

Incivildades en la educación médica y en la atención sanitaria: necesidad de un cambio cultural

Mayo de 2026

Incivilities in medical education and clinical care: need for a cultural change

Rodolfo Armas-Merino¹, Isabel Behrens-Pellegrino¹, Jorge Dagnino Sepúlveda¹ (Coordinador),
Jorge Las Heras Bonetto¹, Karin Kleinstauber Sáa¹, Gloria López-Steward¹, Fernando Novoa Sotta¹,
Antonio Orellana-Tobar¹, María Eugenia Pinto Claude¹, Emilio Roessler Bondi¹ y Vicente Valdivieso Dávila¹

¹Comité sobre Educación Médica, Academia Chilena de Medicina.

Resumen

El artículo aborda las incivildades en la educación médica y la atención sanitaria como un problema transversal, frecuente y profundamente arraigado en la cultura institucional. Define el maltrato como conductas de desconsideración, humillación o abuso, que vulneran la dignidad humana, presentes tanto en relaciones educativas como asistenciales. Estas conductas abarcan desde agresiones evidentes hasta formas sutiles y normalizadas, como sarcasmo, exclusión o sobrecarga injustificada de trabajo. La incivildad es universal y tiene una alta prevalencia, muchas veces con consecuencias significativas como ansiedad, *burnout*, desmotivación e incluso abandono de la carrera. Afecta más a mujeres y a personas percibidas como inferiores jerárquicos. Estas dinámicas afectan, además, la calidad de la atención pues interfieren con la comunicación, el trabajo en equipo y la seguridad del paciente. El fenómeno es multifactorial: incluye características individuales, estructuras jerárquicas rígidas, sobrecarga laboral y una cultura que normaliza el abuso como parte del aprendizaje. La persistencia intergeneracional refuerza su continuidad. Asimismo, existen barreras institucionales como la reticencia a denunciar, la ineficacia de los procesos investigativos y la falta de seguimiento. El artículo enfatiza la necesidad de un cambio cultural profundo basado en el respeto irrestricto. Propone intervenciones integrales como formación en humanidades médicas, capacitación docente, políticas de tolerancia cero, fortalecimiento del liderazgo ético y mejora de las condiciones laborales. Destaca que la solución requiere un enfoque sistémico que integre educación y práctica clínica. Solo mediante un compromiso sostenido de instituciones y actores se podrá garantizar una formación médica ética y una atención clínica de calidad.

Palabras clave: maltrato e incivildad; educación médica; atención clínica; cultura organizacional; seguridad del paciente

Abstract

The article examines incivility in medical education and healthcare as a widespread, frequent and culturally embedded problem. Mistreatment is defined as behaviors such as disrespect, humiliation, or abuse that undermine human dignity, affecting both educational and clinical relationships. These behaviors range from overt aggression to subtle, normalized practices such as sarcasm, exclusion, and excessive or punitive workloads. Incivility is highly prevalent, frequently with significant consequences such as anxiety, burnout, reduced motivation, and even dropout. It affects more women and those perceived as hierarchically inferior. Additionally, these behaviors negatively impact patient care by disrupting communication, teamwork, and safety practices. The phenomenon is multifactorial, including individual traits, rigid hierarchical structures, heavy workloads, and a culture that normalizes abuse as part of professional training. Intergenerational transmission reinforces its persistence. Institutional barriers such as underreporting, ineffective investigation processes, and lack of follow-up further perpetuate the problem. The article highlights the urgent need for a profound cultural change grounded in unrestricted respect. It proposes comprehensive interventions, including the integration of medical humanities into curricula, faculty training in respectful teaching practices, zero-tolerance policies, ethical leadership, and improved working conditions. A systemic approach that integrates education and clinical care is essential. Only sustained commitment from institutions and stakeholders can ensure ethical medical training and high-quality healthcare delivery.

Keywords: abuse; incivility; medical education; clinical care; organizational culture; patient safety.

Correspondencia a:

Jorge Dagnino Sepúlveda
jorge.dagnino@gmail.com

Introducción

Este cuarto artículo del Comité sobre Educación Médica de la Academia Chilena de Medicina aborda un tema de preocupación transversal como es el de las incivildades en la educación médica y en la atención de salud. La incultura, descortesía, grosería y violencia en la sociedad actual son frecuentes y evidentes en múltiples esferas –en escuelas, en el trabajo, en las calles y en el deporte– y son percibidas como en aumento. La incivildad en el área de la salud está inserta en esta situación general, pero también en una peculiar cultura disfuncional en lo asistencial y en la formación médica que, para abordarla, necesitan de un enfoque y esfuerzo sostenido de las personas e instituciones involucradas en la atención sanitaria y en la educación médica.

Maltrato se puede definir como una forma de relación con otras personas que se caracteriza por la desconsideración, la crueldad, la dominación o la humillación, sin consideración al respeto que merece toda persona por su dignidad. En el proceso asistencial, involucra a las relaciones entre profesionales, con sus colaboradores y con los pacientes y sus familias; en el proceso educativo, a las relaciones y conductas que se dan entre los estudiantes, docentes y demás personas dentro de una institución educadora y en su relación con las instituciones asistenciales.

Las conductas incívicas abarcan un amplio espectro y son frecuentes en el ámbito de la atención sanitaria y de la educación médica, de pregrado y postgrado, en diferentes países y culturas sanitarias¹⁻⁵. En un extremo están las conductas claramente disruptivas de unos pocos individuos cuyo comportamiento altera el normal funcionamiento de un equipo, de una clase o de un servicio y que, evidentemente, comprometen la calidad de la atención médica y del proceso formativo⁶. Son faltas de respeto y agresión ostensibles a personas percibidas como inferiores jerárquicos, frecuentemente mujeres, enfermeras, estudiantes o residentes. En el otro extremo, las más prevalentes, son conductas habituales que no respetan la dignidad del otro pero que no son percibidas como tales pues forman parte de una cultura disfuncional. Se caracterizan por comportamientos aparentemente triviales como la exclusión, el sarcasmo, los comentarios despectivos encubiertos de humor, la asignación de tareas excesivas o innecesarias como requisito formador o de castigo. El abuso y acoso de índole sexual oscila también entre estos dos extremos. Estas dinámicas no sólo afectan la salud mental de quienes las sufren, sino que perpetúan un ambiente sanitario o educativo nocivo que limita la efectividad de los procesos de enseñanza y de asistencia. *No son maltrato las necesarias correcciones y exigencias de desempeño de acuerdo con el nivel de formación.*

Las faltas de respeto también pueden afectar al paciente como en los tiempos de espera excesivos, no justificados

y generalmente no explicados, en el saludo impersonal o paternalista, en la falta de una escucha activa o de explicaciones sobre el diagnóstico, pronóstico o alternativas de tratamiento. Además, cada vez con mayor frecuencia, quienes ejercen el maltrato sobre el personal sanitario son los enfermos y sus familiares.

Las incivildades, en cualquiera de sus formas y circunstancias, interfieren con el bienestar de las personas, pueden dejar secuelas permanentes y rebajan la dignidad y la autoridad del maltratador; es causa de abandono del trabajo o de los estudios y de problemas de salud mental que incluso llegan al suicidio. Además de los efectos individuales, estas conductas atentan contra la seguridad de la atención de los enfermos al interferir con las comunicaciones, el trabajo en equipo y el cumplimiento de los protocolos de seguridad; para Leape⁷, la falta de respeto es la causa raíz de esta cultura disfuncional que permea los sistemas de salud y la educación médica. En contraste, cuando estas interacciones son respetuosas, colaborativas y empáticas, se crea un ambiente de trabajo o aprendizaje saludable y enriquecedor; permiten convivir de manera confortable y resolver conflictos de manera justa, no violenta ni agresiva, favoreciendo el desarrollo individual y grupal⁸.

El maltrato en la formación médica existe desde la antigüedad cuando los aprendices debían someterse al régimen arbitrario de un tutor o maestro. Hoy, múltiples estudios evidencian que es un fenómeno frecuente –presente en diversas latitudes, sistemas y culturas de atención sanitaria y de educación médica– que afecta a estudiantes de pregrado y posgrado y, también, a todos los estamentos profesionales y funcionarios. La teoría del aprendizaje social de Bandura describe que cuando el maltrato lo ejerce un docente que es visto como un modelo por el estudiante, tiende a autoperpetuarse en la conducta posterior del maltratado en diversas situaciones, incluyendo la relación con los pacientes y con otros miembros del equipo de salud.

La conducta de maltrato puede deberse a características individuales –inseguridad, agresividad, incultura o narcisismo– pero también es una conducta adquirida, tolerada e incluso estimulada por la cultura hospitalaria y educacional jerarquizada. Contribuyen también fallas organizacionales que perpetúan condiciones estresantes en la atención de salud como las exigencias de productividad, malas condiciones de trabajo y sobrecarga horaria entre otras; así, las instituciones también pueden ser responsables de abuso y maltrato sistemático.

La frecuencia y gravedad de las consecuencias del maltrato ha llevado a muchos países a legislar sobre el tema precisando definiciones, el modo de abordar e investigar las denuncias, y especialmente, los modos de promover ambientes laborales saludables. En Chile, la Ley N° 21.369 que regula el acoso sexual, la violencia

y la discriminación de género en el ámbito de la educación superior, que entró en vigencia en 2021, y la ley N° 21.642, llamada ley Karin, que entró en vigencia el 1 de agosto de 2024, que regula el acoso y el maltrato en el ambiente laboral que define extensamente cinco esferas: acoso laboral, acoso sexual, violencia, conductas incívicas y sexismo.

Prevalencia del Maltrato en la Educación Médica

Hay evidencia de que más de 90% de los estudiantes de Medicina experimentan alguna forma de maltrato durante su formación, con comportamientos como el abuso verbal, la humillación pública, la sobrecarga de trabajo y la exclusión social. La frecuencia varía según la metodología de estudio y contexto cultural, la estructura del sistema educativo y las normativas laborales, pero, en general, tiende a ser subestimada por una baja denuncia ante pocas expectativas de solución o miedo a posibles represalias.

En Chile, los estudios repiten las conclusiones observadas en otras latitudes. En el estudio de Maida⁹ y cols., 91% de los estudiantes de la carrera de Medicina refirió haber sufrido al menos un episodio abusivo durante su formación, siendo los profesores y los estudiantes de especialidades los principales agresores. Entre los efectos de estos abusos, 32% señaló haber considerado dejar la carrera a causa de estas experiencias. Otros estudios, como los de Bastías y cols., en residentes¹⁰ y en estudiantes de pregrado¹¹, muestran la extensión y persistencia del problema. Un estudio reciente, de González y cols., en el que participaron 15 de 19 universidades chilenas formadoras de especialistas, aplicó, a fines del año 2019 e inicios del 2020, dos instrumentos validados para evaluar distintos aspectos de los ambientes educacionales en los programas de especialidades médicas; recogió las respuestas de 1.259 estudiantes, concluyendo que el ambiente educacional en las instituciones que forman especialistas en Chile se ubica en un rango intermedio, más positivo que negativo, pero con un margen para mejorar. Relevante en este estudio es que a cada universidad se entregaron las respuestas de texto libre por programa lo que proporcionó información valiosa de los problemas –enseñanza, actividades clínicas, retroalimentación y tiempos protegidos– que requerían mejora e identificando, dentro de los programas impartidos por cada universidad, aquellos con más problemas¹².

Lo anterior releva que desde hace décadas hay preocupación sobre el tema con diversas iniciativas y actividades en las escuelas de Medicina y también colaborativamente en la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH). Esta ha promovido diversas actividades para abordar el maltrato en la formación de estu-

diarios de Medicina. En colaboración con la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), realizó un *webinar*, enfocado a la promoción de un ambiente respetuoso y a la prevención del maltrato en entornos educativos médico, y un taller titulado “*Feedback* efectivo como estrategia para el buen trato”. En 2020, se constituyó una mesa de trabajo convocada por el Ministerio de Salud (MINSAL), que incluyó a representantes de ASOFAMECH y del Colegio Médico, para promover el buen trato en la formación de especialistas; la Superintendencia de Educación Superior publicó recientemente la Norma de Carácter General N°4 sobre Sana Convivencia y Protección de la Salud Mental en Campos Clínicos¹³.

Un grupo de académicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile constituyó un Comité de Buenas Prácticas Docentes iniciando la formación sistemática de sus tutores a través de un curso que ha formado a más de setecientos académicos. La actividad ha permitido recoger la visión del maltrato desde los educadores y precisar distintos tipos que explican parte del subdiagnóstico de algunas formas que se dan por ejemplo en espacios limitados como los ambientes clínicos en que la interacción se limita a dos individuos: el educador y el educando. Los hallazgos de las investigaciones de Lee y cols., muestran que los obstáculos o barreras al buen trato no sólo reflejan conflictos interpersonales, sino que están profundamente arraigadas en dinámicas culturales e institucionales. Entre las barreras más comunes destacan el abuso de poder, la discriminación por género y origen, y la falta de modelos de referencia positivos. Estos resultados permiten comprender el maltrato como un fenómeno estructural que requiere intervenciones sistemáticas y sostenidas para ser superado¹⁴⁻¹⁵.

Factores predisponentes

- La competencia y altas exigencias en los distintos niveles de la formación de médicos y especialistas, así como en el ejercicio de la profesión médica.
- La ignorancia acerca del proceso de aprendizaje y falsas creencias tales como que: “la letra con sangre entra”.
- Factores individuales como ambición, temores, inseguridad y narcisismo.
- La soberbia o un escaso ejercicio de la humildad.
- La discapacidad para escuchar a otros, admitir las críticas y reconocer cuando no se sabe.
- Falta de capacitación apropiada para ejercer la docencia en la escuela de Medicina.
- Faltas de profesionalismo y deshonestidad académica.

El maltrato es perpetrado por médicos, enfermeras y, muchas veces, entre pares. Las mujeres y los estudiantes

de cualquier minoría enfrentan tasas más altas de maltrato, particularmente en formas de discriminación y acoso sexual. Esto resalta la intersección entre inequidades sistémicas y conductas abusivas¹⁶⁻¹⁸. Problemas estructurales y de organización, las largas horas laborales, la falta de supervisión adecuada, la presión asistencial y las situaciones estresantes generan un ambiente propenso al maltrato; este es más frecuente en lugares de mayor estrés como el pabellón quirúrgico, la sala de urgencias y en obstetricia-ginecología, y menos frecuente en medicina familiar y en pediatría.

Dos problemas causales destacan: un desbalance de poder entre maltratador y maltratado y la persistencia intergeneracional. La educación médica y la atención de salud en general se caracterizan por jerarquías rígidas que otorgan poder significativo a los profesores, médicos y residentes en formación avanzada. Se reproduce la cultura de soportar la adversidad y los sacrificios como parte de la formación del carácter donde el abuso se percibe positivamente como una herramienta de fortalecimiento profesional. El maltrato se perpetúa al ser considerado una experiencia común, aceptada e incluso necesaria. Quien maltrata lo justifica como una necesidad pedagógica y los estudiantes internalizan estos comportamientos como un “rito de paso”, donde el haberlo soportado genera cierto orgullo que refuerza el ciclo intergeneracional.

El maltrato se instala como un problema crónico de las instituciones pues:

- Muchos de los que ejercen maltrato son personas que destacan en otros aspectos.
- Se le resta importancia o invisibiliza por parte de las instituciones.
- Los procesos de investigación de incidentes son ineficientes: lentos, con filtración de antecedentes y frecuentemente sin conclusiones ni consecuencias visibles.
- Frustración y sensación de impunidad.
- Falta de registro y seguimiento institucional. Es un error frecuente enfocarse en instaurar protocolos y realizar sumarios, sin abordar sostenidamente y proactivamente el problema y su prevención. Un aspecto común es la falta de seguimiento de las medidas adoptadas y la relativamente escasa evidencia publicada sobre la efectividad de las intervenciones. Esto subraya la importancia de un seguimiento y evaluación permanente de las intervenciones para demostrar el real impacto de ellas y su mejora continua.

Prevención del Maltrato

El reconocimiento en el proceso asistencial y educativo de la dignidad de las personas – todas, por su valor intrínseco, merecen ser tratadas con respeto y

consideración, independientemente de su estado, origen o circunstancia– es fundamental para prevenir el maltrato y lograr los cambios deseados. Existen varias normativas y códigos de conducta que se refieren de manera explícita al maltrato en diversos ámbitos, partiendo por la Declaración Universal de los Derechos Humanos y, en Chile, las dos leyes mencionadas, que hacen obligatorio contar con políticas y reglamentos que aborden integralmente el acoso y abuso laboral y educacional. Las normativas deben ser claras, accesibles y acompañadas de instancias de capacitación; entre las recomendaciones más destacadas se encuentran el diseño de protocolos de buen trato que sean ampliamente difundidos, así como la creación de espacios institucionales dedicados al diálogo y la resolución de conflictos. Estas medidas no solo previenen el maltrato, sino que también promueven ambientes educativos más inclusivos y equitativos. La creación de políticas de “cero tolerancia” al maltrato, acompañadas de sistemas de reporte anónimos y accesibles que fomenten una cultura de responsabilidad. Instituciones como la American Association of Medical Colleges, han establecido estándares claros para garantizar la seguridad y el respeto en el entorno educativo.

Es indispensable implementar medidas preventivas, tales como una capacitación formal sobre buenas prácticas en el lugar de trabajo, formación para ejercer la función docente, regular la carga laboral de los docentes y de los alumnos, precisar los límites que tiene la relación docente/alumno, igual que la relación médico-paciente en clínica. Asimismo valorar y reconocer en los procesos de calificación y promoción a aquellos que destaquen en la docencia respetuosa y de calidad.

Manejo de casos de Maltrato

Las estrategias para el enfrentamiento del maltrato docente se desarrollan en tres niveles: individual, colectivo e institucional. A nivel individual, los estudiantes y académicos recurren al manejo emocional y la autorreflexión como herramientas para sobrellevar las situaciones adversas. En el nivel colectivo, la creación de redes de apoyo y espacios seguros de diálogo permiten compartir experiencias y buscar soluciones conjuntas. A nivel institucional, destaca la generación de protocolos claros y accesibles, así como capacitaciones orientadas a sensibilizar en el tema y prevenir el maltrato. Estas estrategias, especialmente cuando están integradas, pueden transformar positivamente los ambientes educativos desarrollando una cultura en la que se valora el buen trato y se rechaza el maltrato sin ambages.

El manejo adecuado de casos individuales requiere un enfoque multidimensional que incluya asesoría y apoyo a las víctimas, mediación entre las partes involucradas e im-

plementación de sanciones para los perpetradores cuando sea necesario. Brindar apoyo psicológico es esencial para ayudar a las víctimas de maltrato. Esto incluye acceso a consejería y programas de manejo del estrés y desarrollo de la resiliencia.

Enfoques sistémicos en programas de formación

La prevalencia y pertinencia del problema subraya la necesidad de acciones que involucren a todos los actores, en lo educacional y en lo asistencial. Como parte de las intervenciones que buscan asegurar la calidad, aquellas en el ámbito del maltrato deben abordar el problema desde una perspectiva organizacional. Fomentar el liderazgo ético entre los médicos docentes y supervisores es crucial. Este enfoque promueve la formación de futuros líderes comprometidos con el respeto y el desarrollo integral de los estudiantes. Desarrollar en el ámbito educacional talleres o seminarios que aborden el tema con el desarrollo de técnicas y habilidades para la resolución de conflictos de manera adecuada; implementar programas de formación dirigidos, tanto a estudiantes como a profesores, puede reducir la incidencia de estas conductas y mejorar el ambiente académico. La formación y promoción de Buenas Prácticas Docentes –basadas en el respeto, la comunicación efectiva y la construcción de relaciones colaborativas– generan un impacto positivo, tanto en estudiantes como en académicos. Las mismas iniciativas deben ser desarrolladas en forma conjunta y coordinada en la dimensión asistencial, formando y promoviendo, simultánea y coordinadamente, un sistema de Buenas Prácticas Asistenciales^{5,8,14,15}.

Obstáculos para un cambio

- Existencia de una cultura que normaliza el maltrato y la falta de conciencia acerca de su importancia.
- Resistencia al cambio de las personas y de las instituciones.
- Indiferencia, falta de compromiso efectivo y sostenido de las autoridades y líderes para abordar el maltrato y para promover y valorar las buenas prácticas docentes.
- En los programas de formación, debilidad relativa de algunas escuelas de Medicina: recursos económicos y humanos, dificultad para acceder a campos clínicos y vínculos académicos precarios o inexistentes con los tutores. Dificultad o incapacidad de implementar programas de formación de tutores y de fomento de las buenas prácticas docentes. ASOFAMECH, MINSAL y Ministerio de Educación (MINEDUC) tienen el deber de colaborar con recursos especializados y financiar las actividades.

- Escasez de tutores formados y comprometidos.
- Insuficiente o inexistente cooperación y coordinación académica y asistencial. Sin un cambio substantivo en las buenas prácticas asistenciales es difícil lograr cambios verdaderos en la formación y viceversa.

Propuestas

• *Reformar la formación académica*

Integrar efectivamente a las humanidades médicas en la formación profesional para desarrollar competencias en humanización de la educación médica y del cuidado de los enfermos y sus familias, basadas en el respeto irrestricto al otro. Añadir al currículo módulos sobre comunicación efectiva, empatía, y manejo ético de relaciones humanas.

Formar y capacitar a los docentes. Entrenar a profesores y mentores en pedagogías respetuosas y centradas en el aprendizaje colaborativo y que promuevan el buen trato. Aquí, también, es necesaria la cooperación y coordinación efectiva y mantenida entre universidades, MINSAL y MINEDUC; la caótica situación actual en la asignación de los campos clínicos y la disfuncional integración académico-asistencial señalan la urgencia de desarrollar esta colaboración. Las instancias de aseguramiento de la calidad, radicadas en los procesos de autoevaluación de las instituciones formadoras y en los criterios y procesos de la Comisión Nacional de Acreditación, deben reflejar el compromiso con la mejora continua en las buenas prácticas docentes y las buenas prácticas asistenciales.

• *Fortalecer los valores institucionales*

Redacción y cumplimiento de códigos de ética: Establecer normas claras para prevenir y sancionar comportamientos abusivos en la educación y el trabajo clínico.

Políticas de tolerancia cero: Implementar y reforzar protocolos de denuncia y seguimiento en casos de maltrato o discriminación.

Liderazgo ejemplar: Promover liderazgos que modelen comportamientos respetuosos y humanizados reconociendo su importancia en las calificaciones y promociones.

• *Transformar la práctica clínica*

Fomentar la atención centrada en el paciente con modelos que prioricen efectivamente las necesidades y derechos de los pacientes considerando sus contextos culturales y emocionales. No basta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes si en la práctica no se cumple.

Reducir la burocratización excesiva: generar condiciones que permitan a los médicos dedicar tiempo de calidad al cuidado directo.

Uso de tecnología: capacitar en el uso de herramientas

digitales que mejoren la comunicación y la eficiencia en la atención.

- **Crear entornos laborales saludables**

Promover el bienestar del personal: implementar programas de salud mental y física para reducir el estrés y el *burnout* entre estudiantes y profesionales.

Equilibrar cargas laborales: reestructurar turnos y horarios para evitar el agotamiento y garantizar un entorno saludable.

- **Involucrar a la sociedad**

Educación a los pacientes: promover la participación activa de los pacientes en sus procesos de atención a través de educación sobre sus derechos y responsabilidades.

Campañas de sensibilización: generar conciencia pública sobre la importancia del buen trato en todos los niveles del sistema de salud.

regulan el abordaje del maltrato cuando ocurre, pero para implementar las medidas necesarias y especialmente para prevenirlo, es necesario lograr un profundo cambio cultural en la educación y atención médica que esté basado en el respeto y buen trato. Es indispensable comprender que ambas actividades son simultáneas e inseparables; muchas iniciativas fracasan cuando se trata de abordar el problema aislando la docencia de lo asistencial o viceversa. Además, es necesario enfatizar que el problema cultural disfuncional no solo se observa en el pregrado, sino que también, quizás de manera más grave, en la formación de especialistas y de estudiantes de postgrado. Posibles soluciones requieren entonces de un enfoque integral, que involucre a los diferentes niveles y actores del sistema, y del esfuerzo conjunto de las instituciones de salud y de educación médica. Además de implementar protocolos de manejo, es indispensable desarrollar políticas y programas de educación continua y de apoyo para garantizar una atención sanitaria de calidad, una infraestructura y condiciones de trabajo dignas y seguras, y un ambiente de aprendizaje respetuoso y acogedor. Solo al confrontar este problema de manera proactiva se podrá garantizar una formación ética y sostenible de los futuros médicos y de otros profesionales de la salud mejorando así la calidad de la atención sanitaria. Avanzar en este cambio requiere de financiamiento y del compromiso efectivo, persistente y colaborativo de todos los actores e interesados en la formación médica y en la atención de salud.

Conclusiones

El maltrato en la educación médica y en la atención sanitaria es frecuente y es parte de un problema cultural más amplio que afecta globalmente al sistema de salud, tanto en lo asistencial como en la formación de profesionales del área. Afecta profundamente a los estudiantes y a la calidad de la atención médica. Existen leyes y reglamentos que

Referencias bibliográficas

1. Abate LE, Greenberg L. Incivility in medical education: a scoping review. *BMC Medical Education* 2023; 23: 24. doi 10.1186/s12909-022-03988-2
2. Álvarez N, De León H, Ruiz F, Elizondo G, Vaquera H, Carranza F. Prevalence and associated factors of bullying in medical residents: A systematic review and meta-analysis. *J Occup Health* 2023; 65: e12418. doi 10.1002/1348-9585.12418
3. Averbuch T, Eliya Y, Van Spall HGC. Systematic review of academic bullying in medical settings: dynamics and consequences. *BMJ Open* 2021; 11: e043256. doi 10.1136/bmjopen-2020-043256
4. Chadaga AR, Villines D, Krikorian A. Bullying in the American Graduate Medical Education System: A National Cross-Sectional Survey. *PLoS ONE* 2016; 11: e0150246. doi 10.1371/journal.pone.0150246
5. Mejías N, Suárez DE. Estrategias para promover un ambiente académico respetuoso en el ámbito clínico. *Ars Medica* 2021; 46: 51-9. doi: 10.11565/arsmed.v46i4.1840
6. Lewis C. The impact of interprofessional incivility on medical performance, service and patient care: a systematic review. *Future Healthcare J* 2023; 10: 69-77. doi: 10.7861/fhj.2022-0092
7. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, et al. A culture of respect, Part 1: The nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Acad Med* 2012; 87:845-52. doi: 10.1097/ACM.0b013e318258338d.
8. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, et al. Perspective: A culture of respect, Part 2: creating a culture of respect. *Acad Med* 2012; 87: 853-8. doi 10.1097/ACM.0b013e3182583536
9. Maida M, Herskovic V, Pereira A, Salinas - Fernández L, Esquivel C. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Rev Med Chile*. 2006; 134: 1516-23. doi: 10.4067/S0034-98872006001200004
10. Bastías N, Fasce E, Ortiz L, Pérez C. Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Rev Educ Cienc Salud* 2011; 8: 45-51
11. Bastías N, Pérez C, Alvarado D, Schilling D, Espinoza M, Parra P, et al. Maltrato en el pregrado de la carrera de Medicina: percepción de los estudiantes. *Rev Med Chile* 2021; 149: 617-25. doi: 10.4067/s0034-98872021000400617
12. González C, Ahtamon A, Brokering W, Budge MC, Cadagan MJ, Jofre P, et al. Percepción del ambiente educacional de postgrado en residentes de especialidades médicas de universidades chilenas. *Rev Med Chile* 2022; 150: 381-90. doi 10.4067/S0034-98872022000300381
13. Superintendencia de Educación Superior. Norma de Carácter General n°4, sobre Sana Convivencia y Protección de la Salud Mental en Campos Clínicos. https://www.sesuperior.cl/es_cl/normativas/, último acceso 27 de abril, 2026
14. Lee X, Kleinsteuber K, Torrente M, Soto P, Larrondo P, Quijada D, et al. Las buenas prácticas docentes en las especialidades médicas: Una experiencia desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Rev Educ Cienc Salud*. 2022; 19: 95-9 <https://medichi.uchile.cl/wp-content/uploads/2025/08/Curso->

- Buenas-Practicas-Docentes-en-Carreras-de-la-Salud-2025.pdf
15. Lee X, Kleinsteuber K, Soto P, Torrente M, Hanne C. Barreras identificadas para el ejercicio de las buenas prácticas docentes en especialidades médicas. *Educación Médica* 2024; 26: 100995. doi 10.1016/j.edumed.2024.100995
 16. Jagsi R, Griffin K, Krenz C, Jones RD, Cutter C, Feldman EL, et al. Workplace harassment, cyber incivility, and climate in academic medicine. *JAMA* 2023;329: 1848-58. doi: 10.1001/jama.2023.7232
 17. Douglas PS. Disrespectful conduct in the medical profession. we have met the enemy and they are us. *JAMA*; 2023; 329: 1829-31. doi: 10.1001/jama.2023.3694
 18. Campos M, Lira MJ, Mery P, Caldera M, Sepúlveda M, Pimentel F, et al. Disruptive behavior in the operating room: Systemic over individual determinants. *Int J Surgery Open* 2022; 43: p 100492. doi: 10.1016/j.ijso.2022.100492