

## Perspectivas analíticas

Medwave 2013;13(7):e5764 doi: 10.5867/medwave.2013.07.5764

# Médicos residentes en México: tradición o humillación

## Resident physicians in Mexico: tradition or humiliation

**Autores:** Donovan Casas Patiño<sup>(1,2,)</sup>, Alejandra Rodríguez Torres<sup>(2,3)</sup>, Isaac Casas Patiño<sup>(3)</sup>, Cuauhtémoc Galeana Castillo<sup>(4)</sup>

**Filiación:**

<sup>(1)</sup>Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl y Centro Universitario Amecameca, México

<sup>(2)</sup>Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Unidad Médico Familiar (UMF) Valle de Chalco, México

<sup>(3)</sup>Instituto Mexicano de Diagnóstico por Imagen (IMDI) Cuernavaca, Morelos, México

<sup>(4)</sup>Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), México DF, México

**E-mail:** [capo730211@yahoo.es](mailto:capo730211@yahoo.es)

**Citación:** Casas D, Rodríguez A, Casas I, Galeana C. Resident physicians in Mexico: tradition or humiliation. *Medwave* 2013;13(7):e5764 doi: 10.5867/medwave.2013.07.5764

**Fecha de envío:** 11/7/2013

**Fecha de aceptación:** 25/8/2013

**Fecha de publicación:** 30/8/2013

**Origen:** no solicitado

**Tipo de revisión:** con revisión por dos pares revisores, a doble ciego

**Palabras clave:** Resident physician, medical specialty, postgraduate medical training.

## Resumen

México tiene una gran historia y tradición en la formación de médicos residentes. Pero ¿qué encontramos detrás de este proceso? Relaciones de poder implícitas y explícitas, inadvertidas o ignoradas por conveniencia por parte de las instituciones universitarias y de salud, con el agravante de olvidar su compromiso en la formación de mujeres y hombres profesionales. Los residentes son reducidos a un indicador más de recursos humanos para la salud. El médico residente en formación académico-científica está sumergido en esta vorágine deshumanizada y termina por convertirse en un individuo para el cual el dominio del conocimiento es un instrumento de poder. En este proceso olvida que su actuar y su razón de ser radican en el principio de *primum non nocere* y de servir. El artículo describe la realidad actual de los residentes en México y propone algunas medidas para mejorar las condiciones en las cuales se desempeñan.

## Abstract

Mexico has a great history and tradition in relation to the training of resident physicians, but what we find behind this process?, Power relations implied and not implied, unnoticed or ignored for convenience by the academic and health institutions, with the aggravation of forgetting its commitment to the training of men and women "professionals" and limited to meet another indicator of "human resources for health." The resident physician in academic and scientific training is immersed in this dehumanized maelstrom and ends up becoming a character for the domain of knowledge as power, forgetting that his act and its rationale lies in the principle of "*primum non nocere*" to that we would add: nor your person, nor your fellowman, much less whom you have the moral, ethical and civic responsibility to convey some of your knowledge and your experience, that is, part of your essence".

Este artículo plantea una necesidad urgente respecto a la formación profesional y conformación de los recursos humanos de salud en México, en especial el caso de los médicos residentes. Este personal es utilizado por los sistemas de salud privado y público como mano de obra barata, en condiciones de alimentación inadecuada, con

abuso físico en su horario laboral, sometido a una alta presión académica y con un sueldo beca que humilla toda la labor ejercida por este médico en formación. Por esta razón planteamos ¿qué médicos necesitamos en el país?<sup>1</sup>. Nuestro propósito en el presente artículo es labrar un

camino nuevo e innovador en la reconfiguración de estos profesionales de la salud.

El médico residente es, por definición operativa, el profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes. Además, éstos deben estar avalados y supervisados por una institución universitaria.

En este tenor, el médico residente es aceptado por una institución de salud pública o privada con aval universitario. Con anterioridad, el médico residente aprobó una evaluación nacional de carácter anual. Este proceso está formalizado desde el 18 de octubre de 1983 por Acuerdo Presidencial. En este acuerdo se crearon dos comisiones interinstitucionales: la Comisión de Formación de Recursos Humanos en Salud y la Comisión de Investigación en Salud. Sus propósitos están estrechamente ligados con la educación y la salud, enfocados a la especialización de los médicos generales<sup>2</sup>.

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, es un organismo colegiado interinstitucional y autónomo. Su propósito es identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud en el proceso de formación de recursos humanos para esta última área, según los requerimientos del Sistema Nacional de Salud<sup>2</sup>. Dentro de los objetivos educativos se encuentra el elevar la calidad de la educación en todos los niveles, vincular la investigación científica y el desarrollo experimental con los requerimientos del país, elevando la calidad del personal médico y de salud, propiciando el incremento de la investigación. Asimismo, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud es un órgano de consulta de la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Salud, así como de otras dependencias e instituciones del sector público.

Cabe aclarar que la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud de lo único que se encarga es de coordinar cuántas plazas existen para cada médico aspirante. Si se encargara de supervisar los procesos formativos y académicos terminaría por cerrar la gran mayoría de sedes para médicos residentes, puesto que no existe hasta este momento un censo nacional de profesores certificados en la enseñanza de posgrado, en este caso de especialidades médicas. En este punto la cuestión es ¿cómo se promociona y certifica la calidad educativa y formativa de estos médicos residentes?

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud trata de conciliar la cantidad con la calidad, esto es la matrícula con la capacidad del Sistema Nacional de Salud para la instrucción clínica (especialización médica). En el año 2012 ofertó 6.900 plazas en 28 especialidades de entrada

troncal, para una demanda que superó los 55.000 médicos en busca de un lugar<sup>2</sup>. Es oportuno mencionar que esta comisión ha estado envuelta durante muchos años en múltiples fraudes que involucran la venta del examen nacional de residencias médicas y de plazas<sup>3,4,5</sup>. No fue hasta 2012 que se implementó la aplicación de manera electrónica, y aun así se detectó venta electrónica del mismo examen. Si la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud no certifica calidad educativa y está inmersa en fraudes en la compra de plazas, ¿qué importancia tiene como organizador de las especialidades médicas?

El médico general se enfrenta a todo esto para obtener una plaza de especialización. Una vez que cuenta con la carta de aprobación de examen nacional de aspirante a residencia médica, tiene que acudir a una institución receptora de médicos residentes, pública o privada, y esperar a que sea aceptado para realizar su adiestramiento. Cuando es aceptado, el médico residente deberá regirse por las disposiciones jurídicas aplicables como profesional en formación. De igual forma, deberá someterse a la normatividad institucional de la sede que lo acepta<sup>6,7</sup>, a las disposiciones de la norma oficial mexicana para residencias médicas<sup>8</sup>, así como a los programas operativos y académicos avalados por la institución universitaria de su sede<sup>9</sup>.

El médico residente al ingresar a la institución en salud obtiene una beca mensual de 770 dólares como residente en su primer año. Cada año académico el sueldo aumenta significativamente en 76 dólares, es decir un residente de segundo año gana 846 dólares mensuales y así sucesivamente. Cabe mencionar que el discurso oficial revela que el sistema de salud mexicano gasta 77 millones de dólares anuales solamente en sueldos para médicos residentes<sup>10</sup>. Esta cantidad de dinero debería alcanzar para pagar a 9.000 residentes, los cuales no existen. El último censo de médicos residentes es de 8.000 en 495 cursos de especialización en 89 sedes hospitalarias. La pregunta es evidente, ¿dónde está invertido el dinero restante del presupuesto?

Los sueldos de los médicos residentes están avalados y homogenizados a nivel nacional desde 2001. Ello se debe a un grupo contestatario de médicos residentes, disconformes al conocer los estratosféricos aumentos de sueldo mensual que se autoaprobaron los directivos del Instituto Mexicano del Seguro Social y del incumplimiento de acuerdos pactados en el año 2000 entre médicos residentes, este instituto y el sindicato. Los acuerdos de este pacto incluían alimentos saludables en la dieta, lugares para descanso y lectura dentro de las jornadas de guardia médica, uniformes y zapatos, pago por riesgo de infecto-contagiosidad o emanación radioactiva y acceso a bibliotecas virtuales<sup>11</sup>. Sin embargo, después de más de 10 años de esa lucha, los médicos residentes continúan hacinados en sus habitaciones de hospital y su dieta sigue siendo inadecuada, puesto que los horarios de comida son incompatibles con su jornada académica y formativa, sin tener un lugar físico donde se les procure alimentos sanos fuera de los horarios del comedor en el hospital. Esta

situación infringe de por sí la normativa laboral jurídica en beneficio del trabajador. Empresas automovilísticas como Ford<sup>12</sup> procuran alimentos sanos, de buen sabor y nutritivos a sus empleados en las plantas armadoras. Si el trabajador no puede acudir por cuestiones laborales al horario del comedor, tiene la oportunidad de acudir por un refrigerio que está disponible las 24 horas del día. Entonces, ¿por qué no tomarlo como ejemplo?

El médico residente labora más de 24 horas al día con personas que sienten y sufren. ¿Por qué no procurarle una dieta en mejores condiciones? Pareciera que la satisfacción laboral del médico residente en las instituciones de salud no tiene prioridad, dado que una mala dieta en un trabajador genera baja productividad y consecuencias a largo plazo en su salud<sup>13</sup>. El médico residente ocupa un lugar muy importante en el mecanismo asistencial del sistema de salud mexicano. Aspecto que no han vislumbrado las instituciones en salud, ni mucho menos las universitarias.

Siguiendo en la misma línea, la práctica clínica de los médicos residentes muchas veces no es supervisada ni retroalimentada<sup>10</sup>. La razón es que estos controles de calidad formativa exceden el número de residentes en relación al número de profesores titulares y adjuntos. Además, las instituciones universitarias y de salud no tienen una articulación operativa y financiera para llevar a cabo controles formativos básicos. Sólo exponen los resultados de supervisión a partir de exámenes de aprendizaje, dejando a un lado la formación integral del médico residente. En este contexto, debemos cuestionar si todos los profesores de las especialidades médicas tienen la capacidad y las herramientas didácticas para la enseñanza. Asimismo, debemos discutir si las unidades receptoras de residentes cuentan con los espacios físicos, aulas, auditorios, computadoras, red de internet, casilleros. Para qué decir, si cuentan con personal capacitado y certificado para impartir las materias de la especialidad.

Aunado a lo anterior, las guardias complementarias –así llamadas para no crear alarma social– siguen siendo cada tercer día (A, B, C), con un horario de entrada a las 16 pm y salida a las 7 am, de lunes a viernes. Los días festivos y fines de semana estas guardias son de 24 horas continuadas, de 8 am a 8 am. Esta situación convierte al médico residente en una suerte de esclavo de las instituciones de salud, al cual se le ha domesticado su imaginario del deber ser a costa de su propia salud (*"la medicina con hambre y fatiga se aprende"*). Es importante mencionar que la jornada laboral debe tener un límite máximo, el que se debe determinar por la capacidad física del trabajador (fuerza de trabajo), y por el hecho de que el trabajador necesita una parte del tiempo para satisfacer sus necesidades espirituales, personales y sociales<sup>14</sup>.

En cuanto al aprendizaje mismo, lo encontramos repleto de relaciones de poder dentro de un "currículo oculto". En ocasiones, este es aprovechado por los médicos en formación de más rango (residentes de segundo, tercero o cuarto año, entre otros) o por médicos adscritos a los

servicios. Aquí convergen aspectos informales respecto a la formación académico-científica, entre ellos abusos laborales como el acoso sexual, acoso laboral, discriminación sexual, despotismo (no se le puede dirigir la palabra a un residente superior en rango ni mucho menos al médico de base, nunca se debe cuestionar una orden), castigos físicos (guardias de castigo), castigos económicos (comprar alimentos para todo el servicio), injurias y otros<sup>15</sup>. La vida es un aspecto trascendental en el proceso formativo y académico de un profesional que se mezcla con las relaciones de poder, las que terminarán influyendo en la práctica clínica diaria. Así, el resultado es que tenemos médicos especialistas o subespecialistas que en su relación médico-paciente terminan por ofrecer despotismo, apropiación del cuerpo, desvanecimiento de la otredad, desvirtuación del individuo en su padecer, y que se erigen como creadores y reproductores de verdades absolutas.

Estas relaciones de poder están implícitas en el acto y el ejercicio médico, pero humillar y amenazar al aprendiz es un arte milenario<sup>16</sup>. Es abusar de los más débiles en conocimiento con afirmaciones menospreciativas del tipo "mira allá abajo a la que vende comida, le sirves más a ella que a mí. ¡Retírate de este servicio y no regreses jamás!". A parte del hecho de que nadie nace sabiendo todo, la indignación en este tipo de conductas es reforzada por los organismos internos de las instituciones de salud y universidades. Si alguien osa quejarse ante este tipo de vejaciones, estos organismos las dictaminan como casos aislados, la baja a la residencia por humillación es inapelable y proponen como solución al reclamante que presente nuevamente el examen de aspirante a residencia médica<sup>17</sup>. Nuestras autoridades viven siendo incuestionables y los médicos residentes no tienen un órgano colegiado que los respalde ante estas situaciones de abuso de poder.

Continuando con el abuso de poder, los médicos residentes están expuestos a jornadas laborales de más de 80 horas a la semana, lo que genera depresión y ansiedad<sup>18,19</sup>, síndrome de Burnout<sup>20,21</sup>, relaciones interpersonales inadecuadas entre coetáneos y reproducción social de la cultura de poder de la especialización<sup>22</sup>. También se ha encontrado asociación con uso de drogas médicas como analgésicos narcóticos, tranquilizantes, sedantes, anfetaminas/estimulantes, al igual que drogas no médicas como marihuana y cocaína, sumado al alto consumo de alcohol<sup>23</sup>. Un aspecto no menor es el aumento de errores en la interpretación de resultados médicos, así como técnicos asistenciales, secundarios a un importante deterioro de la capacidad psicomotriz<sup>24,25,26</sup>. Estos errores médicos generados por privación del sueño, conllevan a una mala evolución del paciente<sup>27</sup> u otros desenlaces más adversos. Podríamos continuar con la cascada de consecuencias físicas y psicológicas producidas por la residencia médica en el especialista en formación. Éste, al final de su formación académico-científica, reproducirá una conducta asistencial repleta de trastornos emocionales y de poder, donde la relación médico-paciente quedará completamente

deshumanizada y condenada por esta vorágine de la deformación de los recursos humanos de salud.

## Conclusión

A todos los médicos residentes se les debe formar y capacitar en ambientes saludables, en instituciones de salud que realmente sean supervisadas por las universidades, que no sólo regalen su aval. Estos médicos residentes necesitan:

- Jornadas laborales no tan extenuantes. El primer caso en México en reducción de horas en jornada médica para residentes está en el estado de Aguascalientes. Esta es una apuesta innovadora y vanguardista en educación, apoyada por el secretario de salud de ese estado al igual que por el gobernador<sup>28</sup>. Con ello se pretende mejorar la calidad de atención médica.
- Mejorar su ingreso económico, el que es de 9.000 dólares anuales.
- Reformar alternativas saludables, de calidad y buen sabor en la dieta, considerando que los horarios del médico residente son variados.
- Aumentar la calidad y cantidad de sus uniformes.
- Otorgar un servicio de psicología o terapia grupal/individual bimestralmente.
- Procurar que el ambiente laboral donde se rige el poder (currículo oculto), como conocimiento implícito en los años de residencia, sea en comunicación bilateral y no unilateral.
- Aumentar el número de profesores titulares y adjuntos en las sedes hospitalarias, así como su capacitación constante.
- Fomentar la participación de médicos residentes en un organismo autónomo independiente, que vele por los intereses en común de todo el colectivo, por ejemplo Médicos Residentes de México. Los médicos residentes son una realidad y una fortaleza que no debe desvanecerse.

Los médicos residentes deben buscar, al igual que los estudiantes de medicina de pregrado, una enseñanza de la medicina sin abuso de poder. La medicina es un arte y en su ejercicio no debe existir temor, miedo, ni mucho menos angustia en su aprendizaje, puesto que su fin último es el beneficio de la humanidad. Por otro lado la libertad en la adquisición del conocimiento debe ser, precisamente, libre. El poner candados para que los médicos generales puedan acceder a una especialidad es quitarles la oportunidad de la capacitación y aprendizaje como estilo de vida. Los grandes educadores se preguntan ¿por qué condicionar las plazas para una especialidad, si lo que necesitamos son médicos generales altamente capacitados? ¿Por qué no brindar la oportunidad de una especialidad médica en otras modalidades educativas? ¿Por qué nuestras autoridades no predicán con el ejemplo? Innovemos, arriesguemos. Las respuestas están al alcance de la mano.

## Agradecimientos

† Carlos Fonseca Hernández, en memoria de un libre y digno intelectual de la equidad de género y los derechos humanos. A cada uno de los médicos residentes de México y América Latina.

## Notas

### Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización de la investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

## Referencias

1. Martínez P. El médico que el país necesita. *Salud Pública de México*. 1995;37(5):472-476. | [Link](#) |
2. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Información XXXVI ENARM 2012. Plazas ofertadas para médicos mexicanos civiles y lugares ofertados para médicos extranjeros. México D.F.: CIFRHS, 2012 | [Link](#) |
3. Leal G. El fraude como norma en el ENARM. *La Jornada*. 15 de Octubre del 2011; Sección Opinión. | [Link](#) |
4. Martínez A. Denuncia de fraude en el ENARM. *La Jornada*. 22 de Julio del 2011; Sección Justicia y Sociedad. | [Link](#) |
5. Ramírez M. Suspende SSA Examen Nacional para Residencias Médicas; aspirantes pagaban \$80 mil por la prueba; doctores cuentan cómo se la ofrecían. *La Crónica*. 11 de Febrero del 2013; Sección Notas. | [Link](#) |
6. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI. Norma interna para residentes en periodo de adiestramiento de una especialidad. México D.F.: IMSS, 2011. | [Link](#) |
7. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Normatividad de médicos residentes ISSSTE: en período de adiestramiento en una especialidad del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México DF: ISSSTE, 2013. | [Link](#) |
8. NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012. Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. | [Link](#) |
9. Urtuzuástegui H, Ruiz L, Durand-Olivier PS, Sánchez R, Gracia A. El plan único de especializaciones médicas de la facultad de medicina. *Rev Fac Med UNAM*. 2000;43(1):19-23. | [Link](#) |
10. Graue E, Sánchez M, Durante I, Rivero O. Educación en las residencias médicas. México, D.F.: Editores de Textos Mexicanos, 2010.
11. González J. La eterna lucha de los residentes del IMSS. *Imagen Médica*. 24 de septiembre del 2001; Sección País. | [Link](#) |

- 12.FM 105. Entrega Cofetur distintivo "H" a planta Ford por calidad de alimentos en comedor industrial para trabajadores. FM 105 Noticias Sonora Hermosillo 13 de Junio del 2013; Sección Noticias Estado. | [Link](#) |
- 13.Donati P. Manual de Sociología de la Salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1994.
- 14.Marx C. El capital: tomo I. XXXII. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 2007:175-177.
- 15.Cruz A. Residentes del Inper, expuestos a hostigamiento de médicos. La Jornada. 31 de Octubre del 2011; Sección Sociedad y justicia. | [Link](#) |
- 16.Camacho F. Amenazas y humillaciones, parte invisible del currículum médico. La Jornada. 09 de Junio del 2013; Sección Sociedad y Justicia. | [Link](#) |
- 17.Vitela N. Llevan queja a CNDH residentes de La Raza. Periódico Reforma. 12 de Diciembre del 2012; Sección Primera. | [Link](#) |
- 18.Aguirre R, López J, Flores R. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente. 2011;3(8):28-33. | [Link](#) |
- 19.Arenas J. Estrés en médicos residentes en una unidad de atención médica de tercer nivel. Cirujano General. 2006;28(2):103-109. | [Link](#) |
- 20.López A, González F, Morales M, Espinoza C. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45(3):233-242. | [Link](#) |
- 21.Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002 Mar 5;136(5):358-67. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- 22.Cumplido G, Campos M, Chávez A. Significado de las relaciones laborales-interpersonales en médicos residentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45(4):361-369. | [Link](#) |
- 23.Martínez P, Medina M, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Rev Salud Mental. 2004;27(6):17-27. | [Link](#) |
- 24.Friedman R, Bigger J, Kornfeld D. The intern and sleep loss. N Engl J Med. 1971 Jul 22;285(4):201-3. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- 25.Eastridge BJ, Hamilton EC, O'Keefe GE, Rege RV, Valentine RJ, Jones DJ, et al. Effect of sleep deprivation on the performance of simulated laparoscopic surgical skill. Am J Surg. 2003 Aug;186(2):169-74. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- 26.Samkoff JS, Jacques CH. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on resident's performance. Acad Med. 1991 Nov;66(11):687-93. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- 27.Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? JAMA. 1991 Apr 24;265(16):2089-94. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- 28.Acero I. Disminuirán horas de trabajo y guardias a médicos residentes para mejorar su calidad de atención médica. La Jornada Aguascalientes. 17 de enero del 2013; Sección Local, Sociedad y justicia. | [Link](#) |

**Correspondencia a:**

<sup>(1)</sup>Av. Bordo de Xochiaca s/n  
Col. Benito Juárez  
Nezahualcóyotl  
México



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.