



ORIGINAL

Condiciones formativas en residencias médicas de Argentina y México: desafíos en la educación médica

Fabiana Inés Reboiras^{a,*}, Rocio Deza^a, Julian Andres Mur^a, Carolina Roni^a,
María Isabel Fernández Cedro^a, Ignacio López Leavy^a, Mauricio Fidel Mendoza González^b,
Manuel Salvador Luzania Valerio^b, María de Lourdes Mota Morales^b y
Francisco Domingo Vázquez Martínez^b

^a Departamento de Investigación, Centro de Investigación en Gestión, Educación y Desarrollo Sustentable y Observatorio Social Universitario, Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

^b Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, México

Recibido el 10 de marzo de 2025; aceptado el 19 de agosto de 2025

Disponible en Internet el 24 de octubre de 2025

PALABRAS CLAVE

Residencia médica;
Condiciones de
trabajo;
Fuerza laboral en salud

Resumen

Introducción: a nivel internacional, diversos estudios han señalado altos índices de maltrato en residencias médicas. Este artículo analiza 2 investigaciones en Argentina y México que abordan las condiciones laborales y formativas en estos programas, destacando las problemáticas comunes de maltrato y discriminación.

Métodos: se utilizó un diseño descriptivo-interpretativo, de corte transversal, basado en instrumentos aplicados previa e independientemente en cada país. En Argentina, se utilizó una encuesta semiestructurada con 509 residentes para evaluar maltrato en 5 dimensiones: educativo, psicoemocional, discriminación, violencia física y acoso sexual. En México, se aplicó un cuestionario tipo Likert a 517 residentes para medir el respeto a los derechos laborales y educativos. Los datos se analizaron comparativamente mediante medidas de frecuencia y discusión binacional.

Resultados: los resultados evidencian situaciones de discriminación y maltrato, en concordancia con la revisión de la literatura local, regional e internacional, que documenta estos fenómenos en los ambientes de formación y trabajo del personal médico residente. En México se reportó un 58,4% de discriminación y en Argentina, un 22%. Con respecto al trato, en México el 69,8% percibió falta de respeto por parte de los docentes, y en Argentina el 39,1% reportó calificaciones degradantes o gritos.

Conclusiones: las condiciones de formación en residencias médicas en ambos países reflejan problemáticas comunes que afectan la calidad de la educación médica. Se sugiere la creación de un instrumento común para evaluar y comparar las condiciones de formación de residentes en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: freboiras@gmail.com (F.I. Reboiras).

distintos contextos latinoamericanos, con el fin de contribuir a la mejora de los sistemas de salud en la región.

© 2025 El Autor/Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Medical residency;
Working conditions;
Health workforce

Training conditions in medical residencies in Argentina and Mexico: Challenges in medical education

Abstract

Introduction: International studies have reported high rates of mistreatment in medical residency programs. This article analyzes two studies conducted in Argentina and Mexico that examine working and training conditions in these programs, highlighting common issues of mistreatment and discrimination.

Methods: A descriptive-interpretative, cross-sectional design was used, based on instruments previously applied independently in each country. In Argentina, a semi-structured survey was conducted with 509 residents to assess mistreatment across five dimensions: educational, psycho-emotional, discrimination, physical violence, and sexual harassment. In Mexico, a Likert-scale questionnaire was applied to 517 residents to measure respect for labor and educational rights. Data were analyzed comparatively through frequency measures and binational discussion.

Results: The findings align with local, regional, and international literature, revealing mistreatment and discrimination in the training and working environments of medical residents. Both contexts show evidence of discrimination and mistreatment. In Mexico 58.4% of discrimination was reported and in Argentina 22%. Regarding treatment, 69.8% of residents in Mexico perceived a lack of respect from faculty, while in Argentina, 39.1% reported degrading comments or shouting.

Conclusions: Training conditions in medical residencies in both countries reflect common challenges that impact medical education quality. The creation of a standardized instrument to assess and compare residency training conditions across different Latin American contexts is suggested, contributing to the improvement of healthcare systems in the region.

© 2025 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La preocupación por las condiciones de formación del recurso humano en salud es global. Analizar estos procesos en las residencias médicas es estratégico para la política pública en salud, ya que permite reflexionar sobre prácticas pedagógicas que, al reproducir modelos de atención centrados en la enfermedad y no en la persona, obstaculizan la transformación de los sistemas de salud y se alejan del reconocimiento de la salud como derecho fundamental¹.

Desde hace más de 50 años se estudian estas condiciones con el propósito de establecer prioridades en salud y educación médica²⁻⁴. En 2014, una revisión sistemática indicó que el 63% del personal médico en formación había sufrido maltrato⁵. Estudios recientes evidencian asociaciones entre acoso psicológico y desgaste profesional⁶, y entre maltrato, agotamiento, depresión y disminución de la autoestima⁷. Asimismo, se constata, además, una mayor prevalencia de la depresión⁸. El maltrato forma parte de la cultura formativa y, en algunos casos, se naturaliza como necesario para la profesionalización en medicina⁹.

En Latinoamérica, la literatura coincide con estos hallazgos, aunque es escasa y rara vez se articula para

comprender sus rasgos comunes a nivel regional¹⁰⁻¹⁵. En este marco, el presente trabajo surge del encuentro entre 2 equipos de investigación que, tras conocer sus trabajos publicados y líneas de investigación, desarrollan un diálogo académico en torno a una problemática común sobre condiciones de formación y trabajo en residencias médicas de Argentina y México, presentando particularidades y rasgos comunes de ambos contextos, analizando cualitativamente posibles vínculos en los resultados de las investigaciones ya realizadas.

Contextos argentino y mexicano de los programas de formación en residencias médicas

Los sistemas de residencias argentino y mexicano presentan similitudes y diferencias. En Argentina, la residencia es un dispositivo de formación en servicio rentado que dura entre 3 y 5 años, con una dedicación horaria exclusiva de 40 horas semanales y guardias de 24 horas semanales durante todo el programa¹³.

Los programas de residencias están regulados por distintas instituciones: el servicio asistencial de la institución donde se realiza, las universidades (cuando

forman parte de una carrera de especialista) y el Ministerio de Salud de la Nación, que establece pautas mínimas de funcionamiento y procesos de acreditación junto con asociaciones y sociedades científicas.

El acceso a un programa de residencia requiere la aprobación del examen único de ingreso a residencias, cuyo resultado determina si se accede a una vacante. De acuerdo con Silberman¹⁶, para el año 2020 las especialidades más elegidas fueron pediatría, clínica médica, cirugía general, anestesiología y tocoginecología; el 71,5% de las personas aspirantes eran de nacionalidad argentina y el 58,7%, mujeres. Además, casi el 80% de las postulaciones se concentró en solo 4 jurisdicciones (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Santa Fe y Mendoza).

En México, la formación de personal médico especialista se realiza totalmente en unidades médico-asistenciales durante 4 años, en promedio¹⁷. El personal médico residente es considerado personal en formación y constituye una parte importante de la fuerza de trabajo en las unidades médicas¹⁸. Según la Secretaría de Salud, en 2022 había 254.794 médicos en contacto directo con pacientes y el 27% era personal médico en formación¹⁷.

En primera instancia, los programas de residencias médicas se encuentran regulados por las universidades que, según el artículo 3.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, deben garantizar el derecho a la educación superior, incluyendo la educación médica¹⁹. En segundo término, el ingreso y la permanencia de estudiantes de Medicina en las unidades médico-asistenciales para realizar el internado, el servicio social o la residencia está regulado por diferentes normas oficiales. Las instituciones educativas son consultadas y participan en la construcción de los marcos regulatorios, pero la normatividad termina siendo responsabilidad de la Secretaría de Salud, que tiene como obligación constitucional garantizar el derecho a la atención médica. De esta manera, la regulación de la formación termina siendo ejercida principalmente por las instituciones de salud, cuya misión fundamental es garantizar el acceso a la salud de la población¹⁷.

Programas de investigación argentino y mexicano

Las condiciones de formación y trabajo del personal médico residente han sido estudiadas de manera independiente en Argentina y México, con una meta común: la garantía del derecho a la educación para residentes y del acceso a un sistema de salud de calidad para la población. Asumiendo algunas diferencias conceptuales y metodológicas, en ambos países se han detectado prácticas de maltrato durante la formación.

El programa argentino enfoca la dimensión social de las *pedagogías hostiles* para comprender cuáles son los condicionamientos estructurales que las reproducen en las prácticas cotidianas de la residencia. Aborda la problemática acuñando el concepto de pedagogías hostiles en salud, y rastrea el estudio de ambientes de aprendizaje que naturalizan el maltrato en la medicina, tanto en el grado como en el posgrado³. Considera a Silver²⁰ como el precursor al publicar un primer estudio en el *Journal of the American Medical Association* acerca del abuso en estudiantes de Medicina, y a Myers²¹ al publicar en el *Canadian Medical Association Journal* un estudio sobre el maltrato a residentes.

Además, conceptualiza este problema como estructural y universal dada su prevalencia alrededor del mundo²². Con base en lo anterior, desarrolló una investigación cuali-cuantitativa de corte transversal, desde una perspectiva epistemológica crítica. Su objeto de estudio fueron las percepciones del personal médico residente sobre sus condiciones de formación y trabajo, así como el trato recibido en programas de residencias de hospitales del sistema público y privado nacional.

El programa mexicano parte de un enfoque de la salud basado en *derechos humanos*, y postula que las condiciones laborales y de formación desfavorables del recurso humano sanitario afectan el bienestar de residentes, e inciden en la capacidad institucional para cumplir con la obligación jurídica de garantizar el derecho a la salud de la población. Se pregunta si los programas de formación del personal médico especialista pueden vulnerar su derecho a la educación y al trabajo digno, reconociendo así que el respeto a estos derechos es condición necesaria para el cumplimiento del derecho a la salud. Así, la mejora de las residencias médicas fortalece la educación y la salud integral de residentes, impactando positivamente en la calidad de los servicios de salud. Esto contribuye a garantizar el derecho a la salud de las personas mediante la consolidación de instituciones de salud con personal formado en condiciones que les permiten responder ética y técnicamente a las demandas del sistema. Para ello, es imprescindible que las residencias médicas sean concebidas como espacios donde se entrelazan —y deben ser protegidos— los derechos a la educación, al trabajo digno y a la salud. Con el objetivo de conocer la opinión de residentes sobre el respeto a estos derechos en su formación, se desarrolló un estudio transversal-descriptivo, realizado en una universidad pública de México.

En suma, ambos programas de investigación, desde diferentes marcos teóricos e instrumentos de indagación, abordaron independientemente un problema común: el de las condiciones de formación y trabajo de las residencias, con especial atención en el trato recibido. Estas condiciones impactan en la formación integral médica, por ende, en la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención médica y la propia salud de los residentes²³. Todo ello, además, puede tener impacto en sus preceptos de vocación, profesionalismo, ética y calidad²⁴.

Material y métodos

La investigación siguió un diseño descriptivo-interpretativo²⁵, de corte transversal. Se buscó conocer y relacionar analíticamente los resultados de 2 estudios finalizados sobre condiciones de formación y trabajo en residencias médicas de Argentina y México, con 509 y 517 residentes, respectivamente. La selección de participantes de cada uno de los estudios se realizó mediante muestreo por conveniencia en especialidades básicas (clínica médica, pediatría, cirugía general y tocoginecología).

Instrumentos

Los instrumentos^{3,18,26}, fueron diseñados e implementados en cada país. En Argentina, el Observatorio Social Universitario (OSU) y el Centro de Investigación en Gestión, Educación y Desarrollo Sustentable (CIGEDS), enmarcados

en el Hospital Italiano de Buenos Aires, llevaron adelante la *Encuesta de Evaluación de Condiciones de Formación y Trato*, con el objetivo de evaluar el maltrato y el acoso en las residencias médicas. Las percepciones se relevaron mediante un cuestionario digital semiestructurado (integrado por 59 ítems con preguntas cerradas y 9 ítems con preguntas abiertas), que se organizó en 5 dimensiones del maltrato: educativo, psicoemocional, discriminación, violencia física y acoso sexual. Estas dimensiones, definidas con base en la literatura, permitieron indagar los planos individual, grupal e institucional en programas de cirugía general, tocoginecología, clínica médica y clínica pediátrica (especialidades troncales por las que cada residente debe pasar al menos en su primer año antes de hacer su especialidad).

En México, el Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos (OBEME) de la Universidad Veracruzana, implementó la Escala DERES a una muestra no aleatoria de 517 médicos residentes con el objetivo de medir el goce de sus derechos humanos¹⁸. Se aplicó de manera anónima, confidencial y voluntaria un cuestionario tipo Likert para valorar la opinión de los residentes sobre el respeto a sus derechos a la educación y al trabajo digno, integrado por 32 ítems (alfa de Cronbach = 0,931). Se presentan frecuencias simples y, como medidas de resumen, la evaluación global del respeto al derecho, medido en el porcentaje de manifestación de sucesos favorables y desfavorables a dicho derecho, junto con el puntaje obtenido por cada ítem. En cuanto a posibles sesgos, se reconoce que el tipo de muestreo utilizado implica una limitación en términos de representatividad estadística. Sin embargo, la selección intencional responde al interés exploratorio y descriptivo del estudio, centrado en visibilizar percepciones sobre el maltrato en contextos específicos de formación médica. Aunque no puede garantizarse una proporción equitativa entre personas que han vivido o no situaciones de maltrato, los resultados permiten identificar patrones relevantes y generar hipótesis para futuras investigaciones con diseños probabilísticos que fortalezcan la validez externa.

Procesamiento y análisis de datos

Para contrastar los instrumentos utilizados se conformó un grupo de discusión binacional, cuya tarea fue identificar los

ítems de ambos instrumentos que relevaran datos cuantitativos posibles de ser puestos en relación para una valoración cualitativa. Se seleccionaron 3 ítem de cada instrumento relativos a 2 dimensiones de análisis consensuadas entre los equipos:

Discriminación: abarca tratos discriminatorios en relación a diferentes aspectos identitarios (género, nacionalidad, etc.). En el instrumento argentino, se entiende la recepción de comentarios ofensivos en relación a la nacionalidad o país de procedencia, religión, creencias, prácticas espirituales y género; mientras que en el mexicano incluye tratos discriminatorios vinculados al género, apariencia u otra característica personal (tabla 1).

Trato: incluye diferentes tipos de interacciones en los ambientes de aprendizaje y trabajo del personal en formación. En el instrumento argentino refiere a la recepción de calificaciones verbales degradantes y gritos frente a pacientes y otros profesionales; y en el caso mexicano, considera el respeto y la paciencia en la asistencia de profesores de la unidad médica donde se desempeña el residente.

Para el análisis de datos, se emplearon medidas de frecuencia simple para la comparación de resultados. Las respuestas de los instrumentos fueron convertidas a puntajes dicotómicos (sí/no). Se calcularon las frecuencias por ítem agrupadas por cada dimensión para cada instrumento. Así, se abordaron y describieron las condiciones de formación y trabajo a partir de las 2 dimensiones propuestas.

Resultados

El análisis de estas dimensiones se realizó en 2 poblaciones con características similares, como se observa en la tabla 2. La media de edad de ambas muestras no mostró diferencias significativas entre sí, aún en el rango estimado. En relación con el género, en Argentina se observa una mayor presencia de mujeres (71,5%) que en México (49,5%), y también la inclusión de categorías que exceden el binomio femenino-masculino (2%). En Argentina el 17,1% refirió tener personas a su cargo, y en México 8,7%, donde solo estuvo referida a hijos. La elección de especialidad de clínica médica predominó en ambos países, 37,3% en Argentina (se consideraron programas de clínica médica como análogos a medicina general y familiar) y 32,1% en México; mientras que cirugía general se presentó como la especialidad menos

Tabla 1 Dimensiones de análisis de los instrumentos de México y Argentina

Dimensión	Instrumento/Pregunta	
	Argentina (OSU/CIGEDES)	México (OBEME)
<i>Discriminación</i>	¿Ha recibido comentarios ofensivos en relación con su nacionalidad o país de procedencia; con su religión, creencias y prácticas espirituales o con relación a su género (varón, mujer u otro)?	Recibí tratos discriminatorios por mi género, apariencia o cualquier otra característica personal
<i>Trato</i>	Las calificaciones verbales degradantes y gritos frente a colegas y pacientes (por ejemplo: inútil, vago, inepto u otras) estuvieron ausentes durante mi residencia	La asistencia que me brindaron mis profesores de la unidad médica siempre fue con respeto y paciencia, dirigiéndose de manera adecuada

CIGEDES: Centro de Investigación en Gestión, Educación y Desarrollo Sustentable; OBEME: Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos; OSU: Observatorio Social Universitario.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2 Características sociodemográficas comparadas entre Argentina y México

Característica seleccionada	Argentina		México	
	OSU/CIGEDES (n = 509)		OBEME (n = 517)	
<i>Edad</i>	μ 29,46 años ($\pm 3,08$) Rango 24–43 años		μ 28,90 años ($\pm 2,30$) Rango 25–40 años	
<i>Género</i>	Mujeres	71,5%	Mujeres	49,5%
	Varones	26,5%	Varones	50,5%
	Disidencias	2%		
<i>Refirió tener personas a su cargo (padre, madre, hijos, hijas, pareja u otro)</i>	Sí	17,1%	Sí ^a	8,7%
	No	82,9%	No	91,3%
<i>Especialidad en desarrollo</i>	1. Clínica médica/medicina general y familiar	37,3%	1. Medicina interna	32,1%
	2. Tocoginecología	24%	2. Cirugía general	28,8%
	3. Pediatría	21%	3. Pediatría	20,8%
	4. Cirugía general	17,7%	4. Ginecología y obstetricia	18,1%
<i>Tipo de gestión de la sede formadora</i>	Pública	72,7%	Pública	100%
<i>Año escolar de la residencia</i>	Privada	27,3%		
	1.°	34,4%	1.°	45,4%
	2.°	23,4%	2.°	41,6%
	3.°	21,8%	3.°	8,3%
	4.°	14,7%	4.°	4,6%
	5.° (jefaturas)	5,7%	NA	NA

±: Desviación típica; μ : media muestral; CIGEDES: Centro de Investigación en Gestión, Educación y Desarrollo Sustentable; NA: No se aplica; OBEME: Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos; OSU: Observatorio Social Universitario; R: Rango valores mínimo y máximo.

Fuente: Elaboración propia.

^a Esta variable se circunscribió a la evaluación de tener o no hijos.

elegida en Argentina con un 17,7% y como la segunda más elegida en México, con un 28,8%.

El 100% de la muestra de México se desarrolla en una institución pública, mientras que en Argentina, el 27,3% se desempeña en instituciones privadas. La distribución entre los primeros grados de desarrollo de la residencia en Argentina es bastante homogénea durante los 3 primeros años, a diferencia de México, donde la mayoría (87%) se concentra entre los 2 primeros años (tabla 1).

En relación a la dimensión discriminación, se encontró que, en el contexto mexicano, se reportaron mayores manifestaciones de discriminación (58,4%) que en el argentino (22%) al comparar los valores ponderados (tabla 3). En cuanto a la dimensión trato, en el contexto mexicano el 69,8% consideró que el trato recibido por profesores no fue respetuoso ni paciente. En el argentino, el 39,1% refirió haber recibido

calificaciones verbales degradantes y gritos frente a colegas y pacientes (tabla 3).

Discusión

En comparación con otras profesiones, la medicina cuenta con instancias de formación más prolongadas, que abarcan la carrera de grado, especialización y formación continua. Las residencias son el ámbito de formación en servicio privilegiado para aprender y acreditar una especialidad médica. Se caracterizan por su inmersión en el entorno asistencial, donde se aprende en la práctica bajo supervisión, resultando «un híbrido entre el aula de clase y un lugar de trabajo»¹³. Sin embargo, la naturaleza híbrida de la residencia trae consigo el riesgo de que el personal médico residente sea absorbido por las instituciones únicamente como fuerza laboral, descuidando el aspecto formativo²⁶.

En la misma línea, Derive y Agazzi¹⁴ sugieren que la residencia no es solo una instancia formativa, sino una transición sociocultural dentro del gremio médico, como si se tratara de un «rito de pasaje» para el cual se exigen habilidades técnicas y el desarrollo de una identidad profesional diferenciada. En este sentido, Díaz et al.²⁷ también advierten que la especialización no solo exige conocimientos avanzados, sino también resistencia y dedicación en un contexto competitivo.

Diversos estudios han abordado la problemática del maltrato y la discriminación en los programas de residencias médicas, evidenciando su carácter regional^{10,12–14} e internacional^{5,22}. Los resultados de ambos proyectos (OBEME

Tabla 3 Comparación de condiciones de formación y trabajo del personal médico residente en México y Argentina

Dimensión	País	Sí	%	No	%
<i>Discriminación</i>	México	302	58,4	215	41,6
	Argentina	148	22,0	361	77,9
<i>Trato</i>	México	156	30,2	361	69,8
	Argentina	199	39,1	310	60,9

Fuente: elaboración propia.

y OSU/CIGEDES) fortalecen la literatura que sostiene la presencia de maltrato y discriminación en residencias médicas. A su vez, considerando que el 87% de la muestra mexicana está concentrada en los 2 primeros años de residencia, mientras que los residentes de primer y segundo año de la muestra argentina representan un 57% del total, podría explicarse el mayor porcentaje de discriminación hallado en México a partir de la tendencia a un mayor registro de prácticas de discriminación y maltrato durante los primeros años de residencia¹³.

En ambos países, uno de los mayores desafíos para intervenir en las problemáticas de las residencias es su doble o triple dependencia institucional respecto: del Ministerio de Salud, de las instituciones de educación superior, de los servicios y de las áreas de docencia hospitalaria, entre otros. En el caso mexicano, estudios previos muestran cómo la falta de articulación entre los hospitales y las universidades, que deberían ser corresponsables, perjudica la calidad formativa del personal médico residente^{14,17,28}. Esta situación expresa la necesidad de evaluación y supervisión de los organismos acreditadores. En Argentina, se plantea también el desafío de la integración del sistema de acreditación de residencias médicas y de carreras de especialización, 2 alternativas vigentes de formación de especialistas²⁹.

El trabajo de ambos equipos de investigación estuvo abocado a revisar en profundidad los instrumentos y criterios de selección de las muestras, sus aspectos metodológicos y los principales hallazgos de las investigaciones, para producir datos en conjunto. Aunque los países trabajaron desde marcos teóricos y epistemológicos diferentes, se hallaron expresiones similares de una misma problemática: las condiciones de formación y trabajo de los residentes en ambos países. De esta manera, este trabajo refleja un diálogo enmarcado en preocupaciones afines, que tuvo como resultado la identificación de un problema en común a nivel regional. Por ello, es intención de estos 2 equipos diseñar y validar un nuevo instrumento que permita realizar ejercicios de comparación entre las realidades de las condiciones de formación y trabajo de los residentes de Latinoamérica.

Conclusiones

Este artículo tuvo como propósito relacionar los resultados de 2 investigaciones de Argentina y México, dedicadas al estudio de las condiciones de formación y trabajo del personal médico residente en ambos países. En línea con los antecedentes regionales, los resultados presentados dan cuenta de la presencia de maltrato y discriminación como una problemática estructural común que trasciende las particularidades de cada contexto, e implica un desafío para la educación médica en la región.

Las situaciones de maltrato y discriminación, que han sido históricamente naturalizadas en los ambientes de formación y trabajo, impactan de manera directa en la calidad de la atención que el personal puede brindar y del sistema de salud en general.

Ante esta situación, se exhibe la necesidad de fortalecer la capacidad de evaluar y adaptar estas condiciones formativas y laborales. De este modo, se favorecería el bienestar del personal médico residente y se contribuiría al robustecimiento de los sistemas de salud. En este sentido, la

validación de un instrumento común para el estudio regional de las condiciones de formación y trabajo, podría constituir un avance hacia una comprensión más acabada de la problemática, con miras a diseñar políticas para la mejora de la calidad formativa y laboral en las residencias médicas de América Latina.

Responsabilidades éticas

Ambos programas respetan la Declaración de Helsinki (2013). El equipo argentino contó con la aprobación del Comité de Ética Central de la Provincia de Buenos Aires (Acta 2022–14,280,524-GDEBA-CECMSALGP) y del Comité de Ética de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires (CEIU N° 0004–22/2021). El equipo mexicano contó con la aprobación del Comité de Investigación (CI-ISP-02-2023) y del Comité de Ética en Investigación (CEI-ISP-UV-R11/2023), ambos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Financiación

Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires y Universidad Veracruzana.

Autoría

El artículo es producto de un trabajo conjunto entre 10 integrantes de 2 equipos de investigación de distintos países (Argentina y México). En la carta de presentación al Comité Editorial se detallan las contribuciones de todas las personas autoras. Consideramos que la inclusión de cada una es fundamental para reflejar la colaboración interdisciplinaria e internacional que sustenta este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses relacionados con este trabajo.

Bibliografía

1. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Segunda edición ampliada y corregida. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
2. Castro R, Sarmiento-Chavero M, Romay-Hidalgo F, Castañeda-Prado A. Exploración sobre el grado de cumplimiento de los derechos de los médicos residentes en México. RIEM. 2024;13(50):56–7.
3. Roni C, Mur JA, Deza R, Fernández Cedro MI, Reboiras F. Pedagogías hostiles en residencias médicas: una problemática estructural de la formación en salud. Rev Med (Buenos Aires). 2024;84:1–9.
4. Vizmanos B, Mejía-Pérez J, Fránquez-Flores Y, Cortés-Flores CA, Betancourt-Núñez A, Bernal-Orozco MF. Bases para fundamentar un anteproyecto de investigación. Rev Educ Desarro. 2022;61:81–96.
5. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. Acad Med J Assoc Am Med Colleges. 2014;89(5):817–27.

6. Tafoya S, Jaimes-Medrano A, Carrasco-Rojas J, Mujica M, Rodríguez-Machain A, Ortiz-León S. Asociación del acoso psicológico con el desgaste profesional en médicos residentes de la Ciudad de México. *RIEM*. 2020;9:18–27.
7. Finn KM, O'Connor AB, McGarry K, Harris L, Zaas A. Prevalence and sources of mistreatment experienced by internal medicine residents. *JAMA Intern Med*. 2022;182(4):448–50. doi:10.1001/jamainternmed.2022.0051.
8. Chen L, Zhao Z, Wang Z. Prevalence and risk factors for depression among training physicians in China and the United States. *Sci Rep*. 2022;12:1–10.
9. Reboiras F, Mur J, Deza R, Fernández Cedro MI, Roni C. Maltrato en las residencias médicas: un estudio cualitativo sobre la configuración de las identidades profesionales. *Investig Educ Méd*. 2024;13(49):17–25. doi:10.22201/fm.20075057e.2024.50.23552.
10. Stolovas N, Tomasina F, Pucci F, Frantchez V, Pintos M. Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia. *Rev Méd Uruguay*. 2011;27(1):21–9.
11. Chávez-Rivera A, Ramos-Lira L, Abreu-Hernández LF. Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gac Med Mex*. 2016;152:796–811.
12. Montes-Villaseñor E, García-González J, Blázquez-Morales MSL, Cruz-Juárez A, De-San-Jorge-Cárdenas XMC. Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *CienciaUAT*. 2018;12(2):54–66.
13. Reboiras F. Condiciones de formación en las residencias médicas: el maltrato como práctica educativa legitimada. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2020. 127 p. [Tesis de Maestría]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10469/16408>.
14. Derive S, Agazzi E. Análisis de las raíces profundas del maltrato en los residentes de especialidades médica. Universidad Panamericana; 2022. 267 p. [Tesis de Doctorado]. Disponible en: <https://scripta.up.edu.mx/server/api/core/bitstreams/cd3fec8c-fed0-49ae-8402-11ff3a6b7083/content>.
15. Real Delor RE, Ayala Saucedo A. Maltrato a residentes de medicina del Paraguay en 2022: estudio multicéntrico. *Rev Fac Cienc Med Univ Nac Córdoba*. 2023;80:112–8.
16. Silberman P, Silberman M, López E, Caruso MP, Sofia García Argibay, Lois IP. Caracterización de la población inscripta al examen único para residencias médicas 2020. *Rev Salud Pública*. 2023;28(2):59–66.
17. Vázquez-Martínez FD, Jongitud-Zamora J. La violencia en la educación médica en México: a sesenta años del Movimiento Médico de 1964–1965. *Enfoques Jurídicos*. 2024;10:73–94.
18. Domínguez-Lara S, Mota-Morales M, Delgado-Domínguez C, Luzania-Valerio M, Vázquez-Martínez D. El disfrute de los derechos humanos en médicos residentes: construcción y primeras evidencias psicométricas de instrumento. *Investig Educ Méd*. 2022;11(42):19–29.
19. Vázquez Martínez FD, Mota Morales M de L, Argüelles-Nava VG. Educación médica y derechos humanos en las unidades médicas de México: hacia un nuevo horizonte ético. *MyE*. 2024;35(1):108–69.
20. Silver HK. Medical students and medical school. *JAMA*. 1982;247(3):309–10.
21. Myers MF. Abuse of residents: it's time to take action. *CMAJ: Can Med Assoc J*. 1996;154(11):1705–8.
22. Brooks J, Bosks CH. Bullying is a systems problem. *Soc Sci Med*. 2013;77:11–2. doi:10.1016/j.socscimed.2012.11.003.
23. Mendoza-González M, Vázquez-Martínez FD, Mota-Morales M, Ortiz-Chacha C, Delgado Domínguez C, Cortés-Jiménez H, et al. Error médico autopercibido: análisis del enfoque de salud basado en los derechos humanos en México. *Investig Educ Méd*. 2023;12(46):79–92.
24. González JP. Profesionalismo e identidad médica. *Educ Méd*. 2023;24(2):1–9. doi:10.1016/j.edumed.2023.100806.
25. Ramos Zincke C. Cómo investigan los sociólogos chilenos en los albores del siglo XXI: paradigmas y herramientas del oficio. *Pers Sociol*. 2005;9(3):85–122.
26. Vázquez-Martínez FD, Mendoza González MF, Luzanía Valerio MS, Ortiz Chaca CS, Delgado Domínguez C. El derecho a la educación médica en el espacio docente-asistencial. *UVserva*. 2024;16:67–76. doi:10.25009/uvs.vi16.2977.
27. Díaz ÁRR, Espínola-Canata M, Méndez J, Gaona MF, Palacios-González J. Puntaje final del examen de admisión según el promedio de grado de los postulantes a la convocatoria de la Comisión Nacional de Residencias Médicas Paraguay 2019–2023. *Med Clín Soc*. 2024;8(1):20–6.
28. Rodríguez-Torres A, Casas-Patiño D, Martínez-Montes AL, Amezcua-Estrada H. Especialidad médica en México: 'aquí se forja el carácter'. *Acta Scient Educ*. 2023;45:e64171. doi:10.4025/actascieduc.v45i1.64171.
29. Duré MI. Residencias médicas en Argentina 2015. *Rev Argent Med*. 2015;3(5):2–4.