



Especialidad médica en México: ‘aquí se forja el carácter’

Alejandra Rodríguez Torres^{1*}, Donovan Casas Patiño¹, Ana Lizeth Martínez Montes² y Humberto Amezcua Estrada²

¹Universidad Autónoma del Estado de México, Carretera Amecameca-Ayapango, km 2.5, Cx. Postal 56900, Amecameca, Estado de México, México.

²Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México. *Autor correspondiente. E-mail: aledefra2013@gmail.com

RESUMEN. La formación de médicos/as residentes en México, ha sido objeto de múltiples estudios, que exploran ámbitos educativos, de aprendizaje y características sociodemográficas de estos, pero no se explora la realidad vivencial de esta formación. Analizar a través de las Representaciones Sociales los discursos en relación con la especialidad médica en México, a través de médicos/as residentes en formación. Metodología. Estudio Cualitativo, basado en una entrevista semiestructurada basada en 6 categorías analíticas: Se aplicó a 70 médicas residentes de diferentes especialidades médicas, los discursos fueron analizados con Atlas Ti V7. El sentido común en relación con ser médica residente, está referido como ser esclavo y cautivo de un hospital, con precarización laboral, tratos desiguales, así como la violencia física y verbal son parte de esta formación, además de áreas inadecuadas para el descanso y el consumo de alimentos, donde el futuro se marca como incierto. El sentido común predominante de un colectivo en formación transita entre la dominación, la precarizado, la flexibilización y esclavitud laboral... ‘es así que aquí se forja el carácter’ ...formando parte de un currículo oculto y un habitus de violencia institucionalizado e institucionalizante del profesional de la medicina.

Palavras chave: representaciones sociales; especialistas; médico practicante; programa de estudios; profesión.

Especialidade médica no México: ‘aqui se forja o caráter’

RESUMO. A formação de médicos residentes no México tem sido objeto de múltiplos estudos, que exploram ambientes educativos e de aprendizagem e suas características sociodemográficas, mas a realidade vivencial desta formação não é explorada. Mirar. Analisar através das Representações Sociais os discursos em relação à especialidade médica no México, por meio de médicos residentes em formação. Estudo qualitativo, baseado em entrevista semi-estruturada com base em 6 categorias analíticas: Foi aplicado a 70 médicos residentes de diferentes especialidades médicas, os discursos foram analisados com Atlas Ti V7. O bom senso em relação a ser médico residente é referido como escravo e cativo de hospital, precarização do trabalho, tratamento desigual, violência física e verbal fazem parte dessa formação, além de áreas inadequadas para descanso e consumo de alimentos, onde o futuro é marcado como incerto. conclusões. O senso comum predominante de um coletivo em formação transita entre a dominação, a precariedade, a flexibilidade e a escravidão do trabalho... ‘aqui se forja o caráter’ ...fazendo parte de um currículo oculto e de um habitus de violência institucionalizada e institucionalizante do profissional de medicina.

Palavras-chave: Representações sociais; especialistas; médico; programa de estudos; profissão.

Medical specialty in México: ‘here the guts are formed’

ABSTRACT. The training of medical residents in Mexico has been the subject of multiple studies that explore educational and learning environments and their sociodemographic characteristics, but the experiential reality of this training is not explored. Analyze through the Social Representations the discourses in relation to the medical specialty in Mexico, through medical residents in training. Qualitative study, based on a semi-structured interview based on 6 analytical categories: It was applied to 70 resident doctors from different medical specialties, the speeches were analyzed with Atlas Ti V7. Common sense in relation to being a resident doctor is referred to as being a slave and captive of a hospital, with job insecurity, unequal treatment, as well as physical and verbal violence are part of this training, in addition to inadequate areas for rest and food consumption, where the future is marked as uncertain. The predominant common sense of a group in formation transits between domination, precariousness, flexibility and labor slavery... ‘this is how character is forged here’ ...forming part of a hidden curriculum and a habitus of institutionalized and institutionalizing violence of the professional Of medicine.

Keywords: social representations; specialist; medical practioner; program of studies; profession.

Introducción

La especialización médica se trata de un proceso técnico-científico de formación continua de singular importancia para el profesional médico, elemento del Sistema Nacional de Salud por el papel en la atención de las necesidades sanitarias de la población. Durante esta formación de posgrado se adquieren competencias de programas académicos actualizados con docentes competentes que les permiten lograr aprendizajes significativos (Fajardo, Santacruz, & Lavalle, 2015). El ingreso al programa de especialidad médica en México involucra un Examen Nacional para Aspirantes de Residencias Médicas (ENARM) a través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS, 2022) como organismo colegiado interinstitucional de consulta, asesoría y apoyo técnico de la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Salud. Posterior a la aprobación del examen se realiza la aceptación por alguna institución en salud que tenga oferta de plazas de la especialidad elegida. Los médicos residentes (médicos de posgrado) no sólo son importantes por la formación a futuro, también representan una fuerza de trabajo ya que al ser médicos titulados, tienen la facultad para el ejercicio de su profesión representando una parte del trabajo activo en muchos de los hospitales en los cuales se están formando. De acuerdo a las cifras otorgadas por la CIFRHS en el 2021 se contaron con 17 520 plazas para especialidad para nacionales y 420 para extranjeros y hubo un total de 42 580 rechazados (Tabla 1). Cabe señalar que el total de aceptados ha sido significativamente mayor en los últimos dos años, situación que coincide con el cambio de gobierno al actual, formando un punto clave en la Estrategia Nacional de Seguridad Pública para garantizar empleo, educación, salud y bienestar mediante la creación de puestos de trabajo, el cumplimiento del derecho de todos los jóvenes del país a la educación superior, la inversión a infraestructura y servicios de salud (México, 2019). Si bien se ha incrementado el número de profesionales para especialización, también lo ha hecho el número de rechazados.

El sistema Nacional en Salud cuenta con 81 cursos de especialidad y según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en el 2019 México del total de profesionales médicos un 26% eran de médicos generales, 10 % corresponden a médicos no especialistas que trabajan en hospitales y médicos recién graduados que no han iniciado la formación de posgrado; y por último 64% son especialistas, cifras cercanas a las recomendaciones de la misma OCDE (2019) (23% médicos generales, 8 % otros médicos, 65% especialistas). Sobre este último punto, el secretario de Salud del gobierno actual, Jorge Alcocer Varela, informó que según cifras de la Secretaría de Salud en el 2022 existían un total de 135 mil 046 especialistas certificados en México un equivalente de 107.2 por cada 100 mil habitantes siendo la recomendación de 230 por cada 100 mil habitantes donde el mayor número de especialistas se concentra en la Ciudad de México, Nuevo León y Jalisco, mientras que Chiapas, Guerrero, Tlaxcala y Oaxaca tienen la menor cantidad de estos profesionales (Jasso, 2022). Esto nos habla de una concentración de los profesionales especialistas en las grandes ciudades mientras que los estados con mayores índices de pobreza y problemas de acceso a los sistemas de salud cuentan con pocos médicos y escasos especialistas. El proceso de formación como especialista lleva implícita una carga laboral, una académica y la personal, lo cual repercute en la propia de - formación cuando las exigencias son aún mayores. Ejemplo de estos efectos es el desgaste profesional o burnout en sus diferentes grados debido a las implicaciones de ser residente de tiempo completo con un doble rol (Tafoya et al., 2020; Mendoza, Rodríguez, Yamal, & Duarte, 2021; Mendoza, 2020). Otras percepciones exploradas en los médicos en formación transitan sobre deficiencia en la calidad de sus programas de formación (Dionisio, Ferreira, Molinas, & Espíndola, 2014), factores con influencia negativa como la mala actitud de los médicos adscritos, falta de disponibilidad para enseñar y una mala relación interpersonal (Martínez-Hernández, Esclante-Magaña, & Vargas-Mena, 2014; Miní et al., 2015; Peres-Romero, Caso, Vicente, & Cerezuela, 2012). Situaciones que incluso empeoraron en tiempos de pandemia donde además las tareas relacionadas con la COVID-19 no contribuyeron con el plan de formación (Orosa, García, Ledott, Serrano, & Valero, 2021; Martínéz et al, 2022; Alvarado-Socarras & Manrique-Hernández, 2022). Estas manifestaciones son fragmentos de un sentido común susceptible de ser explorado y analizado, ya que se trata de un colectivo en proceso formativo que a su vez estructura y reproduce patrones de conducta y significados de generación en generación creando representaciones sociales bastante estructuradas que pueden normalizar las formas de dominación y el currículum oculto. Es por eso, que este trabajo tiene como objetivo el interpretar y analizar las representaciones sociales en relación con el proceso de especialización médica privilegiando la otredad a fin de encontrar los nudos críticos que deban de ser puestos sobre la mesa de debate en los procesos de formación de los futuros médicos especialistas.

Tabla 1. Médicos residentes por especialidad y su numeralia.

Año	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
Nacionalidad	Mex	Ext	Mex	Ext	Mex	Ext	Mex	Ext	Mex	Ext	Mex	Ext
Especialidad												
Anatomía patológica	66	10	75	18	80	18	83	19	222	18	179	15
Anestesiología	773	55	863	67	880	63	942	67	1683	71	1738	54
Audiología, otoneurología y foniatria	25	2	27	2	28	4	25	2	34	2	38	2
Calidad de la atención clínica	7	1	7	0	20	1	19	4	28	6	35	1
Cirugía general	670	51	743	57	762	47	889	51	1646	86	1851	40
Epidemiología	42	2	42	2	50	2	57	3	263	13	209	3
Genética médica	25	7	29	7	29	7	29	5	38	7	45	5
Geriatría	86	7	139	4	117	4	132	6	595	17	385	8
Ginecología y obstetricia	698	38	698	43	696	43	716	44	1285	96	1330	43
Imagenología diagnóstica terapéutica	303	38	286	47	286	49	333	44	531	52	570	38
Medicina de la actividad física y deportiva	7	1	7	1	8	1	8	2	15	3	12	2
Medicina de rehabilitación	79	15	103	14	97	12	107	6	449	9	271	5
Medicina de urgencias	615	17	620	21	610	22	826	17	1962	70	2230	17
Medicina del trabajo y ambiental	55	4	44	4	85	2	94	1	115	1	174	1
Medicina familiar	1636	12	1659	13	1675	13	2073	7	3582	27	2717	9
Medicina integrada	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Medicina interna	1047	60	1126	66	1133	53	1281	60	2142	105	2275	51
Medicina legal	7	0	7	0	7	0	7	0	5	0	NO	NO
Medicina nuclear	14	8	16	5	13	5	13	3	14	3	23	2
Medicina preventiva	9	3	10	3	10	3	10	3	12	3	12	3
Neumología	59	8	55	9	46	9	45	9	145	14	192	5
Oftalmología	155	15	179	18	179	17	213	18	271	22	321	15
Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello	87	13	89	15	87	15	96	12	159	18	143	7
Patología clínica	25	2	20	0	24	2	30	3	43	3	58	2
Pediatría	770	56	772	56	798	54	806	54	1381	88	1359	50
Psiquiatría	156	17	173	18	164	16	165	15	341	21	305	16
Radio oncológica	72	1	34	1	31	3	25	2	50	5	36	3
Salud pública	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	V
Traumatología y ortopedia	319	26	440	33	418	23	456	27	889	53	1012	23
Total aceptados	7810	467	8263	524	8333	488	9480	484	17910	813	17520	420
Rechazados	28304		30117		33090		33200		27290		42580	

Fuente: Realización propia con datos obtenidos de la XLV Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2021 (2022).

Metodología

Nuestro punto metodológico lo planteamos desde un análisis de las representaciones sociales [RS] haciendo alusión a la teoría desarrollada por Moscovici a mitad del siglo XX cuyo propósito era redefinir los problemas que atravesaban a las sociedades contemporáneas, en donde la socialización permitía la construcción de conocimientos comunes, expresiones, concepciones y nociones de la vida que se van acumulando en la memoria comunitaria, creando también una memoria compartida que es susceptible de estudiarse y analizarse. A partir de esto surge la importancia de estudiar cómo las personas construyen y reconstruyen su realidad social (Moscovici, 1979).

Este es un estudio cualitativo fenomenológico transversal; la muestra se obtuvo de manera no probabilística, consistió en 70 médicos residentes de diferentes especialidades médicas [medicina familiar, cirugía general, pediatría, medicina física y rehabilitación, ginecología y obstetricia, traumatología y ortopedia, oftalmología] de las siguientes instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), e Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYN). Todos accedieron a participar previo consentimiento informado. Se utilizó el enfoque estructural de las RS según el modelo de Abric (2001), la metodología quedó con los siguientes pasos:

1) La primera fase consistió en un acercamiento micro-etnográfico al espacio activo (hospitales).

2) La segunda fase consistió en el trabajo con un grupo focal de 10 médicos residentes con la realización de una lluvia de ideas (frases, palabras, expresiones) con la frase detonadora: “¿Qué representa para ti la residencia médica?”

3) Posteriormente, se detectaron las palabras, frases y expresiones con mayor frecuencia en el discurso y se generaron categorías analíticas. Las categorías analíticas obtenidas fueron: a) ser residente, b) actividad, c) relaciones de poder y dominación, d) normas y valores, e) el proceso de formación hospitalaria y f) futuro de la especialidad.

4) Con estas categorías como eje se realizó un banco de preguntas, a fin de generar una entrevista semiestructurada sometida a un consenso de expertos de cinco disciplinas [Salud Pública, Salud Colectiva, Psicología Social, Antropología Médica y Educación Médica] y mediante el método Delphi se obtuvo un instrumento final de 30 ítems, con lo cual se obtuvo validez de constructo. Para la validez de contenido se aplicó la entrevista en un piloto de 5 médicas residentes.

5) Se realizaron entrevistas audiograbadas a 70 médicos residentes previo consentimiento informado respetando en todo momento el anonimato, en el periodo comprendido de enero 2021 a enero del 2022.

6) El análisis de datos se realizó mediante el programa Atlas.ti. Se seleccionaron frases que correspondían con las categorías de análisis. Se eliminaron descripciones que no atendían a los propósitos de la entrevista y se crearon códigos para cada entrevistado. Se realizó triangulación por contrastación teórica y por investigadores. El proyecto fue registrado y aprobado en el "Comité de Bioética de la Red SACSIC".

Resultados

Del grupo de médicas entrevistadas (N 70), 51 correspondieron al género femenino y 19 al masculino. La edad promedio fue de 32 años (DS = 4 años). En cuanto al estado civil, 31 casados, 24 solteros, 12 divorciados y 3 viudos; el 100 por ciento se dedica por completo a los estudios de especialización.

En relación con la interpretación discursiva es conveniente mostrarlas según las categorías de análisis preestablecidas, que bien pueden entenderse como los núcleos temáticos centrales de la estructura y función de las representaciones sociales de esta investigación, y así poder dar paso a la interpretación de dichas representaciones.

a) Ser residente

En esta categoría, entenderemos como la construcción identitaria se define a través de la relación desde el colectivo en relación al otro o algo, exclusivamente por sus características vividas (atribuidas por la interacción cultural) como el género, raza, religión, etc.

El Ser Residente es ser "...un esclavo (E3)...estar cautivo en el hospital (E8)...estar sometido (E19)...no tener voz, ni voto (E43)...ser sumisa (E47)...no quejarse (E48)...recibir regaños (E50)...es aprender a seguir ordenes (E56)...es un paso necesario para ejercer la especialidad (E59)...aquí aprendes responsabilidad...dedicación...sacrificio (E 65)...prestigio social (E28) ...superarse (E32, E35, E42) ...para tener trabajo (E62) ...seguir preparándose para el futuro...ser mejor medico... 'aquí se forja el carácter' (E 15)...".

A través de estos discursos identitarios percibimos que estos actores se encuentran en ambientes dominantes, violentos y estigmatizantes, donde los encuentros entre pares se convierten en situaciones de conflicto, esto ejercido por un sometimiento estructural en salud, lo cual desde su gestión ordena seguir protocolos e indicaciones administrativas, las cuales conducen a un sometimiento basado en una línea muy delgada del Ser Residente - ser trabajador o becario.

Tomando en consideración lo expuesto en los artículos 94 y 95 de la Ley General de Salud (1984), el médico residente es, como su nombre lo indica, un médico, es decir, cuenta con título universitario y cédula profesional que son la base legal en México para ejercer la medicina general en cualquier institución de salud, pública o privada. Esto le confiere la facultad de tener pacientes a su cargo, de extender recetas médicas y de responsabilizarse en un sentido legal, moral y profesional por la salud del individuo y de la población. Según la Ley Federal del Trabajo (2015) éste ocupa una plaza provisional dentro de una institución o unidad hospitalaria de acuerdo con su título y cédula actuales que son las de médico general. Por último la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas, da cabida a las actividades clínicas complementarias –o guardias– como parte de este periodo de entrenamiento. El residente es entonces, tanto un trabajador de la salud como un alumno de posgrado. Por un lado es un médico general en un área médica determinada, con actividades en el servicio de la especialidad en la que realiza su entrenamiento, con un jefe inmediato que es el encargado del servicio respectivo, y un contrato laboral que termina cuando finaliza su entrenamiento. Por otro lado es también un alumno de posgrado, con un

profesor titular que lo tutorea en las actividades asistenciales, de docencia y de investigación propias de la especialidad en que se entrena. En resumidas cuentas es un agente multifuncional y multifacético.

Por otro lado se encuentra la Sentencia Contradicción de Tesis 308/2016 (Poder Judicial de la Federación. Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2016) donde señala que “[...] el médico residente es alumno con carácter laboral [...]”, esto le confiere derechos sindicales, antigüedad institucional y prestaciones de ley. Con esta Sentencia se puede buscar las condiciones óptimas en la calidad educativa, en ambientes de aprendizaje amigable, con jornadas laborales y educativas apegadas a horarios similares de médicos adscritos, así como la búsqueda de espacios saludables para descanso -hora de comida o recreación-, así como homologar sueldos a la par de médicos adscritos lo cual ayudará a generar un cambio a nivel educativo, formativo y estabilidad económica.

Estos discursos dejan a la luz la condición aspiracional en torno a la búsqueda de un reconocimiento social y un estatus basado en una profesionalización condicionada por la mercantilización en salud, aceptada como parte de una tradición cultural del Ser Residente –aquí se forja el carácter. Paradójicamente a los objetivos de desarrollo sostenible 2030 en materia de salud que hace referencia al incremento de la financiación de la salud, la contratación, el desarrollo, la capacitación y retención del personal sanitario en los países en desarrollo, la especialización es una motivación para médicos generales para poder tener un mejor salario.

b) Actividad

Esta categoría caracteriza la función del sujeto en el proceso de interacción con un objeto, así como los modos de relación del individuo con su mundo exterior denotando un significado. En torno a los discursos más representativos se encuentran los siguientes:

[...] exceso de trabajo (E2) ...haces mucho de lo que el médico de base no quiere hacer, haces todo y no tienes derecho a comer (E14) ...realizar procedimientos médicos de enfermeira a veces, lo que te digan (E19) ...haces guardias, y si te equivocas haces más guardias aprendes por repetición (E22) ... empiezo mis actividades temprano y no tengo hora para terminar (E30) ...tienes muchas obligaciones y no tienes derechos(E41) ...tienes que hacer de todo lo que te pidan hasta camillero (E43)... despiertas, empiezas por las notas, tomas muestras, papelería, tratas de sobrevivir (E46) ...trabajas y trabajas y estudias cuando puedes (E49) ...atender a los pacientes y no tener quejas (E53) ...hacer mucha practica (E60) ...brindar apoyo (E62) ...curar al enfermo (E65) ...diagnosticar, tratar padecimiento, entrar a quirófano (E68) ... aquí te aguantas y sufres, porque no hay quien te pueda ayudar (E70) [...].

La formación de médicos residentes se encuentra desvirtuada desde sus orígenes, este recurso humano es utilizado de manera operativa en los diferentes niveles de atención en salud de México, su presencia se convierte en una necesidad obligada por el propio sistema en salud por ser un elemento para la atención en salud barato y remplaceable. Sus actividades hacen referencia a horas extenuantes de un trabajo, con un horario laboral de más de ocho horas, sin tiempos de receso o alimentación además de las horas extras de guardia formativa.

Los discursos señalados contraponen lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 (Secretaría de Gobernación, 2013), donde señala que las unidades médicas receptoras de residentes deben contar con comedor; así como con área de descanso, sin embargo no especifica los requisitos de infraestructura. De igual manera en referencia a las guardias, hace mención que éstas deben calendarizarse según el programa operativo correspondiente para desarrollar puntualmente el programa académico, incluyendo la frecuencia, horario y duración con intervalos de por lo menos dos días entre cada una de ellas. Por último, en cuanto a la presencia del tutor señala que éste personaje debe coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación reforzando la adquisición de destrezas útiles para la aplicación del conocimiento adquirido, situación que dista de los discursos emitidos por los especialistas en formación donde dejan notar la ausencia de un acompañamiento en su formación. Posterior a la NOM-001-SSA3-2012 (Secretaría de Gobernación, 2013), se realizó un Proyecto de Norma PROY-NOM-001-SSA3-2018 (Secretaría de Gobernación, 2018), Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica, que desde hace varios años no ha cumplido con el procedimiento para ser oficial, y por tanto nunca ha tenido vigencia. En últimas fechas el 17 de junio de 2022 se publicó en el Diario Oficial de la Federación una nueva norma oficial mexicana para la organización y funcionamiento de las residencias médicas. La NOM-EM-001.SSA3-2022 (Secretaría de Gobernación, 2022) es una norma de emergencia, es decir, se publicó para evitar un daño inminente o atenuar o eliminar un daño existente, en la cual se menciona que este daño inminente es la falta de médicos especialistas y que es urgente hacer cambios para hacer eficiente la formación de estos. Esta nueva norma no incluye cambios sustanciales de fondo, es muy similar a sus antecesoras repitiendo los huecos administrativos, educativos, legales y de

derechos por su ambigüedad en temas como las jornadas de trabajo, los abusos, las sanciones, el acoso, la violencia de género, discriminación, falta de clases, etcétera. Por ejemplo, la nueva norma hace mención sobre un órgano colegiado responsable de la enseñanza pero no explica cuáles son sus funciones, así mismo señala que será utilizado para ‘faltas graves’ donde los médicos adscritos y profesores determinan si existió una falta y su sanción, sin detallar que se considera una falta ‘grave’ y no se dice nada sobre las faltas de los otros participantes del sistema. En relación a las guardias este documento menciona que ahora serán con tres días entre cada guardia, pero se permiten los esquemas de cada dos días o incluso un día sí y otro no. Por lo que se pueden hacer guardias de más de 80 horas semanales sin ningún tipo de sanción para la unidad médica, ya que quedan a consideración del profesor titular o jefe de servicio. Esto parece un retroceso a los planteamientos y necesidades señaladas y apuntadas en los discursos.

c) Relaciones de poder y dominación

En esta categoría describiremos aquellos discursos que traducen relaciones dispares o de sumisión que conllevan a la conformación de las desigualdades de grupo.

Aquí observamos discursos como “[...] el de mayor rango manda aquí (E1)...el adscrito tiene el mando (E4)...a más años en la especialidad, mayor poder (E8)...los jefes son unos dictadores no tienes voz ni voto (E11)...los directivos no escuchan las necesidades (E14)...si te quejas te corren (E17)...no hay espacio para quejas (E22)...cuando vacunaron para COVID-19, primero fueron los adscritos, y luego los de menor rango (E25)...tienes que soportar acoso sexual (E28)...aguantas el acoso laboral (E31)...soportas violencia física en quirófano (E34)...vivimos con violencia verbal y psicológica (E37)...ni el sindicato, ni la universidad están presentes para defenderte no hay nadie (E40)...siguen los castigos y abusos (E42)...el hospital no atiende quejas de nosotros (E46)...la universidad nunca nos responde (E49)...y mucho menos, respecto a demandas de acoso (E54)...pasamos dos años de la especialidad, sin que nos hablaran por nuestro nombre (E56)...aquí, no hay espacio para estar enfermo, eso no existe (E59)...se quejan de todo ya no tienen el aguante de antes (E63)...de todo reclaman, solo los fuertes y mejores aguantan en la especialidad (E67)...debemos entender que somos becarios, no trabajadores (E69) [...]”.

Estos discursos nos muestran que la construcción de la dominación y el poder está legitimada a través del conflicto, la invisibilización del otro y el acto violento –físico o verbal– como práctica cultural, donde el poder discursivo se observa por la sumisión del recurso humano en formación. Cabe mencionar que no se tiene una cifra ni denuncias formales sobre los maltratos y las formas de violencia que coinciden con los discursos de miedo como una práctica cultural hegemónica del abstencionismo de la queja, perpetuando ritualidades violentas que se perpetúan hacia otros y entre pares, como parte de una reproducción social aprendida, el bullying y/o mobbing y el burnout (Ortiz-León et al., 2014), siendo parte de esta construcción formativa y origen de una de las muchas violencias del acto médico (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2017), y de problemas de salud en este colectivo como suicidio, alcoholismo y drogadicción que son invisibilizados (Bolívar, Milena, & Corredor, 2013; Alvarado-Socarras & Manrique-Hernández, 2019; Velázquez, 2018).

De acuerdo con datos de la Encuesta de Médicos en Formación 2021, realizada por las organizaciones de la sociedad civil Nosotrxs, y el Colectivo de Médicos en Formación a 2 mil 458 personas en los 32 estados de la república, el 40.2% señaló haber sido acosado sexualmente durante sus actividades formativas, y el 40.5% reportó haber sufrido algún tipo de agravio a su persona en la universidad y campo clínico (Vega, 2021). Es probable que estas cifras sean un subregistro de las manifestaciones y el ambiente de violencia que experimentan los médicos en formación ya que muchos de estos se producen y reproducen de forma tradicional.

d) Normas y valores

Esta categoría se distingue por el significado de los estándares que regulan el comportamiento dentro del grupo respecto a lo que se quiere lograr o alcanzar, como colectivo.

Los discursos obtenidos hacen referencia a: “[...]respeto al paciente (E1, E5, E7, E10, E15, E46, E57, E68) ...responsabilidad (E8, E18, E24, E37, E48, E59) ...saludar amablemente al paciente (E16, E25) ...ser cordial con el paciente (E4, E11, E19, E26, E38) ...escuchar al paciente (E2, E13, E20, E23) ...compromiso con la especialidad (E9, E12, E22, E30) ...colaborar con el paciente (E56, E70) ...honestidad con el paciente (E6, E31, E44) [...]”.

Estas frases hablan de una Ética Médica instaurada desde el código Hipocrático y reforzada bajo el principio del ayudar como acto de responsabilidad de la profesión y como reglamento universal implícito observado en

la Declaración de Ginebra de 1948 (Herranz, 1985) que permean en la formación del profesional desde el pregrado hasta el posgrado. De igual manera se hace referencia sobre el conducirse con respeto hacia el paciente, paradójicamente dentro de los principales motivos de quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se encuentran las atribuidas a la relación médico-paciente precedidas por las quejas relacionadas con el tratamiento médico (Conamed, 2022), tal vez esto hace alusión a la concepción romántica de la profesión y como instrumento ideológico para establecer y mantener su legitimación con la idea de servicio por encima del interés personal (Torres, Soto, & Patino, 2020). Cabe mencionar que no se aprecian valores y normas con referencia institucional lo cual ante falta de estos elementos no se puede construir una cultura organizacional (Cabrera, 2008), lo cual podría ser el eje de solidaridad y justicia que favorezca conductas formativas en los médicos residentes. Aunado a lo anterior no encontramos mención de valores y normas entre pares, esta situación nos remite a problematizar la situación de conductas y comportamientos violentos normalizados hacia el compañero en formación (Caparó & Zúñiga, 2018), actos presentes a pesar de campañas de concientización (NOM-001-SSA3-2012; Rojas, 2021; Molfino, 2022), agregado a la falta de acompañamiento psicológico por la gran carga de emociones reprimidas en la formación.

e) El proceso de formación hospitalaria

Esta categoría hace referencia a los elementos educativos que interactúan con la formación de los médicos residentes. Aquí encontramos discursos en torno a: “[...] no hay áreas para descansar (E1)...la residencia está sucia, con mal olor, y las camas de pésima calidad (E2)...no cabemos en las guardias para descansar, debo compartir baño y regadera con mis compañeros(E4)...la comida del hospital es muy mala (E5,E8,E11,E15,E19,E67)...la comida sabe horrible (E14) y no nada balanceada (E20)...los uniformes son pésimos (E22)...la bata y los zapatos son de mala calidad, y además te obligan a traerlos (E25)... en el pico de la pandemia, yo compre todos mis insumos de protección (E29)...el pago o beca es una miseria (E6, E27, E34, E35, E37, E43, E50, E53, E58, E60, E63, E7, E69)...no alcanza para vivir (E44, E58)...por todo lo que hacemos la beca es una burla (E51)... las capacitaciones y actividades educativas, son coordinadas por nosotros (E33)...no hay clases (E48)...si tu requieres una capacitación debes pagarla (E28)...aquí aprendes con la práctica (E7, E9,E12, E17, E24, E32)...no existe una autoridad de la universidad que se haya acercado al hospital (E9, E18, E26, E36)...nosotros debemos acudir a la universidad y no tenemos tiempo (E43) [...]”.

Los elementos que emergen de estos discursos son tres: instalaciones y servicios, pago de beca e Instituciones Educativas. Los discursos del primer elemento hacen referencia a lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 que establece en el punto 6.9: “[...] las unidades médicas receptoras de residentes deben contar con comedor; así como con área de descanso para los médicos residentes que estén realizando la guardia correspondiente [...]”, sin embargo este documento no especifica las características de las áreas de descanso, que muchas de las veces están en hacinamiento y en malas condiciones de limpieza. Por otro lado la alimentación dista de considerarse nutritiva siendo una parte importante de las necesidades del ser humano. Los médicos residentes no cuentan con el tiempo y el espacio necesario para el autocuidado.

En referencia al segundo elemento se hace notar que la remuneración otorgada por las instituciones en salud es insuficiente para lograr una vida digna como profesional, lo que concuerda con los datos de la OCDE donde hace referencia que México cuenta con los salarios promedio más bajos de la región para todo personal de salud. Los 21 mil 343.99 dólares al año que ganan estos trabajadores –independientemente de si se ocupan en el sector privado o público– representan casi un tercio de lo que se percibe en Chile (Villanueva, 2020). La precarización no sólo es económica, se trata de un fenómeno emergente vinculado y vinculante de las subjetividades e identidades en el ámbito laboral y en este caso también académico.

En cuando al tercer elemento relacionado con la Institución receptora, los discursos hacen referencia a una falta de presencia en el proceso educativo y de acompañamiento en la formación ya que el peso está sobre las funciones laborales más que de docencia y formación. De igual manera existe una ausencia percibida por parte de la representación universitaria condicionando ambigüedad en los roles y pérdida del control del trabajo (Acosta-Fernández, Aguilera-Velasco, Pozos-Radillo, Torres-López, & Osorio, 2016).

f) Futuro de la especialidad

Aquí recopilaremos los discursos idearios en relación al anticipar y pronosticar el futuro en base a intereses de los médicos especialistas con relación a su especialidad.

[...] esto no puede seguir así debe haber otros modelos de especialización (E2)...muchos amigos, se quedan sin especialidad, y eso es preocupante (E11)...el examen del ENARM debe desaparecer, debe haber otra forma de ingresar a una especialidad (E25)...el modelo de formación en las especialidades médicas será obsoleto en los próximos años (E38)...no hay una planeación a futuro de la especialidades médicas que requiere el país, las Universidades o el Gobierno no les interesa (E56)...próximas generaciones ya no estudiarán medicina (E68)...no hay y no habrá médicos especialistas en los próximos años (E62)...esto es generado por los malos sueldos y maltratos en la formación de las especialidades (E43)...si las autoridades no atienden las problemáticas actuales, los candidatos a una especialidad optarán por otras carreras u oficios (E37) [...]”.

Estos discursos nos remiten hacia una postura prospectiva, estos son parte de un ejercicio de perspectivas identificadas en el núcleo formativo donde los conflictos existen y pueden brindar futuros posibles, aquí surgen propuestas discursivas que son vistas desde la realidad formativa son pluralidades que pronostican cual terminaría siendo la realidad (Barajas & Concheiro, 2015).

Estas prospectivas transcurren entre tres ejes el proceso de admisión, la formación y destino, en el primero podemos mostrar que un examen de admisión no es la vía para reconocer a los mejores candidatos de un área, con un proceso de admisión concentrado en un solo órgano el CIFRHS, el cual ha estado en múltiples escenarios de corrupción, por lo cual una alternativa como en Estados Unidos y Nueva Zelanda (Fajardo et al., 2015) sería que a nivel Estatal y Federal se realizaran prospectivas en necesidades en salud, y de esta forma se propusieran plazas para quien quisiera participar teniendo tres horarios. Así el médico pueda trabajar de manera privada o estatal mientras se especializa.

En el segundo eje, la formación, continua entre espacios dotados de conflictos de currículo oculto, donde las prácticas culturales formativas transcurren entre violencias físicas o verbales, ausencias académicas universitarias y entornos intimidatorios. Estos discursos llevan a replantear una cultura de relaciones institucionales sanas (tutor-residente, residente-residente, residente-estudiante, residente-otro personaje, etc) para la promoción de ambientes democratizadores del conocimiento promoviendo el trabajo en equipo (Castro, 2012) y re-humanizar los procesos formativos y educativos a fin de humanizar las prácticas (Jaramillo & Valentín, 2020).

Por último en el tercer elemento, hace referencia a un futuro incierto, desalentador y de desilusión lo que ha contribuido al aumento en el abandono de la especialidad médica, derivado por factores como ansiedad y rasgos obsesivos que aumentan el riesgo de estrés y burnout (Amorós et al., 2020), así como ideas suicidas y suicidio consumado en esta profesión (Alvarado-Socarras & Manrique-Hernández, 2019). Esto es visible al momento de elegir la opción sobre una carrera profesional, donde las nuevas generaciones han optado por un futuro con calidad de vida (Chacaltana, Dema, & Ruiz, 2018), no una carrera profesional con tantas ataduras académicas, estatales y hacendarias lo que puede perfilar un futuro de abandono gradual hacia esta profesión.

Conclusión

Esta investigación nos permite vislumbrar una realidad a voces, donde los intereses técnicos, administrativos, académicos y financieros en salud, juegan colocando las piezas de manera inadecuada pensando que la realidad planteada es una utopía. Aquí podemos transcurrir en un mundo donde la formación médica está repleta de discursos de dominación y sumisión, donde el signo de ser médico/a especialista es superarse a costa de forjar el carácter, a través de precarización, flexibilización y esclavismo laboral, de esta forma la violencia estructural en salud se conforma para intereses nacionales a costa de una profesión, donde lo romántico de la profesión es utilizado para la propia sumisión de estos profesionales.

Por lo que la especialización por sí misma es un capital cultural, según Bourdieu, un capital cultural incorporado toda vez que en el proceso da a luz al habitus del médico especialista que según los discursos se compone de un trabajador, médico y alumno dominado, precarizado, cansado, frustrado y con un futuro incierto. Como un capital cultural objetivado basado en la obtención de un título académico como herramienta para la capitalización y mantener un estatus social

Es momento de que le arranquemos muchos elementos que atormentan a esta formación y busquemos nuevas alternativas, las cuales deben ser parte de un diálogo abierto entre pares y no solo seguir escuchando la voz del discurso oficialista, médicos/as especialistas busquemos un mundo mejor a nuestra profesión.

Referências

Abric, J. (2001). Las Representaciones sociales aspectos teóricos, capítulo I. En J. C. Abric. *Prácticas sociales y representaciones* (J. D. Palacios, Trad., Vol. I, p. 15-17). Distrito Federal, Coyoacán, MX: Coyoacán.

- Acosta-Fernández, M., Aguilera-Velasco, M., Pozos-Radillo, B., Torres-López, T., & Osorio, L. P. (2019). Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Investigación En Educación Médica*, 6(23), 169-179. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.012>
- Alvarado-Socarras, J. L., & Manrique-Hernández, E. F. (2019). Suicidio de médicos. Una realidad ignorada. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*, 51(3), 194-196. DOI: <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019001>
- Amorós, E., Esquerda, M., Agustí, A. M., Kiskerri, A., Prat, J., Viñas, J., & Pifarré, J. (2020). ¿Han llegado los millennials a la Facultad de Medicina? Perfil de personalidad de estudiantes de Medicina 1999-2014. *Educación Médica*, 21(6), 370-376. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.007>
- Barajas, E. R., & Concheiro, A. A. (2015). *Futuros de las especialidades médicas en México*. Documento de postura (Colección de Aniversario). Academia Nacional de Medicina (ANM). Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología. Recuperado de http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L28_ANM_Futuros.pdf
- Bolívar, F. J. V., Milena, A. P., & Corredor, A. M. (2013). Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. *Adicciones*, 25(3), 243-252.
- Cabrera, A. P. (2008). Ética institucional y estrés laboral. *Acta Médica Peruana*, 25(1), 50-51. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000100011&lng=es&tlng=es
- Caparó, F. L., & Zúñiga, A. B. (2018). Ética médica. *Horizonte Médico (Lima)*, 18(4), 4-8. DOI: <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n4.01>
- Castro, F. R. (2012). Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. *Educación Médica*, 15(1), 13-22. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n1/colaboracion.pdf>
- Chacaltana, J., Dema, G., & Ruiz, C. (2018). El futuro del trabajo que queremos La voz de los jóvenes y diferentes miradas desde América Latina y el Caribe. (OIT Américas. Informes Técnicos 2017/7). Recuperado de https://www.ilo.org/americas/publicaciones/WCMS_561498/lang--es/index.htm
- Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud [CIFRHS]. (2022). *Acerca de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)*. Gobierno de México. Recuperado de http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/cifrhs/acerca_dela_cifrhs.html
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED]. (2022). *Motivos mencionados en la presentación de las gestiones inmediatas atendidas y las quejas concluidas según grandes grupos de causas*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730813/Cuadro_Estadistico_06_1erTrim_2022.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH]. (2017). *Recomendación General 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema nacional de Salud*. Recuperado de www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf
- Dionisio, D., Ferreira, L., Molinas, J. L., & Espíndola, M. (2014). Percepción de médicos residentes sobre la calidad de sus programas de formación. *Revista Salud Pública Paraguay*, 4(1), 16-25. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964667/16-25.pdf>
- Fajardo, G., Santacruz, J., & Lavalle, C. (2015). *La formación de médicos especialistas en México*. Documento de postura. Academia Nacional de Medicina (ANM). Recuperado de http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L30_ANM_Medicos_especialistas.pdf
- Herranz, G. (1985). *El respeto, actitud ética fundamental en la Medicina*. Lección inaugural del curso 1985-86 en la Universidad de Navarra. Pamplona. Recuperado de <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-respeto-actitud-etica-fundamental-en-la-medicina>
- Jaramillo, J., & Valentín, R. (2020). La humanización de la educación en los tiempos modernos. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*. Recuperado de <https://www.eumed.net/rev/atlante/2020/02/humanizacion-educacion.html>
- Jasso, M. (2022). *Secretaría de Salud confirma déficit de médicos especialistas en México*. Recuperado de <https://elmedicointeractivo.com/secretaria-salud-confirma-deficit-medicos-especialistas-mexico/>
- Ley Federal del Trabajo. (2015). *Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de abril de 1970*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/156203/1044_Ley_Federal_del_Trabajo.pdf
- Ley General de Salud. (1984). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0

- Martínez-Hernández, G., Esclante-Magaña, J. R., & Vargas-Mena, R. (2014). Encuesta de percepción de competencias en médicos residentes. *Acta Ortopédica Mexicana*, 28(3), 173-178. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/aom/v28n3/v28n3a5.pdf>
- Martínéz, D. A. S., Campo, A. C., Mirallas, O., Cabezudo, L., Cirpés, M., Gonzáles, D., ... Picazo, J. P. C. (2022). Percepción de los médicos especialistas en formación sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en su salud emocional y formación, un estudio observacional transversal. *Revista Espanhola de Educación Médica*, 3(1), 56-66. DOI: <https://doi.org/10.6018/edumed.506821>
- Mendoza, F. (2020). Denuncian venta de examen nacional de residencias médicas. *Metrópoli*. Recuperado de <https://metropolimxjalisco.com/denuncian-venta-de-examen-nacional-de-residencias-medicas/>
- Mendoza, R. L. A., Rodríguez, C. A. C., Yamal, I. J. D., & Duarte, G. A. (2021). Síndrome de burnout en médicos residentes de ginecología. *Investigación en Educación Médica*, 10(38), 96-97. DOI: <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.38.21356>
- México, Presidência de La República. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Recuperado de <https://lopezobrador.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2019-2024.pdf>
- Miní, E., Medina, J., Peralta, V., Rojas, L., Butron, J., & Gutiérrez, E. L. (2015). Programa de residentado médico: percepciones de los médicos residentes en hospitales de Lima y Callao. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 303-310. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.322.1625>
- Molfino, F. (2022). *Pesadilla de ser médico residente en México: 12 horas al día, abuso y acoso, castigos y ahora Covid-19*. Recuperado de <https://www.saludiaro.com/video-estos-son-los-castigos-que-sufren-los-nuevos-residentes-en-mexico/>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis su imagen y su público* (N. M. Finetti, Trad.) Buenos Aires, AR: Huemul S.A.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]. (2019). *Médicos con edad sexo y categoría*. Recuperado de <https://stat.link/c6qlsd>
- Orosa, B. M.-C., García, M. P., Ledott, M. R., Serrano, C. V., & Valero, J. S. (2021). Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19. *Medicina y Seguridad del Trabalho*, 67(264), 169-190. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2021000300004>
- Ortiz-León, S., Jaimes-Medrano, A. L., Tafoya-Ramos, S. A., Mujica-Amaya, M. L., Olmedo-Canchola, V. H., & Carrasco-Rojas, J. A. (2014). Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cirugía y Cirujanos*, 82(3), 290-301. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/662/66231295008.pdf>
- Peres-Romero, F. J. L., Caso, P. C., Vicente, V. C., & Cerezuela, F. P. (2012). Percepción de los residentes de medicina familiar y comunitaria sobre el programa formativo de la Especialidad. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 17-24. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2012000100004
- Poder Judicial de la Federación. Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2016). *Contradicción de Tesis Número: 308/2016*. Recuperado de <http://www.internet2.scjn.gob.mx/contras/PDF/CT-2016-308.PDF>
- Rojas, R. (2021, octubre 29). VIDEO: Estos son los castigos que sufren los nuevos residentes en México. A través de un video se recopilan los castigos y golpizas que sufren los nuevos residentes en un hospital del Estado de México. *Saludiaro*. Recuperado de <https://www.saludiaro.com/video-estos-son-los-castigos-que-sufren-los-nuevos-residentes-en-mexico/>
- Secretaría de Gobernación. (2013). Norma Oficial Mexicana - NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
- Secretaría de Gobernación. (2018). Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA3-2018. Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5544617&fecha=23/11/2018#gsc.tab=0
- Secretaría de Gobernación. (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. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5655486&fecha=17/06/2022#gsc.tab=0

- Tafoya, S. A., Jaimes-Medrano, A. L., Carrasco-Rojas, J. A., Mújica, M. L., Rodríguez-Machain, A. C., & Ortiz-León, S. (2020). Asociación del acoso psicológico con el desgaste profesional en médicos residentes de la Ciudad de México. *Investigación en Educación Médica*, 9(35), 18-27.
- Torres, A. R., Soto, E. C. J., & Patino, D. C. (2020). Significados de la profesión médica desde la ideología de las y los profesionales de la medicina. *Salud Colectiva*, 16, 1-15. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2798>
- Vega, A. (2021, dezembro 3). Médicas residentes denuncian malos tratos y castigos en hospital de Edomex. *Yahoo!Noticias*. Recuperado de <https://es-us.noticias.yahoo.com/m%C3%A9dicas-residentes-denuncian-malos-tratos-124841393.html>
- Velázquez, E. (2018, maio 23). *Médico, compañero de la pediatra que se suicidó, confirma acoso de superiores en hospital público de Puebla*. Recuperado de <https://www.sinembargo.mx/23-05-2018/3421426>
- Villanueva, D. (2020, mayo 21). Personal de salud que combate la epidemia percibe bajos salarios. *La Jornada*. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2020/05/21/politica/006n1pol>
- XLV Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2021. (2022). *Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud*. Recuperado de <http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/2021.html>

INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES

Alejandra Rodríguez Torres: Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Maestra en Sociología de la Salud. Médica Familiar. Profesora-investigadora en la Universidad Autónoma del Estado de México. Candidata en el Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Mexicano de Ciencias y Tecnología CU Amecameca. Universidad Autónoma del Estado de México/ Unidad de Medicina Familiar 73 IMSS Estado de México Oriente.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

E-mail: aledefra2013@gmail.com

Donovan Casas Patiño: Doctor en Ciencias en Salud Colectiva. Maestro em Población y Salud. Médico Familiar. Profesor-investigador de tiempo completo. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores nivel I del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología y tiene perfil PROMEP de la Secretaría de Educación Pública. CU Amecameca. Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

E-mail: capo730211@gmail.com

Ana Lizeth Martínez Montes: Estudiante de pregrado beneficiaria del Programa Interinstitucional para el Fortalecimiento de la Investigación y el Posgrado del Pacífico – Programa Delfín – 2022. Universidad de Guadalajara.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0238-5552>

E-mail: ana.martinez0270@alumnos.udg.mx

Humberto Amezcua Estrada: Estudiante de pregrado beneficiario del Programa Interinstitucional para el Fortalecimiento de la Investigación y el Posgrado del Pacífico – Programa Delfín – 2022.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2415-1885>

E-mail: amezcuaestradahumberto@gmail.com

Nota: Nosotros, los autores, fuimos responsables de diseñar, analizar e interpretar los datos; redacción y revisión crítica del contenido del manuscrito y aprobación de la versión final para ser publicada.