médica de México*, 150, pp. 189–194. https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_189-194.pdf

López, O. y Blanco, J. (2007). "Las vertientes privatizadoras del Seguro Popular de Salud en México". *Salud Problema*, 1(2), pp. 56-62. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/9>

López, O., y Jarillo, C. (2017). "La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano". *Cadernos de Saúde Pública*, 33(14), <https://doi.org/10.15090/0102-311x00087416>

Lu, D. W., Lall, M. D., Mitzman, J., Heron, S., Pierce, A., Hartman, N. D. y Strout, T. D. (2020). "#MeToo in EM: a multicenter survey of academic emergency medicine faculty on their experiences with gender discrimination and sexual harassment". *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(2), pp. 252. doi: 10.5811/westjem.2019.11.44592.

Lugo, J.A., Medina, J.M. y Yocupicio, D. (2021). "Salud Mental y Suicidio del Médico en México: Un Tema Incómodo y Poco Explorado". *Revista de Medicina Clínica*, 05(02), pp. 1-5.

Luthy, C., Perrier, A., Perrin, E., Cedraschi, C. y Allaz, A. (2004). "Exploring the major difficulties perceived by residents in training: a pilot study". *Swiss Med Wkly*, pp. 134, 612-617. <https://doi.org/10.4414/smw.2004.10795>

Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). "Job burnout". *Annual Review of Psychology*. <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/154.pdf>

McKinley, S. K., Wang, L. J., Gartland, R. M., Westfal, M. L., Costantino, C. L., Schwartz, D. y Phitayakorn, R. (2019). "Yes, I'm the Doctor": one department's approach to assessing and addressing gender-based discrimination in the modern medical training era. *Academic Medicine*, 94(11), pp. 1691-1698. doi: 10.1097/ACM.0000000000002845

Médicos en Formación (2021). *Encuesta Nacional de Médicos en Formación*. https://drive.google.com/file/d/1ieuKTPU9L5Tvu0M_5Q_y_fn8hoOPNyTo/view

Menéndez, E. L. (2005). "Políticas del sector salud mexicano (1980–2004): ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales". *Salud Colectiva*, 1(2), pp. 195–223. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2005.v1n2/195-223/es>

Mesa, F., Castro, A., y Villarreal, C. (2025). "Gender discrimination and sexual harassment experienced by women physicians in Mexico". *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/08862605251355627

Minkina, N. (2019). "Can #MeToo abolish sexual harassment and discrimination in medicine?", *The Lancet*, 394(10196), pp. 383-384. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31731-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31731-3/fulltext)

Montes, E., García, J., Blázquez, M., Cruz, A., y De San Jorge, X. (2018). "Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes

- médicos”. *CienciaUAT*, 12(2), pp. 54-66.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100054&lng=es&tlng=es.
- Muñoz, A. y Urrutia, A. (2026). “IMSS contratará a 9 mil 805 médicos especialistas”, *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/noticia/2026/03/03/politica/imss-contratara-a-9-mil-805-medicos-especialistas>
- Murillo, G. (2019). “Los dioses mitológicos de la medicina”. *Medicina Interna de México*, 35(2), pp. 273-283. <https://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v35n2/0186-4866-mim-35-02-273.pdf>
- Nigenda G., Serván, E., Aristizabal P., Zárate, R. A., Fajardo, G. y Ortiz, S., Jaimes, A. L., Tafoya, S. A., Mujica, M. L., Olmedo, V. H., & Carrasco, J. A. (2014). “Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes”. *Cirugía y Cirujanos*, 82(3), pp. 290–301.
<https://www.redalyc.org/pdf/662/66231295008.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1997). *Empleo precario*, Definición del portal del Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional.
<https://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3373?page=1>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2019). *C190 - Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190)*.
https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190
- Osornio, L. y Peralta, E. (2024). “Experiencias de maltrato en médicos internos”, *Alternativas en Psicología*, pp. 57-78. <https://alternativas.me/wp-content/uploads/03-Experiencias-de-maltrato-en-medicos-1.pdf>

Palacios, L. (2024). *Iniciativa que adiciona el artículo 90 de la ley general de la salud a cargo del diputado Luis Edgardo Palacios Díaz, del grupo parlamentario del PVEM*. Sistema de información legislativa de la Secretaría de Gobernación. https://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2024/03/asun_4714276_20240305_1709672510.pdf

Palacios, M. y Paz, M. (2019). “Diferencia en las condiciones de trabajo y su asociación con la frecuencia de burnout en médicos residentes y adjuntos”. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 65(255), pp. 76-86. <https://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2019000200076>.

Paredes, O. y Sanabria, P. (2008). “Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales”. *Revista Med*, (16), pp. 25-32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2688226>

Pérez, R. y Pérez, M. (2023). “Etiología del maltrato a residentes de medicina desde la teoría de la violencia simbólica”. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Cordoba*, 80(3), pp. 301-305. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10594982/>

Pozas, R. (1993). *La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964–1965*. Repositorio del IIS-UNAM. <https://ru.iis.sociales.unam.mx/handle/IIS/4902>

Presidencia de la República. *Conferencia de prensa de la presidenta Claudia Sheinbaum Pardo*. Versión estenográfica. 18 de febrero de 2025. <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-de-la-presidenta-claudia-sheinbaum-pardo-del-18-de-febrero-de-2025>

Prieto, S., López, W. y Jiménez, C. (2009). "Medición de la calidad de vida de los residentes". *EDUC MED*, 12(3), pp. 169-177.
<https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n3/original2.pdf>

PROFEDET (2020). *Protocolo para Detectar, Atender y Acompañar a las Personas Usuaris de la PROFEDET en casos de Hostigamiento y Acoso Sexual/Laboral*.
https://www.profedet.gob.mx/Profedet/archivos/protocolos/Protocolo_Hostigamiento_y_Acoso_PROFEDET.pdf

Ramírez Carrollo, C. (2001). "Evolución del cuidado materno infantil". *Revista de Enfermería del IMSS*, 9(1), pp. 1-4.
https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/download/763/722

Rivera, H. "Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988". *Revista Médica del Hospital General*, 70(1), enero- marzo de 2007, pp. 43-46. <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2007/hg071h.pdf>

Rodríguez de Romo, A., y Castañeda, G. (2015). "Inicio de las mujeres en la medicina mexicana". *Revista de la Facultad de Medicina*, 58(2), pp. 36-40. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422015000200036

Ruger, J. P. (2005). "The changing role of the World Bank in global health". *American Journal of Public Health*, 95(1), pp. 60–70.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.042002>

Sales, F. J. (2012). *A 30 años de la descentralización de los servicios de salud*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública.

Sánchez, M., y Hamui, A. (2023). “La vida del hospital es infeliz: de la experiencia subjetiva a la construcción de ambientes educativos en la clínica”. *Revista mexicana de investigación educativa*, 28(97), pp. 425-445.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662023000200425&lng=es&tlng=es

Santacruz, et. al. (2025). “Análisis de los cambios en el sistema público de salud realizados entre 2019 y 2024 para atender a la población sin seguridad social de México”, *Gaceta Médica de México*,
<https://doi.org/10.24875/gmm.24000278>

Sarmiento, M. (2022). *El estatus jurídico del médico residente en México*. Tirant Le Blach, México.

Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno. *Lanza Buen Gobierno campaña inédita contra el Hostigamiento y Acoso sexual y laboral dentro de las instituciones de salud*. Comunicado de prensa. 11 de agosto de 2025. <https://www.gob.mx/buengobierno/prensa/lanza-buen-gobierno-campana-inedita-contra-el-hostigamiento-y-acoso-sexual-y-laboral-dentro-de-las-instituciones-de-salud>

Secretaría de Economía (2025a). *Médicos Generales y Especialistas*.
<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/occupation/medicos-generales-y-especialistas>

Secretaría de Economía (2025b). *Médicos, Enfermeras y otros Especialistas en Salud*.
<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/occupation/medicos-enfermeras-y-otros-especialistas-en-salud>

Secretaría de Economía (2025c). *Acerca de Médicos Especialistas.*

<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/occupation/medicos-especialistas>

Secretaría de Relaciones Exteriores (1999). *Decreto Promulgatorio de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará, adoptada en la ciudad de Belém do Pará, Brasil, el nueve de junio de mil novecientos noventa y cuatro.*

<https://legislacion.scjn.gob.mx/consulta/detalle-buscador?tBusq=2&pagSizeOrd=50&q=&idOrd=15723&pagSizeRef=8>

Secretaría de Salud (2012). Catálogo Universal de Servicios de Salud 2012 (CAUSES).

<https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinterioresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/CAUSES2012.pdf>

Secretaría de Salud. *Cumple salud compromisos con médicos residentes.*

Comunicado de prensa No. 161, 4 de mayo de 2019.
<https://www.gob.mx/salud/prensa/161-cumple-salud-compromisos-con-medicos-residentes>

Secretaría de Salud (2022). *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.*

<https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5655486>

Secretaría de Salud (2024a). *Lineamientos de Posgrado 2024.*

<https://posgrado.ceids-hgm.mx/wp-content/uploads/2025/08/Lineamientos-2024.pdf>

Secretaría de Salud (2024b). *Programa de Trabajo del Sector Salud 2024-2030*,
<https://codigof.mx/wp-content/uploads/2024/11/051124-Programa-de-trabajo-del-sector-salud-2024-2030.pdf>

Secretaría de Salud (2024c). *Informe Anual 2024*, Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (SESTAD),
https://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2025/SESTAD_reporte_2024.pdf

Secretaría de Salud (2024d). Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.
<https://diariooficial.gob.mx/normasOficiales/9417/salud/salud.html>

Secretaría de Salud (2024e). Datos en salud. <https://sinaiscap.salud.gob.mx/DGIS/>

Secretaría de Salud (2025). *Informe de Autoevaluación del Director General del 1 de enero al 30 de junio de 2025*.
https://www.incmnsz.mx/2025/Informe_de_Autoevaluacion_1er_semestre_2025.pdf

Secretaría de Salud (2026). *Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud*.
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/plan-maestro-de-infraestructura-fisica-en-salud>

Senado de la República (2026). *Iniciativas, Minutas, Instrumentos Internacionales, Propositiones de la LXVI y LXVII Legislatura*.
<https://pleno.senado.gob.mx/infosen/infosen64/index.php>

Smith, V. (2021). *Becoming Gods*. Medical Training in Mexican Hospitals, Rutgers University Press. <https://books.google.com.mx/books?id=oZY2EAAAQBAJ&printsec=fro>

ntcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

STPS (1977). *Decreto de Reformas a la Ley Federal del Trabajo*.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lft/LFT_ref11_30dic77_ima.pdf

Tinoco, Ó. E., López, C. A., Bertado, N. R., Montiel, Á. J., García, A., Porras, Á., Parra, J. A. y Barrera, S. (2025). “Síndrome de burnout en residencias médicas en un hospital de tercer nivel de atención en Puebla”. *Anales Médicos ABC*, 70(2), pp. 135–139. <https://doi.org/10.24875/AMH.M25000116>

UNAM (2020a). *Especialidades Médicas*.
<https://www.sidep.fmposgrado.unam.mx/fmposgrado/Cursos.jsp?medicallevel=ESPECIALIDADES>

UNAM (2020b). *Bienvenidos a las Especializaciones Médicas y a los Cursos de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina (CPAEM)*,
<https://www.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/folletoBienvenidos.pdf>

UNAM y HJM (2021). *Convenio de colaboración No. 090/SE/2021*.
<https://www.plataformatransparencia.unam.mx/archivos/repositorio/AGEN/2022/totalverdes1trim22/totalverdes1trim22/59386-0033-11-i-22rev.pdf>

UNAM (2024). *Médico cirujano. Oferta académica*. <https://oferta.unam.mx/medico-cirujano.html>

Universidad Veracruzana (2022). *Plan Estratégico para el Fortalecimiento de la Investigación y el Posgrado 2022-2031*.
<https://www.uv.mx/documentos/files/2023/08/PEFIP-2022-2031.pdf>

Varela, N. (2019). *Feminismo 4.0. La cuarta ola*. Ediciones B. <https://www.amazon.com.mx/Feminismo-4-0-cuarta-Nuria-Varela-ebook/dp/B07XFGYX5D?asin=B07XFGYX5D&revisionId=bde7edb3&format=3&depth=1>

- Vargas, E., Brassel, S., Cortina, L., Settles, I., Johnson, T., y Jagsi, R. (2020). “#MedToo: a large-scale examination of the incidence and impact of sexual harassment of physicians and other faculty at an academic medical center”. *Journal of Women's Health*, 29(1), pp. 13-20. doi: 10.1089/jwh.2019.7766.
- Vázquez, F. y Mota, M. (coord.) (2024a). *Educación médica y derechos humanos. Goce de los derechos humanos de internos, pasantes y residentes en las unidades médicas*, Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos, <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.13282949>
- Vázquez, F. y Mota, M. (coord.) (2024b). *Educación médica y derechos humanos. Goce de los derechos humanos de internos, pasantes y residentes en las unidades médicas*. doi: 10.25009/uv.3006.1814
- Vázquez, F. (2018). “Apuntes históricos sobre la formación de médicos especialistas en México desde la evolución educativa”. *Investigación en Educación Médica*, 7(25), pp. 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.03.003>
- Vega, A. (2025). “Servir al Borde del Colapso: Las Denuncias Ignoradas de los Residentes Médicos”. *Nmás*. <https://www.nmas.com.mx/nacional/depresionmedicosresidentes-mexico-entre-denuncias-ignoradas-servir-borde-colapso/>
- 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*, 5, pp. 1–35. <https://doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>
- Villanueva, M. (2024). “Galenidad y masculinidad: semejanzas normativas, de performance y fenomenológicas”. *Debate feminista*, 67, pp. 33-65. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2024.67.2363>

- Villanueva M. (2025). "De la feminización a la feministización de la medicina en México". *Revista La Ventana*, 62, pp. 12-49. <https://doi.org/10.32870/lv.v7i62.8079>
- Villanueva, M. y Castro, R. (2020). "Hierarchy systems of the medical field in Mexico: a sociological análisis". *Ciencia & Saúde Coletiva*, 25(6), pp. 2377-2386. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.28142019>
- Witte, F. M., Stratton, T. D., y Nora, L. M. (2006). "Stories from the field: students' descriptions of gender discrimination and sexual harassment during medical school". *Academic Medicine*, 81(7), pp. 648-654. doi: 10.1097/01.ACM.0000232421.04170.d2.
- Xiu. "Las mujeres y el aborto en la época prehispánica". *Matador Español*, 20 de marzo de 2019. <https://matadornetwork.com/es/aborto-mexical/>