



CAMPOS CLÍNICOS COMO AULA:

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LAS
VIOLENCIAS EN LA FORMACIÓN MÉDICA

LIZ AGUILERA GARCÍA

LUISA PAULINA AMADOR BAÑUELOS

MELY ARENIVAR HEREDIA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

SEMBLANZAS

Liz Aguilera García es doctora en Administración, maestra en Administración Pública y licenciada en Derecho por la Universidad Autónoma de Chihuahua. Es Titular de la Defensoría de los Derechos Universitarios, Igualdad y Atención a la Violencia de Género y profesora de tiempo completo con perfil PRODEP. Cuenta con amplia experiencia en los ámbitos jurídico, legislativo, administrativo y académico, destacando en la implementación de políticas institucionales en derechos humanos y género. Su trabajo se orienta a la construcción de entornos universitarios seguros, incluyentes y libres de violencia. Algunos de sus principales intereses son la formación con enfoque humanista y la promoción de la cultura de paz. Disfruta de la lectura, el cine y las caminatas al aire libre.

Luisa Paulina Amador Bañuelos es doctorante en Derecho, maestra en Impuestos y licenciada en Derecho por la Universidad Autónoma de Chihuahua. Se desempeña como docente y defensora adjunta en la Defensoría de los Derechos Universitarios, Igualdad y Atención a la Violencia de Género. Participa en la atención de casos, asesoría jurídica, integración de expedientes y aplicación de medidas de protección. Su labor combina el rigor jurídico con una atención sensible, contribuyendo a la protección de la dignidad e integridad de la comunidad universitaria y al fortalecimiento de entornos libres de violencia. Entre sus pasatiempos destaca su afición por la lectura y la pintura.

Mely Arenivar Heredia es doctorante en Administración Pública, maestra en la misma disciplina y licenciada en Derecho por la Universidad Autónoma de Chihuahua. Se desempeña como docente y defensora adjunta en la Defensoría de los Derechos Universitarios, Igualdad y Atención a la Violencia de Género. Cuenta con experiencia en los ámbitos jurídico, legislativo y de la administración pública. Su labor se orienta a la promoción de los derechos humanos, la igualdad de género, la cultura de paz y el uso ético de

las tecnologías para la construcción de entornos universitarios seguros e incluyentes. Le interesa el uso de nuevas tecnologías, la música, el baile y la pintura.

RESUMEN

El artículo analiza la formación médica en campos clínicos desde una perspectiva de derechos humanos y responsabilidad institucional universitaria. Explica cómo las jerarquías, la presión académica y la convergencia entre universidades e instituciones de salud generan asimetrías de poder que vulneran a las personas en formación médica, favoreciendo la normalización de la violencia mediante el *habitus* médico y el currículum oculto. Como respuesta, examina el Protocolo para Prevenir, Atender y Erradicar la Violencia, Discriminación, Acoso y Hostigamiento de la Universidad Autónoma de Chihuahua, destacando sus componentes preventivos, de atención y seguimiento como estrategia jurídica y socialmente necesaria para garantizar una formación clínica ética y digna.

Palabras clave: dignidad humana, violencia estructural, relaciones de poder, cultura institucional, formación profesional

LA FORMACIÓN MÉDICA EN LOS CAMPOS CLÍNICOS

La formación médica en los campos clínicos constituye un proceso esencial para el funcionamiento del sistema de salud y para la preparación del personal que habrá de intervenir en la atención de la población. Desde el punto de vista académico, este proceso requiere el paso por escenarios clínicos reales, en los que personas estudiantes ponen en práctica los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos en las aulas universitarias.

Según la *World Federation for Medical Education* (2020), el programa educativo relativo a la formación médica se compone por el conjunto de procesos y actividades que una escuela de medicina ofrece o posibilita para facilitar el aprendizaje, el bienestar y el desarrollo del estudiantado. Esta concepción per-

mite entender que la formación médica no se limita a la transmisión de contenidos teóricos, sino que incluye un aprendizaje integral.

En ese sentido, la formación médica inicia en las aulas de la institución educativa, pero se orienta progresivamente a la práctica en escenarios reales de atención a la salud, es decir, los campos clínicos. Este tránsito constituye una fase decisiva del proceso formativo, pues es ahí donde las personas estudiantes confrontan el conocimiento adquirido con las exigencias concretas del ejercicio profesional.

El campo clínico comprende establecimientos del Sistema Nacional de Salud que cuentan con infraestructura, equipamiento, pacientes y personal suficiente para desarrollar las actividades teórico-prácticas previstas en los planes y programas de estudio, incluyendo hospitales, centros de atención ambulatoria y servicios de salud comunitaria extramuros (Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2024).

Lejos de ser un entorno neutro, el campo clínico se caracteriza por jornadas intensas, evaluación permanente y una participación directa en la atención de pacientes. Esto puede observarse en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, en la cual se fijan como máximo 80 horas semanales como jornada (2024, 7.1).

En este entorno, la presión por el rendimiento, el cumplimiento de los parámetros para el cumplimiento de los créditos académicos, la responsabilidad asociada al cuidado y la presencia de estructuras jerárquicas pueden generar asimetrías de poder que colocan a quienes se encuentran en etapas iniciales de formación en una posición de alta vulnerabilidad.

En un espacio formativo con estas características existe el riesgo de que se normalicen actos de violencia y discriminación que afectan de manera directa la dignidad, la integridad y la trayectoria educativa de las personas en formación médica. Así, las condiciones propias del campo clínico no solo inciden en el aprendizaje profesional, sino también en la reproducción de prácticas que transgreden derechos humanos y deterioran el entorno formativo.

Por ello, el principio del respeto a la dignidad de las personas en formación médica exige que, desde la educación superior, dicha dignidad deba ser tutelada en cualquier espacio donde se desarrolle el proceso formativo, incluso fuera de las instalaciones universitarias. Esta premisa obliga a considerar el campo clínico no sólo como un ámbito de aprendizaje, sino también como un espacio en el que deben garantizarse condiciones compatibles con los derechos humanos de las personas estudiantes.

ETAPAS, JERARQUÍAS Y RELACIONES DE PODER EN LA FORMACIÓN MÉDICA

Para delimitar el alcance de la formación médica en los campos clínicos en México, debe advertirse que esta se concreta en tres etapas diferenciadas, cada una con naturaleza y exigencias propias.

En primer lugar, de acuerdo con la NOM-033-SSA-2023 el internado médico de pregrado se entiende como un ciclo académico teórico-práctico desarrollado en campos clínicos y forma parte del plan de estudios de la licenciatura en medicina (2024).

En segundo término, de conformidad con la NOM-009-SSA3-2013 el servicio social se define como el trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecutan los pasantes en interés de la sociedad y del Estado (2014, 4.10).

Finalmente, atendiendo a lo dispuesto por la NOM-001-SSA-2023 la residencia médica corresponde al conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir quien cursa una especia-

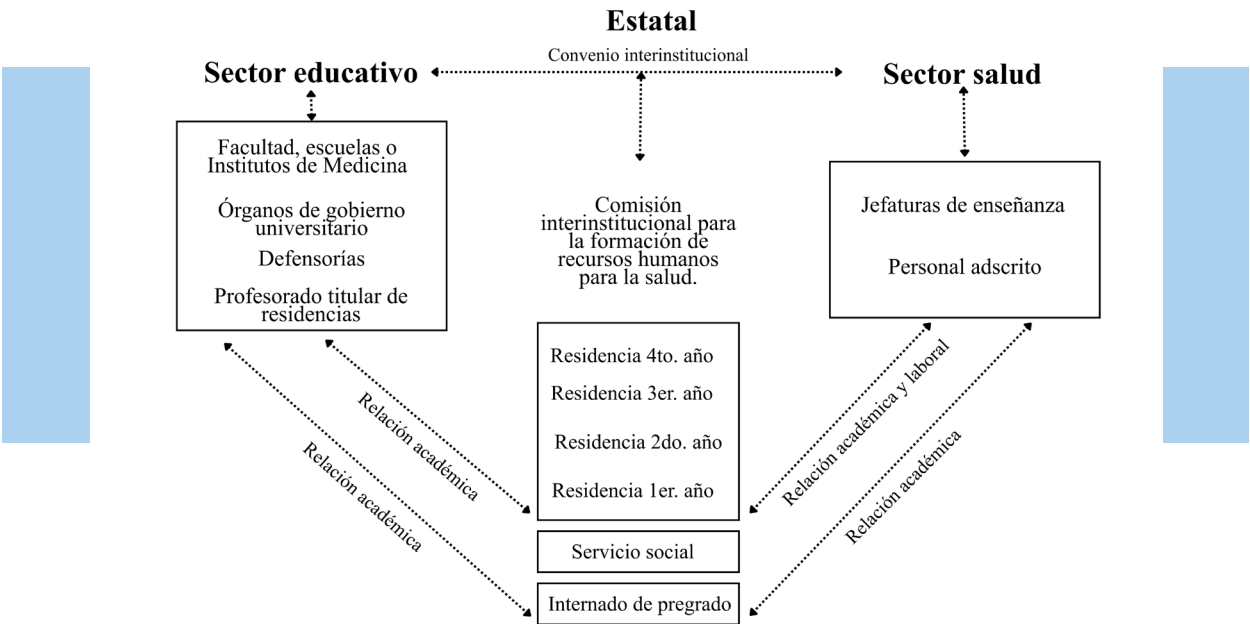
El principio del respeto a la dignidad de las personas en formación médica exige que, desde la educación superior, dicha dignidad deba ser tutelada en cualquier espacio donde se desarrolle el proceso formativo

lidad dentro de unidades médicas receptoras, durante el tiempo establecido en los programas académico y operativo (2024, 3.13).

Estas etapas no operan de manera aislada, sino dentro de una organización en la que convergen instancias universitarias y del sector salud. Por ello, para comprender su funcionamiento, resulta necesario observar la interacción jerárquica, institucional y funcional de los campos clínicos.

La siguiente figura ilustra la interacción jerárquica, institucional y funcional de los campos clínicos en el estado de Chihuahua:

Figura 1.
Relaciones del campo clínico en el ámbito estatal



Fuente: elaboración propia con base en las normas oficiales NOM-033-SSA-2023, NOM-009-SSA3-2013 y NOM-001-SSA-2023.

Como puede observarse, la formación médica en campos clínicos se desarrolla en un entorno jerarquizado, en el que la distribución de funciones y responsabilidades se encuentra estrechamente ligada a los rangos médicos y a la organización institucional de los servicios de salud. En este contexto, la autoridad no se ejerce únicamente como mecanismo de coordinación académica o asistencial, sino también como un factor que puede generar relaciones asimétricas de poder entre quienes supervisan, evalúan o dirigen y quienes se encuentran en etapas iniciales de formación. Tales asimetrías pueden traducirse en prácticas de subordinación, abuso u omisión que trascienden la lógica pedagógica y crear condiciones propicias para la vulneración de derechos.

A ello se suma la compleja relación interinstitucional entre las universidades y los establecimientos del sector salud, regida en gran medida por convenios de colaboración. Esta convergencia puede generar incertidumbre respecto a la situación jurídica de las personas en formación médica, pues no siempre resulta claro el carácter con el que intervienen en el sistema de salud, ni el alcance preciso de las responsabilidades que corresponden a cada autoridad. En consecuencia, las personas estudiantes pueden quedar en una situación de especial vulnerabilidad, marcada por la superposición de mandos, la dispersión de competencias y la incertidumbre sobre los mecanismos efectivos de protección frente a posibles abusos.

VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN EN LOS CAMPOS CLÍNICOS

Las condiciones jerárquicas e institucionales que caracterizan a los campos clínicos pueden dar lugar a manifestaciones directas de violencia y discriminación; sin embargo, estas no pueden entenderse como hechos aislados ni exclusivamente interpersonales. Por el contrario, tales manifestaciones suelen estar vinculadas con formas de violencia estructural y cultural que se sostienen mediante políticas, prácticas y dinámicas de poder que naturalizan la subordinación. En ese contexto, la violencia no solo lesiona de manera inmediata a las personas en formación médica, sino que también reproduce esquemas de dominación y exclusión incompatibles con una formación respetuosa en derechos humanos, a través de la validación por parte de las personas profesionales de la salud, específicamente, por el personal adscrito y autoridades directivas de las instituciones de salud (Gámez-Ibarra et al., 2025, pp. 63-64).

En este contexto, conviene distinguir entre violencia y discriminación. La violencia implica el uso deliberado de la fuerza física o del poder que puede causar daños o privaciones (Organización Mundial de la Salud, 2002, p. 3), mientras que la discriminación consiste en un trato diferenciado o excluyente, sin justificación objetiva y proporcional, que limita el ejercicio de derechos por motivos como sexo, género, origen étnico o condición social y económica (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2025, art. 1, fracc. III).

Aunque ambas pueden coexistir, no son equivalentes, pues no toda violencia es necesariamente discriminatoria. La discrimi-

nación surge cuando el maltrato se dirige de manera diferenciada contra personas o grupos históricamente desfavorecidos, o bien contra quienes no se ajustan al perfil dominante dentro de la cultura médica. Se trata de una exigencia académica severa aplicada al conjunto del estudiantado de especialidad médica, más que de descalificaciones discriminatorias.

En ese sentido, Roni et al. (2025, p. 137) conceptualizan las pedagogías hostiles como prácticas educativas que naturalizan la violencia y reproducen estructuras jerárquicas de subordinación, lo que permite comprender cómo el maltrato puede llegar a presentarse como parte del aprendizaje profesional.

Bajo esta dinámica, la violencia deja de percibirse como una anomalía y se integra a la experiencia formativa como una exigencia de disciplina, resistencia o pertenencia al gremio. De este modo, el abuso deja de ser identificado como tal y comienza a operar como un mecanismo de reproducción de la propia cultura institucional.

Desde esta perspectiva, la violencia en los campos clínicos puede entenderse como un fenómeno integrado por tres dimensiones interrelacionadas: violencia directa, violencia estructural y violencia cultural. La primera corresponde a las agresiones visibles y concretas; la segunda se refiere a las condiciones organizacionales que generan daño o desigualdad; y la tercera alude a los significados, creencias y tradiciones que dotan de apariencia de normalidad a dichas prácticas (García y Alvear, 2020, pp. 47-49).

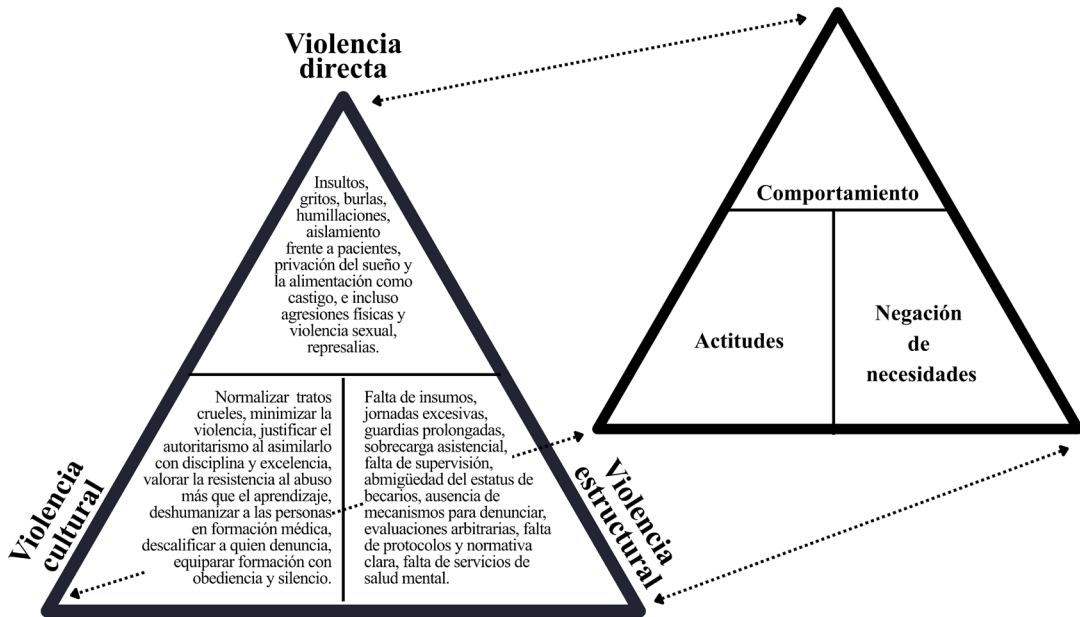
Esta lectura permite reconocer que la violencia en la formación médica no es un accidente del sistema, sino una consecuencia de su modo de organización y de las pautas culturales que lo sostienen.



La violencia en los campos clínicos puede entenderse como un **fenómeno integrado** por tres dimensiones interrelacionadas: violencia directa, violencia estructural y violencia cultural”

Figura 2.

Triángulo de la violencia



Fuente: elaboración propia con base en el modelo de violencia de Galtung (2003), adaptado al contexto de la formación médica y retomado por García Hernández y Alvear Galindo (2020).

NORMALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA EN LA CULTURA MÉDICA

Dentro de la formación médica, existen dos conceptos que permiten comprender por qué la violencia puede llegar a normalizarse: el *habitus* médico y el currículum oculto. El *habitus* médico puede entenderse como el conjunto de disposiciones que las y los médicos adquieren al interiorizar las reglas y estructuras del campo médico. A través de este proceso, ciertas conductas llegan a percibirse como naturales o de sentido común, mientras que otras se perciban como impensables, fuera de lo aceptable. De esa coincidencia surge un sentido práctico: formas de actuar casi automáticas y eficaces para lo que el campo exige, más guiadas por la funcionalidad que por un razonamiento explícito (Castro y Erviti, 2015, p. 234).

Lugo Machado *et al.* (2023, pp. 896-897) explican que el currículum oculto es el conjunto de influencias implícitas que operan en la estructura organizacional y cultural

de los espacios de formación médica, particularmente en la práctica clínica y hospitalaria, y que estas inciden en la socialización profesional del estudiantado. Su contenido se manifiesta a través de normas no escritas, hábitos, valores, creencias, actitudes y expectativas conductuales que, al margen del currículum formal, orientan la forma en que se aprende, se ejerce y se reproduce la práctica médica.

Esta lógica de reproducción no es solo teórica. Diversas investigaciones en México muestran que la violencia se reproduce de manera efectiva dentro del propio proceso formativo. En un estudio realizado en Veracruz en el año 2014, el 87% de los residentes reportó haber sufrido al menos una experiencia de agresión durante su formación. La violencia psicológica fue la más frecuente, con 50.46%. Asimismo, las principales personas agresoras identificadas son principalmente jefes de servicio con un 33.5% y los propios compañeros residentes en un 33.5%,

lo que demuestra que el abuso genera abusos (Montes-Villaseñor et al., 2018, pp. 57-58).

Lo anterior permite advertir que la violencia en la cultura médica no sólo se impone desde fuera, sino que también se aprende, se reproduce y se transmite dentro del propio proceso formativo. Cuando el maltrato se incorpora como respuesta esperable frente al error, la exigencia o la pertenencia al gremio, deja de percibirse como un hecho excepcional y comienza a operar como parte del sentido práctico del campo. En ello radica la gravedad de la normalización: no solo tolera la violencia, sino que la convierte en un mecanismo ordinario de socialización profesional.

RESPUESTA INSTITUCIONAL DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), al segundo trimestre de 2021 se reportó que en México 305 418 personas se encontraban ocupadas en actividades relacionadas con la medicina. De ellas, el 54% eran hombres y el 46% mujeres. Asimismo, de cada 100 personas dedicadas a esta profesión, 67 se desempeñan como médicas y médicos generales, mientras que 33 ejercían alguna especialidad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

Por otra parte, el Programa Sectorial de Salud 2025-2030, publicado en el Diario Oficial de la Federación, señala que los recursos humanos en salud son un componente crítico para garantizar el derecho a la salud y, por extensión, la calidad y sostenibilidad de la formación médica. Entre 2012 y 2023, el personal en salud habría crecido un 32.2%, destacando un incremento de 119.9% en médicos en formación; en el mismo periodo, médicos generales y especialistas aumentaron 31.1%. Sin embargo, pese a ese crecimiento, la disponibilidad relativa del personal sanitario seguiría siendo baja: México contaría con 2.5 médicos y 2.9 enfermeras por cada 1 000 habitantes, por debajo de los promedios de la OCDE.

Esta brecha incrementa la presión sobre los entornos clínicos y sobre quienes realizan su formación en ellos, por lo que resulta

especialmente relevante que las instituciones de educación superior implementen políticas de prevención y atención de las violencias que contribuyan a proteger la salud mental y la dignidad del estudiantado, así como a favorecer la permanencia académica, la eficiencia terminal y reducir la deserción en especialidades médicas.

Desde una perspectiva jurídica, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha sostenido que una de las formas de garantizar el derecho a la salud consiste en establecer regulaciones o controles dirigidos a que quienes prestan servicios de salud satisfagan condiciones de educación y capacitación (Tesis 1a./J. 50/2009 (2009)).

La necesidad de formar más profesionales de la salud, por tanto, no puede desvincularse de las condiciones en que dicha formación ocurre. Si el derecho a la educación y el derecho a la salud convergen de manera directa en la enseñanza clínica, entonces la prevención y atención de las violencias en campos clínicos constituye una obligación no discrecional para las instituciones de educación superior.

Bajo esta lógica, no basta con reconocer que existe violencia o afirmar en abstracto que deben protegerse los derechos de quienes se forman en medicina. Se requieren mecanismos institucionales capaces de traducir los principios de protección de derechos humanos en procedimientos claros, accesibles y eficaces. Por ello, las políticas universitarias orientadas a la salvaguarda de las personas en formación médica deben materializarse en instrumentos concretos.

En este contexto, la Universidad Autónoma de Chihuahua aprobó, el 9 de octubre de 2023, el Protocolo para Prevenir, Atender y Erradicar la Violencia, Discriminación, Acoso y Hostigamiento a las personas en Formación Médica, un mecanismo institucional específicamente diseñado para estandarizar el abordaje de la violencia y fijar lineamientos operativos de atención en campos clínicos, el cual construye una ruta universitaria concreta (PPAEVDAH, 2023).

El Protocolo se sustenta en principios rectores como accesibilidad, debida diligen-



Universidad Autónoma de Chihuahua

cia, no discriminación y respeto a la dignidad humana. Gracias a ello, la intervención universitaria deja de limitarse a la mera recepción de quejas y se transforma en una obligación de escuchar, canalizar, proteger y dar seguimiento desde un enfoque de derechos humanos.

En su dimensión preventiva, el Protocolo establece la obligación de promover una cultura institucional basada en el respeto a la dignidad humana, mediante acciones de capacitación y acompañamiento psicosocial. Este componente busca incidir sobre las condiciones culturales que favorecen la normalización de la violencia.

En materia de atención, el Protocolo establece rutas institucionales para identificar actos de violencia o discriminación, canalizar reclamaciones y otorgar medidas de protección con enfoque de derechos humanos. Además, incorpora mecanismos restaurativos bajo límites estrictos, excluyendo casos de violencia grave, violencia de género o desequilibrios de poder.

Finalmente, el Protocolo prevé el seguimiento de recomendaciones derivadas de las investigaciones, con corresponsabilidad entre la Defensoría y las autoridades de la unidad académica. Incluso contempla que, cuando de la investigación se desprenda una posible responsabilidad administrativa, se dé aviso al Órgano Interno de Control. Este resulta fundamental, pues traslada la respuesta institucional del plano reactivo al plano de la no repetición. Sin monitoreo,

las recomendaciones se diluyen y la cultura institucional regresa a la normalización de la violencia.

No obstante, el Protocolo no debe entenderse por sí mismo como una solución definitiva al problema de la violencia y discriminación en la formación médica. Su eficacia no solo depende de recursos humanos y materiales suficientes, sino de la articulación armónica de un marco normativo conformado por la Ley Federal del Trabajo, las Normas Oficiales, los convenios de colaboración y la normativa interna de las instituciones de salud y de las universidades.

En conjunto, el Protocolo de la Universidad Autónoma de Chihuahua constituye un puente entre la normatividad universitaria y los derechos humanos en la educación superior, al traducir estándares de protección en mecanismos accesibles para prevenir y atender la violencia en la formación médica. Así, la prevención y atención de las violencias deja de considerarse un asunto privado de los servicios hospitalarios y se reconoce como una condición para una formación clínica ética y digna.

CONCLUSIONES

La formación médica en campos clínicos constituye un espacio en el que el derecho humano a la educación y el derecho a la salud se interrelacionan estrechamente. Por ello, cuando la enseñanza clínica se desarrolla en entornos transversalizados por el maltrato normalizado, las jerarquías abusivas y



la violencia naturalizada, la afectación no recae únicamente en las personas en formación médica, sino también en la calidad ética de la atención y el trato que eventualmente recibirá la población. La deshumanización de quienes se forman para cuidar la salud de otras personas compromete, al mismo tiempo, la dignidad del proceso educativo y la función del sistema de salud.

En ese contexto, la prevención de violencias en la enseñanza clínica se entiende como una obligación derivada del deber de garantizar condiciones acordes a los derechos humanos de las personas en formación médica. De ahí que el diseño e implementación de protocolos universitarios constitu-

ya una estrategia jurídicamente necesaria y socialmente relevante, en tanto protege derechos universitarios, fortalece la cultura institucional y contribuye a la construcción de entornos de formación dignos.

Desde esta perspectiva, el Protocolo representa una respuesta universitaria valiosa a partir del reconocimiento de la complejidad institucional del campo clínico y la traduce en una arquitectura organizacional concreta, con definición de funciones, atribuciones, rutas de atención y mecanismos de protección y seguimiento. Su principal aportación como práctica para la educación superior radica en establecer un estándar mínimo de protección frente a violencias que no deben considerarse inherentes a la formación clínica. En lo esencial, la enseñanza de la medicina no debe costar la salud mental, la dignidad ni la vida de quienes aprenden a cuidar a otras personas.

REFERENCIAS

- Castro, R., y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gámez-Ibarra, N., Sánchez-Molina, C. M., y Alva-Alva, R. (2025). *La violencia estructural y cultural en la enseñanza de la medicina: problema de políticas públicas y educativas*. *Revista DYCS Victoria*, 7(2), 61-75.
- García Hernández, H., y Alvear Galindo, G. (2020). Violencia en la formación médica. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 63(2), 46-55. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.2.07>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021, 22 de octubre). *Estadísticas a propósito de las personas ocupadas como médicos* (Comunicado de prensa núm. 580/21).
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Dis-

- criminación. (2025, 14 de noviembre). *Diario Oficial de la Federación*. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPED.pdf>
- Lugo Machado, J. A., Menéndez-Cázares, J. A., Medina-Valentón, E., García-Ramírez, P. E., Guerrero-Paz, J. A., y Escobar-Morales, A. L. (2023). Currículo oculto en educación médica: conceptos y dimensiones. *Medicina Interna de México*, 39(6), 883-898. <https://doi.org/10.24245/mim.v39i6.7874>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Sinopsis*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f050efba-691a-401b-8fe3-11201cab4ed7/content>
- Programa Sectorial de Salud 2025-2030. (2025, 4 de septiembre). *Diario Oficial de la Federación*. <http://sidof.segob.gob.mx/notas/5767240>
- Roni, C., Mur, J. A., Deza, R., Fernández Cedro, M. I., y Reboiras, F. (2025). Pedagogías hostiles en residencias médicas: Un problema estructural de la formación en salud. *Medicina* (Buenos Aires), 85, 135-143. <https://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v85n1/1669-9106-medba-85-01-135.pdf>
- NOM-009-SSA3-2013 (Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología). (2014, 7 de agosto). *Diario Oficial de la Federación*. Secretaría de Salud. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/marconormativo/NormasOficiales/4356.pdf>
- NOM-001-SSA-2023 (Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica). (2024, 19 de marzo). *Diario Oficial de la Federación*. Secretaría de Salud. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5720561&fecha=19/03/2024#gsc.tab=0
- NOM-033-SSA-2023 (Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA-2023, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina). (2024, 15 de marzo). *Diario Oficial de la Federación*. Secretaría de Salud. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5720408&fecha=15/03/2024#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2024). *Guía de los criterios esenciales para evaluar planes y programas de estudio aplicable a la Licenciatura en Medicina General* (4.ª ed., Acuerdo COEVA 006/LXXXVI/2022). https://cifrhs.salud.gob.mx/site1/planes-programas/2025/250520_guia_lic_medicina.pdf
- Tesis 1a./J. 50/2009 (Tesis 1a./J. 50/2009 registro digital 167530. Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud). (2009, abril). *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, XXIX, p. 164. Suprema Corte de Justicia de la Nación. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/167530>
- PPAEVDAH (Protocolo para prevenir, atender y erradicar la violencia, discriminación, acoso y hostigamiento a las personas en formación médica). (2023, 25 de octubre). *Gaceta Universitaria*, (186). Universidad Autónoma de Chihuahua. https://transparencia.uach.mx/informacion_publica_de_oficio/protocolos/protocolo_prevenir_formacion_medica.pdf
- World Federation for Medical Education. (2020). *Basic medical education: WFME global standards for quality improvement: The 2020 revision*. <https://wfme.org/wp-content/uploads/2022/03/WFME-BME-Standards-2020.pdf>