

2. Suicidio en médicos residentes: encrucijada ética, legal y de derechos humanos en México y Perú



MARÍA DE JESÚS MÉNDEZ VERDUZCO*

OMAR FERNANDO BECERRA PARTIDA**

GUINEA MICHELLE GARCÍA RUVALCABA***

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.464.02>

Resumen

El suicidio entre médicos residentes representa una crisis ética, legal y de derechos humanos. Esta población, ubicada en una zona gris entre estudiante y trabajador, enfrenta condiciones laborales extenuantes, escasa protección jurídica y limitado acceso a servicios de salud mental. Estudios internacionales reportan prevalencias de depresión del 28.8% y *burnout* del 51% entre residentes (Mata et al., 2015; Rotenstein et al., 2018). En México y Perú, la situación se agrava por vacíos normativos y precariedad institucional. Este artículo adopta un enfoque crítico-argumentativo basado en la bioética, el bioderecho y los derechos humanos, y propone medidas públicas que garanticen condiciones dignas de formación, protección legal efectiva y acceso a salud mental. Se abordan los marcos normativos nacionales e internacionales, la ambigüedad jurídica del residente, el impacto multifacético del suicidio y el potencial de la innovación tecnológica como herramienta preventiva.

* Doctora en Bioética y Derechos Humanos. Profesora del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8542-9453>; correo electrónico: maria.mendez@academicos.udg.mx

** Doctor en Bioética y Derechos Humanos. Profesor del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8142-3333>

*** Estudiante de pregrado de la Licenciatura en Médico Cirujano y Partero en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5353-5290>

Palabras clave: *suicidio, bioética, formación médica, derechos humanos.*

Introducción

El suicidio entre médicos residentes constituye una alerta ética y sanitaria que revela fallas estructurales en los sistemas de formación médica. Esta población, esencial para la atención clínica, enfrenta una combinación de exigencias académicas, presión asistencial y escasa protección institucional que deteriora su salud mental. En países como México y Perú, la residencia médica se desarrolla en contextos de precariedad normativa, ambigüedad jurídica y cultura institucional que normaliza el sacrificio extremo (Hawton et al., 2001; Schernhammer y Colditz, 2004). Estudios globales muestran que los residentes presentan tasas de depresión y *burnout* significativamente superiores a la población general (Dyrbye et al., 2014; Rodrigues et al., 2018). En Estados Unidos, el suicidio es una de las principales causas de muerte no accidental entre médicos en formación (Schernhammer y Colditz, 2004). En América Latina, aunque los datos consolidados son limitados, revisiones regionales confirman patrones similares o más graves (Jácome et al., 2019; Zambrano Toala, 2019). Este artículo propone un análisis crítico-argumentativo sustentado en revisión documental y marcos conceptuales de bioética, bioderecho y derechos humanos. Se busca visibilizar la vulnerabilidad estructural de los residentes, desestigmatizar el suicidio, comprender las causas sistémicas y proponer medidas públicas que regulen las jornadas laborales, garanticen acceso a salud mental y protejan los derechos fundamentales de esta población.

La sombra del suicidio en la comunidad médica residente

El suicidio entre médicos residentes representa una tragedia silenciosa invisibilizada por la cultura médica del estoicismo y la sobreexigencia. A diferencia de otros profesionales, los residentes enfrentan una combinación única de factores de riesgo: jornadas extenuantes, presión académica, exposición constante al sufrimiento humano y escaso acceso a redes de apoyo emocional

(Myers y Freeland, 2019; Sen et al., 2010). Estudios internacionales han documentado tasas alarmantes de ideación suicida entre residentes. Guille et al. (2017) reportaron que el 11.1% de los residentes en Estados Unidos presentaron ideación suicida durante el primer año de formación. En Japón, Yusuke et al. (2020) encontraron que el 12.3% de los residentes encuestados habían considerado el suicidio en el último año. Aunque los datos en América Latina son limitados, informes del Colegio Médico del Perú y encuestas internas en hospitales de Lima sugieren que esta problemática también está presente, aunque subregistrada (Castillo Espinoza et al., 2023).

La vulnerabilidad específica de los residentes radica en su posición intermedia: no son estudiantes, pero tampoco tienen plena autonomía profesional. Esta ambigüedad jurídica y laboral los expone a abusos, sobrecarga y negligencia institucional. La falta de protocolos claros para la atención de salud mental, el estigma asociado a pedir ayuda y la normalización del sufrimiento como parte del “proceso formativo” agravan el riesgo (Moss y Detsky, 2016; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019). El suicidio consumado entre médicos residentes, aunque menos frecuente que la ideación, tiene un impacto devastador en comunidades hospitalarias. En Estados Unidos, se estima que el suicidio es la segunda causa de muerte no accidental entre residentes (Schernhammer y Colditz, 2004). Las mujeres médicas presentan tasas desproporcionadamente altas, posiblemente relacionadas con factores de género, discriminación y doble carga laboral (Hawton et al., 2001).

La respuesta institucional ha sido insuficiente. Aunque existen programas de bienestar y líneas de ayuda, su acceso suele ser limitado y la confidencialidad no siempre está garantizada. En Perú, la Ley N° 30 453 y su reglamento reconocen el derecho a la salud mental, pero su implementación efectiva en hospitales docentes es aún incipiente (Congreso de la República del Perú, 2017). Reconocer esta sombra no implica patologizar la vocación médica, sino humanizarla. La prevención del suicidio en residentes exige una transformación estructural: condiciones laborales dignas, supervisión empática, acceso real a servicios de salud mental y una cultura institucional que valore el bienestar tanto como la excelencia académica.

Prevalencia e incidencia: una mirada global y regional

La prevalencia de trastornos mentales entre médicos residentes es significativamente superior a la de la población general. El metaanálisis de Mata et al. (2015), que incluyó 54 estudios con más de 17 000 residentes en Estados Unidos, reportó una prevalencia combinada de síntomas depresivos del 28.8%, frente al 9.3% en adultos jóvenes. Rotenstein et al. (2018) revisaron 182 estudios globales y encontraron tasas de *burnout* cercanas al 51%. Estas cifras reflejan una crisis silenciosa que afecta la salud mental de quienes están en formación médica.

En México, el estudio transversal de Juárez-García et al. (2018), realizado en 302 residentes de hospitales públicos en Ciudad de México, reportó prevalencias de *burnout* superiores al 60%, asociadas a jornadas extensas, falta de supervisión y escaso acceso a servicios de salud mental. En Perú, aunque los estudios sistemáticos son escasos, informes del Colegio Médico del Perú y encuestas internas en hospitales de Lima sugieren condiciones similares de sobrecarga laboral, estrés crónico y falta de apoyo institucional (Colegio Médico del Perú, 2022).

La normativa peruana —Ley N° 30 453 y su reglamento, y el Decreto Supremo N° 007-2017-SA— reconoce derechos laborales y formativos como la supervisión adecuada y la protección frente al acoso. Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos estructurales que perpetúan la vulnerabilidad de los residentes (Congreso de la República del Perú, 2017). Estudios regionales comparativos refuerzan esta preocupación. Zambrano Toala (2019) analizó 30 estudios en hospitales de habla hispana, abarcando 2 269 residentes, y reportó una prevalencia promedio de *burnout* del 57%, con mayor afectación en mujeres y médicos solteros. En Colombia, Jácome et al. (2019) hallaron *burnout* en el 47.5% de los residentes, mientras que, en México, Zhou et al. (2023) reportaron cifras superiores al 60%.

Se estima que hasta un 10% de los residentes podría presentar ideación suicida (Pachurka et al., 2020; West et al., 2016), y un 35.7% padece síndrome de *burnout* (Landrigan et al., 2004). La tasa de suicidio consumado entre médicos es más alta que en la población no médica, y existe una desproporción en mujeres médicas particularmente preocupante (Hawton et al.,

2001). En América Latina, la falta de datos consolidados subraya la urgencia de investigación y acción pública.

Estas cifras no deben extrapolarse a médicos generales o especialistas sin evidencia adicional. La vulnerabilidad específica del residente está inducida por las condiciones del entorno formativo, no por su elección profesional. Reconocer esta distinción es esencial para diseñar intervenciones éticas, legales y estructurales que protejan su salud mental y sus derechos humanos.

Vulnerabilidad específica y ausencia de protección jurídica

La figura del médico residente se encuentra en una zona de ambigüedad jurídica que lo convierte en sujeto especialmente vulnerable. Aunque cumple funciones asistenciales, docentes e investigativas, su reconocimiento legal como trabajador o estudiante varía según el país, el hospital y el marco normativo vigente (Cámara de Diputados, 2026a; Cámara de Diputados, 2026b). Esta indefinición genera vacíos en la protección de derechos fundamentales como la salud mental, la jornada laboral digna, el acceso a servicios médicos y la protección frente al acoso institucional (Asociación Médica Mundial, 2019).

En Perú, la Ley N° 30 453 reconoce a los residentes como profesionales en formación, pero no garantiza plenamente sus derechos laborales. El reglamento (Decreto Supremo N° 007-2017-sa) establece principios de supervisión, respeto y bienestar, pero su aplicación es limitada debido a la falta de fiscalización y recursos (Congreso de la República del Perú, 2017). En la práctica, muchos residentes enfrentan jornadas que superan las 80 horas semanales, sin compensación económica ni acceso efectivo a servicios de salud mental (Landrigan et al., 2004). La vulnerabilidad se agrava por la cultura institucional que normaliza el sufrimiento como parte del proceso formativo. El miedo a represalias, la dependencia jerárquica y la falta de canales confidenciales para denunciar abusos perpetúan el silencio. Esta situación contraviene principios éticos fundamentales como la autonomía, la beneficencia y la justicia, pilares de la bioética médica (Pérez-Arellano, 2018).

Desde una perspectiva de derechos humanos, la situación del residente puede constituir una forma de violencia estructural. La ausencia

de mecanismos efectivos de protección, la invisibilización del sufrimiento psíquico y la falta de políticas públicas específicas configuran un entorno de vulneración sistemática. La Corte Interamericana de Derechos Humanos (2003) ha señalado que los Estados tienen la obligación de garantizar condiciones laborales que respeten la dignidad humana, especialmente en contextos de subordinación y dependencia. La falta de protección jurídica no solo afecta al residente como individuo, sino que compromete la calidad de la atención médica, la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema de salud. La salud mental del residente no es un asunto privado, sino un problema estructural que exige respuestas institucionales, normativas y culturales.

Impacto multifacético: individual, familiar, institucional y social

El sufrimiento psíquico del médico residente no se limita al plano individual, sus efectos se irradian hacia múltiples esferas y generan consecuencias que comprometen no solo la salud del profesional, sino también la calidad del sistema sanitario y el tejido social. A nivel individual, los residentes que enfrentan *burnout*, depresión o ideación suicida experimentan deterioro cognitivo, afectivo y funcional, lo cual afecta su capacidad de aprendizaje, su juicio clínico y su toma de decisiones, además de que aumenta el riesgo de errores médicos (AMA, 2019). La falta de descanso, el estrés crónico y la presión institucional erosionan la vocación médica y pueden generar trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y abandono de la especialidad (Hu et al., 2020).

En el plano familiar, la sobrecarga laboral y el sufrimiento emocional del residente afectan sus vínculos. Estudios muestran que los médicos con *burnout* tienen mayores tasas de conflicto conyugal, aislamiento afectivo y disfunción parental (Shanafelt et al., 2012). En América Latina, donde los lazos familiares suelen ser fuente de contención, esta ruptura emocional puede agravar el sufrimiento y dificultar la búsqueda de ayuda.

Institucionalmente, el deterioro de la salud mental de los residentes compromete la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la sostenibilidad

del sistema hospitalario. Instituciones que no protegen a sus residentes enfrentan rotación elevada, pérdida de talento y desprestigio académico (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2003). Además, el sufrimiento no atendido puede generar climas laborales tóxicos, normalización del maltrato y reproducción de dinámicas abusivas entre generaciones médicas (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2018).

Socialmente, la salud mental del residente es un asunto de interés público. Médicos maltratados durante su formación pueden replicar prácticas deshumanizadas, erosionando la confianza social en el sistema de salud. La invisibilización del sufrimiento médico perpetúa estigmas y dificulta la construcción de políticas públicas centradas en el bienestar profesional (Amnesty International, 2023). En contextos como el peruano y el mexicano, donde el sistema de salud enfrenta desafíos estructurales, proteger al residente es también proteger al paciente y al futuro del sistema sanitario. Este impacto multifacético exige una respuesta integral: no basta con intervenciones individuales o programas de bienestar aislados, se requiere una transformación estructural que reconozca al residente como sujeto de derechos, garantice condiciones laborales dignas y promueva una cultura institucional basada en el cuidado, la ética y la justicia.

Marcos de análisis: bioética, bioderecho y derechos humanos como pilares de protección

La situación del médico residente exige un abordaje interdisciplinario que articule la bioética, el bioderecho y los derechos humanos como marcos de protección frente a la vulnerabilidad estructural. Estos enfoques permiten trascender la mirada clínica o administrativa, reconociendo al residente como sujeto de dignidad, autonomía y derechos fundamentales.

Desde la bioética, los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia ofrecen una guía para evaluar y transformar el entorno formativo (Pérez-Arellano, 2018). La autonomía exige que el residente tenga voz sobre sus condiciones laborales y acceso a servicios de salud mental sin coerción. La beneficencia y la no maleficencia obligan a las instituciones a promover el bienestar y evitar daños físicos, psíquicos o morales. La justicia

demanda una distribución equitativa de cargas y beneficios, para evitar que el residente sea tratado como recurso desechable.

El bioderecho traduce estos principios en normas jurídicas concretas. En Perú, la Ley N° 30 453 y su reglamento reconocen derechos formativos, pero no garantizan mecanismos eficaces de protección. La ausencia de protocolos específicos para abordar el *burnout*, la ideación suicida o el acoso institucional representa una omisión normativa que vulnera el derecho a la salud y al trabajo digno (Congreso de la República del Perú, 2017; Landri-gan et al., 2004). Desde el bioderecho, el residente debe ser protegido como sujeto de especial tutela, dada su posición de subordinación y dependencia (Asociación Médica Mundial, 2022).

El enfoque de derechos humanos reconoce que el sufrimiento del residente no es solo un problema médico, sino una vulneración de derechos fundamentales. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que los Estados tienen la obligación de proteger la salud mental de los trabajadores, especialmente en contextos de subordinación (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2003). El derecho a la vida, la integridad personal, la salud, la no discriminación y el acceso a la justicia son pilares que deben guiar la política pública en formación médica (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2025; UN, 1966; UDHR, 1948).

El bioderecho y la protección jurídica de los derechos humanos de los residentes

El bioderecho, como disciplina que articula la bioética con el derecho positivo, ofrece un marco normativo robusto para la protección de los derechos humanos de los médicos residentes. En contextos donde la formación médica se desarrolla bajo condiciones de subordinación, sobrecarga y ambigüedad jurídica, el bioderecho permite visibilizar y normativizar el sufrimiento psíquico como una forma de vulneración estructural (UN, 1966). El residente no debe ser concebido únicamente como aprendiz o recurso asistencial, sino como sujeto de derechos fundamentales. Esto incluye el derecho a la salud física y mental, a condiciones laborales dignas, a la protección frente al acoso institucional y a la reparación en caso de vulneración (UDHR, 1948).

La jurisprudencia internacional, como la Opinión Consultiva OC-18/03, de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2003), establece que toda persona que preste servicios bajo subordinación debe ser protegida por el derecho laboral y los derechos humanos, independientemente de su estatus contractual. En Perú, la Ley N° 30453 y su reglamento reconocen derechos formativos, pero no garantizan mecanismos eficaces de protección jurídica. La ausencia de protocolos específicos para abordar el *burnout*, la ideación suicida o el acoso institucional representa una omisión normativa que vulnera el derecho a la salud y a la integridad personal (Congreso de la República del Perú, 2017; Landrigan et al., 2004). La ausencia de fiscalización efectiva y de canales confidenciales de denuncia perpetúa la impunidad y el sufrimiento.

El Estado tiene la obligación de garantizar condiciones laborales y formativas que respeten la dignidad humana. Esto incluye supervisión ética y profesional, acceso confidencial a servicios de salud mental, mecanismos de denuncia y reparación, y protección frente a represalias y estigmatización (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2025). Las instituciones formadoras también tienen responsabilidad directa. La omisión de medidas de protección puede constituir una forma de negligencia institucional, con implicancias legales y éticas. La protección jurídica del residente requiere una reforma normativa que articule el bioderecho con los estándares internacionales de derechos humanos. Esto implica el reconocimiento explícito del residente como trabajador en formación, la inclusión de la salud mental como derecho protegido, la creación de observatorios de bienestar médico y la incorporación de cláusulas de protección en convenios docentes-asistenciales (Asociación Médica Mundial, 2018).

Innovación tecnológica en salud mental y prevención

La tecnología ofrece herramientas poderosas para mejorar la salud mental de los médicos residentes. Existen aplicaciones móviles que permiten monitorear estados de ánimo, estrés y sueño, lo que facilita la identificación de patrones de riesgo. Además, algunas plataformas digitales ofrecen ejercicios de *mindfulness*, meditación y terapia cognitivo-conductual (Firth et al., 2017). Las comunidades de apoyo anónimas en línea reducen el aislamiento

y el estigma. La telemedicina permite un acceso confidencial y flexible a consultas remotas, para superar las barreras de tiempo y desplazamiento. La inteligencia artificial (ia) puede ofrecer una detección temprana y un análisis predictivo al analizar patrones de voz, escritura y datos fisiológicos. *Chatbots* de apoyo ofrecen asistencia 24/7, y la ia personaliza recomendaciones de bienestar (Torous et al., 2018). La realidad virtual crea entornos inmersivos de relajación y simulaciones para la práctica de habilidades de afrontamiento. Los dispositivos portátiles monitorean métricas fisiológicas como la variabilidad del ritmo cardíaco y patrones de sueño, con lo cual proporcionan datos objetivos sobre estrés y fatiga (WHO, 2001).

Para que estas innovaciones sean efectivas, es crucial garantizar la privacidad y seguridad de los datos, la integración en el flujo de trabajo sin añadir carga, la validación clínica, la formación digital y la complementariedad con el contacto humano. Al integrar estas tecnologías reflexivamente, se crea un entorno más solidario y proactivo para la salud mental de los residentes.

Estrategias institucionales de prevención con enfoque de derechos humanos

Las estrategias de prevención individual deben complementarse con cambios sistémicos institucionales. Las instituciones de salud tienen la responsabilidad de garantizar un entorno que respete los derechos humanos de sus residentes (Asociación Médica Mundial, 2018). La cultura de la residencia, que glorifica el sacrificio y tolera el acoso, es perjudicial. Modificarla es crucial, pero ello implica un ambiente de respeto mutuo, apoyo y cumplimiento de derechos humanos fundamentales.

Las largas jornadas laborales y la privación de sueño son factores de riesgo para el *burnout* y problemas de salud mental. La regulación de horarios y cargas de trabajo es innegociable. Deben implementarse límites efectivos de horas semanales, duración de guardias y periodos de descanso adecuados (oit, 1919). Estos límites deben ser monitoreados y cumplidos rigurosamente, es decir, cumplir el derecho al descanso y a una jornada laboral razonable (Asociación Médica Mundial, 2017).

El fomento de redes de apoyo y programas de *mentoring* estructurados contrarresta la soledad y el aislamiento. Los residentes se benefician al conectar con pares y mentores experimentados que ofrecen orientación y apoyo emocional (Liebschutz et al., 2007). Estos programas deben ser proactivos, con asignaciones de mentores y oportunidades regulares para interacción grupal, además de promover grupos de apoyo entre pares, facilitados por profesionales.

Los tutores y supervisores son clave en la formación. Es imperativo que reciban capacitación específica en liderazgo ético, empatía, comunicación, detección de sufrimiento e intervención inicial, así como en prevención del acoso y maltrato (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2017). Esta capacitación debe enfocarse en la protección de los derechos humanos de los residentes, y debe verlos como individuos con derechos inalienables.

Finalmente, el acoso y el maltrato son intolerables. Las instituciones deben establecer políticas claras y efectivas contra el acoso en todas sus formas. Estas políticas deben incluir mecanismos de denuncia accesibles y seguros, procesos de investigación transparentes y justos, y sanciones consistentes para los infractores (Asociación Médica Mundial, 2019). Garantizar un entorno libre de violencia y discriminación es una obligación fundamental de derechos humanos.

Desafíos futuros y la urgencia de una agenda de derechos humanos

Abordar el suicidio en médicos residentes implica superar desafíos significativos. El estigma de la salud mental en la profesión médica es una barrera cultural arraigada, desmontarla requiere un esfuerzo colectivo para reconocer que buscar ayuda es fortaleza y que la enfermedad mental no debe ser motivo de discriminación (who, 2014). Los líderes médicos deben hablar abiertamente sobre salud mental y normalizar estas conversaciones para disipar el miedo a represalias (ama, 2019).

La resistencia cultural y estructural en la medicina, que glorifica el sacrificio como rito de paso, es un obstáculo; superarlo exige un cambio

sistémico impulsado por los derechos humanos, al promover una cultura de cuidado mutuo y respeto. Esto implica desafiar la inercia institucional y las justificaciones anacrónicas. La garantía de un ambiente seguro y digno para los residentes debe ser una condición no negociable para la acreditación de programas, con monitoreo y consecuencias claras (Asociación Médica Mundial, 2018).

El enfoque bioético de esta investigación no se limita a una reflexión teórica, sino que se propone como una herramienta aplicada para orientar la formulación de medidas públicas que protejan los derechos de los médicos residentes. A partir de los principios de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia, se busca articular una propuesta que trascienda el diagnóstico de condiciones adversas y contribuya a la transformación institucional (Pérez-Arellano, 2018). Esta perspectiva bioética se integra en el análisis de la ambigüedad jurídica del residente, la precariedad laboral y el impacto psicosocial de su formación médica. Al vincular estos elementos con obligaciones normativas concretas, se plantea una ruta para la adopción de políticas públicas que reconozcan al residente como sujeto de derechos, promuevan condiciones dignas de trabajo y formación, y articulen los marcos laborales, sanitarios y educativos (Congreso de la República del Perú, 2017). En este sentido, la bioética no aparece como un complemento externo, sino como el eje que estructura el análisis y orienta las recomendaciones del estudio. Su inclusión responde a la necesidad de abordar el problema desde una mirada integral que combine rigor normativo, sensibilidad ética y compromiso institucional.

Conclusiones

Abordar el suicidio en médicos residentes es complejo y requiere un proceso gradual que implemente cambios profundos en la legislación, la educación y la práctica clínica. Es crucial fortalecer el bioderecho para proteger explícitamente la posición del médico residente. Desde esta perspectiva, se pueden establecer recomendaciones de políticas públicas y marcos legales con enfoque de derechos humanos para abordar la crisis de manera sistémica y sostenible. Esto implica clarificar el estatus laboral de los residentes

al reconocerlos como trabajadores con plenos derechos y límites horarios obligatorios. Es fundamental legislar sobre las condiciones de la residencia y establecer límites máximos de horas de trabajo, duración de guardias y periodos mínimos de descanso, con sanciones claras para las instituciones que incumplan (OIT, 1919; Asociación Médica Mundial, 2017). Asimismo, se debe garantizar el acceso a la salud mental, para asegurar que todos los programas de residencia proporcionen servicios gratuitos, confidenciales y especializados.

La protección contra el acoso debe incorporarse en la legislación laboral y educativa, con definiciones claras, mecanismos de denuncia protegidos y sanciones severas (Asociación Médica Mundial, 2019). La implementación efectiva de los derechos humanos de los residentes requiere revisar leyes existentes y crear nuevas normativas que reflejen sus necesidades y vulnerabilidades. La salud mental debe ser un pilar fundamental de la formación médica, integrando curricularmente el autocuidado y manejo del estrés (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019). La colaboración entre gobiernos, instituciones, organismos reguladores y asociaciones profesionales es esencial para exigir y supervisar el cumplimiento de estas normativas. La meta final es un sistema de formación médica que produzca profesionales sanos, dignos y respetados. Garantizar el financiamiento y los recursos para programas de bienestar es una inversión indispensable en el futuro de la medicina y la salud pública en América Latina. Este análisis, centrado en los contextos de México y Perú, busca impulsar una agenda regional de derechos humanos que transforme la residencia médica en un entorno ético, justo y protector del bienestar de quienes están en formación.

Referencias

- Accreditation Council for Graduate Medical Education (2018). *Institutional requirements*. ACGME.
- (2017). *Educational excellence*. ACGME.
- (2003). *Duty-hour requirements*. ACGME.
- American Medical Association (2019a). *Physician well-being: Policies and programs*. AMA.
- (2019b). *Physician wellness initiatives*. AMA.

- Amnesty International (2023). *Informe 2022/23: Estado de los derechos humanos en el mundo*. <https://www.amnesty.org/es/documents/pol10/5670/2023/es/>
- Asociación Médica Mundial (2022). *Código Internacional de Ética Médica*. WMA.
- (2019). *Declaración sobre el bienestar de los médicos*. WMA.
- (2018a). *Declaración sobre el bienestar de los médicos*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-physician-well-being/>
- (2018b). *Declaración sobre la educación médica*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-education/>
- (2018c). *Declaración sobre la intimidación y el acoso en la profesión médica*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-bullying-and-harassment-within-the-medical-profession/>
- (2017). *Resolución sobre fuerza laboral médica*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-medical-workforce/>
- CanMEDS 2000: Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report. (2000). *Medical Teacher*, 22(6), 549–554. <https://doi.org/10.1080/01421590050175505>
- Carrascal, J. y Ríos, J. (2021). Aplicaciones de inteligencia artificial en salud mental: revisión de literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2), 123-132. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.06.001>
- Castillo Espinoza, M. J. et al. (2023). *Salud mental de los médicos residentes de un hospital de Lima Metropolitana*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13214>
- Congreso de la República del Perú (2017). *Ley N° 30453 y Decreto Supremo N° 007-2017-SA*. Diario Oficial El Peruano.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (15 de enero de 2026). *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación.
- (14 de mayo de 2026). *Ley Federal del Trabajo*. Diario Oficial de la Federación.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2003). *Opinión Consultiva OC-18/03*. https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_18_esp.pdf
- Dyrbye, L. N. et al. (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians. *Academic Medicine*, 89(3), 443-451. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000182>
- Firth, J. et al. (2017). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: A meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 287-298. <https://doi.org/10.1002/wps.20472>
- Guille, C. et al. (2017). Web-based CBT intervention for suicidal ideation in medical interns. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1192-1198. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1880>
- Hawton, K. et al. (2001). Suicide in doctors: Risk by gender and specialty. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(5), 296-300. <https://doi.org/10.1136/jech.55.5.296>
- Hu, Y. Y. et al. (2020). Physicians' needs in coping with emotional stressors. *Archives of Surgery*, 147(3), 212-217. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2011.312>
- Jácome, M. A. et al. (2019). Burnout en médicos residentes en Colombia. *Revista Cuidarte*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.621>

- Juárez-García, A. *et al.* (2018). Burnout en médicos residentes en Ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 20(3), 91-98. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2018/amf183b.pdf>
- Landrigan, C. P. *et al.* (2004). Effect of reducing interns' work hours on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 351(18), 1838-1848. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa041406>
- Liebschutz, J. M. *et al.* (2007). Sexual harassment in academic medicine. *Academic Medicine*, 82(12), 1147-1153.
- Mata, D. A. *et al.* (2015). Prevalence of depression among resident physicians. *JAMA*, 314(22), 2373-2383. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.17647>
- Moss, M. y Detsky, A. S. (2016). Medical training's culture of endurance and moral injury. *JAMA*, 316(21), 2171-2172. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.16301>
- Myers, M. F. y Freeland, A. (2019). The mentally ill physician: Issues in assessment and advocacy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(12), 823-837. <https://doi.org/10.1177/0706743719875429>
- Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). *Taking action against clinician burnout: A systems approach to professional well-being*. <https://doi.org/10.17226/25521>
- Organización Internacional del Trabajo (1919). *Convenio sobre las horas de trabajo (industria)*, núm. 1. OIT.
- Pachurka, K. M. *et al.* (2020). Mental health screening for medical students and residents. *Academic Psychiatry*, 44(4), 441-450.
- Pérez-Arellano, J. L. (2018). *Bioética clínica: fundamentos y aplicaciones*. Editorial Médica Panamericana.
- Rodrigues, H. *et al.* (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review. *PLoS ONE*, 13(11), e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
- Rotenstein, L. S. *et al.* (2018). Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131-1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Schernhammer, E. S. y Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A gender assessment. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295-2302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>
- Sen, S. *et al.* (2010). Depression and alcohol use in first-year medical residents. *Journal of General Internal Medicine*, 25(6), 543-549. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1316-2>
- Shanafelt, T. D. *et al.* (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377-1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Torous, J. *et al.* (2018). Mental health mobile phone app usage, concerns, and benefits

- among psychiatric outpatients: Comparative survey study. *JMIR Mental Health*, 5(4), e11715. <https://doi.org/10.2196/11715>
- West, C. P. *et al.* (2016). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 280(5), 582-594. <https://doi.org/10.1111/joim.12552>
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
- Yusuke, T. *et al.* (2020). Suicidal ideation among Japanese medical residents: A cross-sectional study. *Asian Journal of Psychiatry*, 48, 101897. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101897>
- Zambrano Toala, M. A. (2019). Burnout en médicos residentes de hospitales latinoamericanos: Revisión sistemática. *Revista Médica de Chile*, 147(4), 487-495.
- Zhou, Y. *et al.* (2023). Burnout en médicos residentes mexicanos: Estudio multicéntrico. *Salud Mental*, 46(1), 15-22.