

CAPÍTULO 1



Autora: Gisela Ramírez Rivera
Título: *Para empezar...*
Colección: *Andares*
Técnica: Lápiz y acuarela

CAPÍTULO 1

LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA COMO FUERZA DE TRABAJO MÉDICO

ACTUALMENTE, LA FORMACIÓN DE MÉDICOS GENERALES EN MÉXICO tiene una duración promedio de seis años. En general, los dos últimos de la licenciatura en Medicina se realizan en las unidades de atención médica del sistema de salud. En el penúltimo se cursa el internado médico de pregrado (año durante el cual los estudiantes reciben el nombre de internos) y, en el último, el servicio social (durante el cual los estudiantes reciben el nombre de pasantes).

El internado es una experiencia educativa integradora que permite al estudiante alcanzar el perfil de egreso mediante la participación directa en la atención de los pacientes en las unidades de atención médica; en la UV tiene un valor de seis créditos, esto es, una duración de 60 horas al semestre (15 semanas), de las cuales 30 son teóricas (cuatro créditos) y 30 son prácticas (dos créditos) (UV, 2017a, s/p).

El servicio social

es el último periodo de formación integral de los estudiantes en donde los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y aptitudes adquiridas durante el proceso formativo son aplicados para atender la enfermedad y promover la salud en beneficio de la comunidad desde un enfoque preventivo, conociendo, señalando y solucionando las problemáticas y necesidades para la salud y enfermedad existentes. (UV, 2017b, s/p)

Como se puede apreciar en los programas de las experiencias educativas de Internado y Servicio Social, se requiere de la participación de las instituciones de salud del país. Para recibir a los estudiantes en las

unidades de atención médica se ha elaborado una normatividad. El ingreso de los estudiantes de internado a las unidades de salud se fundamenta en la *Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA3-2018, 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*. (Secretaría de Salud [ss], 2018) y para el servicio social, en la *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*. (Secretaría de Gobernación, 2013).

Si bien el propósito de que los estudiantes de medicina estén en las unidades de salud es completar su formación como médicos, la normatividad vigente refleja más un propósito laboral. Lo anterior resulta evidente cuando se contrastan las horas requeridas para el cumplimiento del programa académico con el establecido en las normas para que los estudiantes sean admitidos y permanezcan en las unidades de salud (Tabla 1).

Tabla 1. Número de horas semanales para la realización del internado, el servicio social y las especialidades médicas, según programa académico y programa operativo (Universidad Veracruzana, 2019)

Experiencia educativa / programa de estudios	Programa académico (Horas a la semana según la institución educativa)	Programa operativo (Horas a la semana según las instituciones de salud)
Internado	4 horas	Entre 56 y 80 horas
Servicio Social	2 horas	Entre 40 y 48 semanales. En algunos casos los pasantes deben estar disponibles las 24 horas del día (SS, 1992)
Plan de Estudios General de Especialidades Médicas (PEGEM)	30 horas	Entre 56 y 80 horas

Fuente: Elaboración propia con datos de UV, 2012, 2017a, 2017b; Secretaría de Gobernación, 2013a, 2013b; SS, 2018.

Las discrepancias entre las horas establecidas por la institución educativa y las exigidas por las instituciones de salud son enormes; apuntan a que en las universidades no se reconoce el trabajo (ni de estudiantes ni de profesores) que realmente se requiere para cumplir con los objetivos de las experiencias educativas. En el caso concreto de la Tabla 1, por un lado significa que se paga a los profesores que están en el campus universitario cuatro horas a la semana por un curso que se desarrolla en las unidades médicas y que tiene más de 40 horas y, por otro, que al llegar los estudiantes a las unidades médicas quedan bajo la supervisión de médicos que, por vocación, asumen tareas educativas no contempladas como parte de sus obligaciones contractuales y, naturalmente, sin remuneración pecuniaria.

La diferencia entre el número de horas para cubrir el programa académico, según las instituciones educativas, y para operarlo en las unidades médicas, también se observa en la formación de médicos especialistas. La principal diferencia con el internado y el servicio social es que no hay profesores contratados, ni en la universidad ni en las unidades médicas, que se responsabilicen del programa académico. Quienes asumen la responsabilidad de los estudiantes en las unidades médicas son médicos con obligaciones asistenciales a las que suman, voluntariamente y sin remuneración, responsabilidades educativas³ (Secretaría de Gobernación, 2013b). Así, ni las instituciones educativas, ni las de salud garantizan el derecho a la educación de internos, pasantes y residentes, lo que contrasta con sus obligaciones y su importancia como fuerza de trabajo en las instituciones de salud.

En 2017 se cuantificaron 225,067 médicos en contacto directo con el paciente, en el sector salud de la República Mexicana. De estos, 23% eran médicos en formación (internos, pasantes y residentes) (Figura 1).

3 En algunas universidades e instituciones de educación superior hay contratación de profesores para los programas de formación de médicos residentes. Por ejemplo, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) contrata profesores (médicos de las instituciones de salud) por un promedio de dos horas/semana/mes para responsabilizarse del Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM), que tiene contempladas para su desarrollo 40 horas/semana/mes.

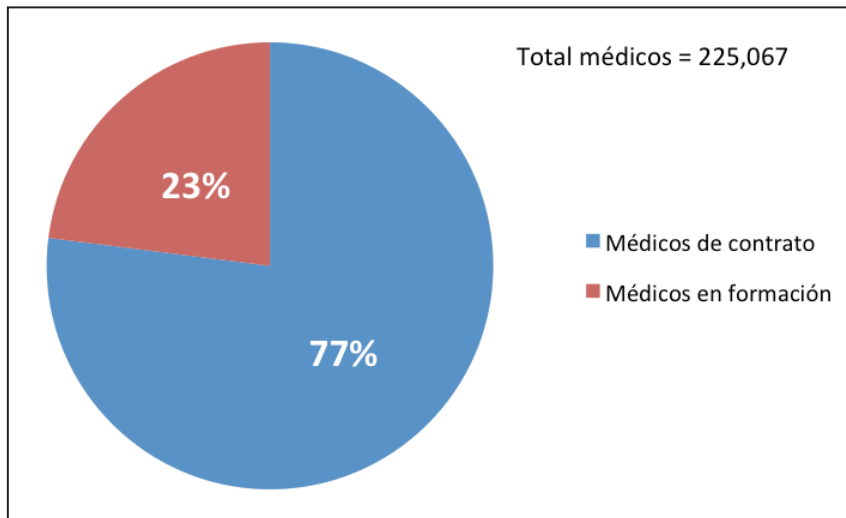


Figura 1. Porcentaje de médicos en contacto con el paciente según tipo, en el Sector Salud en México (2017)

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud [SS-DGIS], 2019.

Como se puede apreciar en la Figura 1, la atención médica en las unidades de salud es ofrecida por médicos contratados para tal fin (generales o especialistas) o por médicos que están en formación. La composición de los médicos en formación se observa en la Figura 2, en la que resalta la importancia de los residentes.

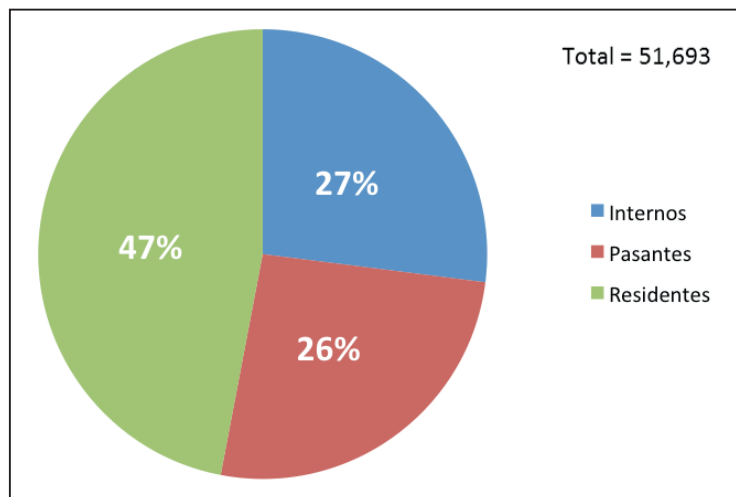


Figura 2. Porcentaje de médicos en formación del sector salud en México (2017)

Fuente: SS-DGIS, 2019.

La trascendencia de los médicos en formación para satisfacer la demanda de atención de la población es similar en las dos instituciones de salud más grandes del país (Figura 3). Sin embargo, en la ss la mayoría son pasantes y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), son residentes.

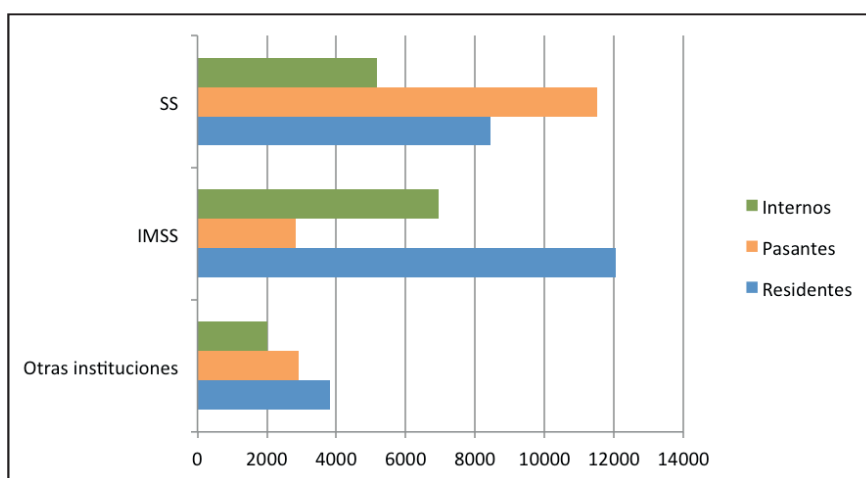


Figura 3. Número de médicos en formación del sector salud por institución, según grado académico (México, 2017)

Fuente: SS-DGIS, 2019.

El porcentaje de médicos en formación del total de médicos en contacto directo con el paciente es un indicador de la importancia de los estudiantes de medicina como fuerza de trabajo médico. De 2012 a 2017 se observa que los médicos en formación aumentan su valor como fuerza laboral al pasar de 15 a 23 por ciento de los médicos en contacto directo con los pacientes. La tendencia nacional a que los médicos en formación sean cada vez más significativos en la atención directa a los pacientes también se observa en el estado de Veracruz (Figura 4).

Ciertamente, hay diferencias entre las entidades federativas del país (Figuras 5 y 6). Al analizar la distribución por entidad federativa de los médicos en formación, se observa que el porcentaje es más alto en la mayoría de los estados del centro y norte del país. En el caso particular de Veracruz, para 2017 había 12,885 médicos en contacto directo con el paciente, de los que 18.5% fueron médicos en formación que atendieron casi una tercera parte de la carga de trabajo médico.

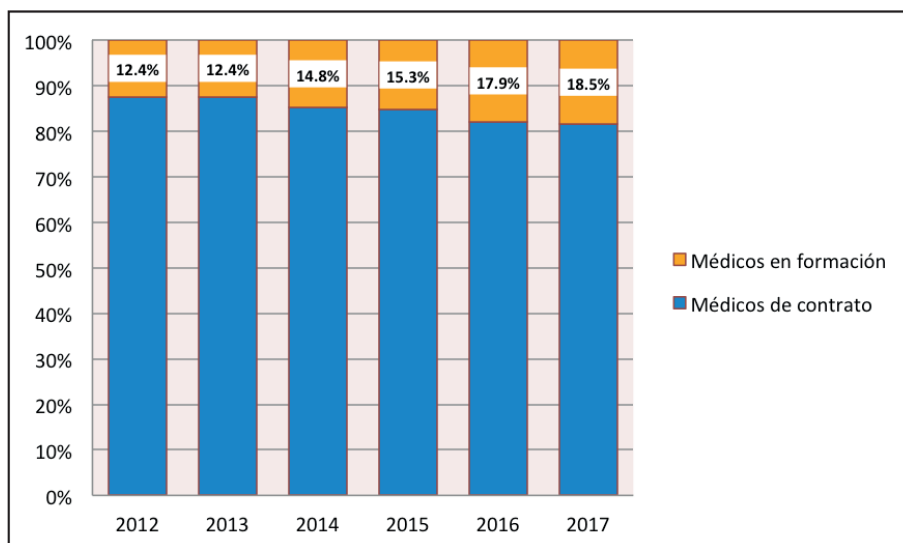


Figura 4. Evolución porcentual de médicos en contacto con el paciente del sector salud en Veracruz (2012-2017)

Fuente: SS-DGIS, 2019.

La importancia laboral de los estudiantes de medicina adquiere su valor real si se considera que, oficialmente y por norma, su jornada laboral promedio es de 80 horas semanales; esto es, el equivalente al trabajo semanal de dos médicos de contrato. Si por el número de médicos en contacto directo con los pacientes los estudiantes son cerca de la cuarta parte de la fuerza de trabajo, por el número de horas trabajadas asumen más de la tercera parte (39%) del trabajo de los médicos en contacto directo con los pacientes. En algunas entidades federativas e instituciones de salud (Figura 7) los estudiantes son responsables de aproximadamente la mitad del trabajo médico.⁴

Es importante señalar que los residentes o estudiantes de una especialidad médica ya son médicos generales y que pueden tener iguales o mejores calificaciones que las de un médico general de contrato. Sin embargo, no es ese un argumento válido para justificar el uso de estudiantes como fuerza de trabajo. Lo que resalta es que las instituciones

⁴ Los cálculos realizados son muy conservadores. Como se verá más adelante en este informe, la mayoría de los estudiantes trabaja más de cien horas a la semana y con frecuencia están solos y como responsables de las unidades o servicios médicos, esto es, realizan el cien por ciento del trabajo médico.

CAPÍTULO 1

de salud utilizan residentes para resolver sus necesidades de médicos especialistas, en vez de contratar efectivamente médicos especialistas.

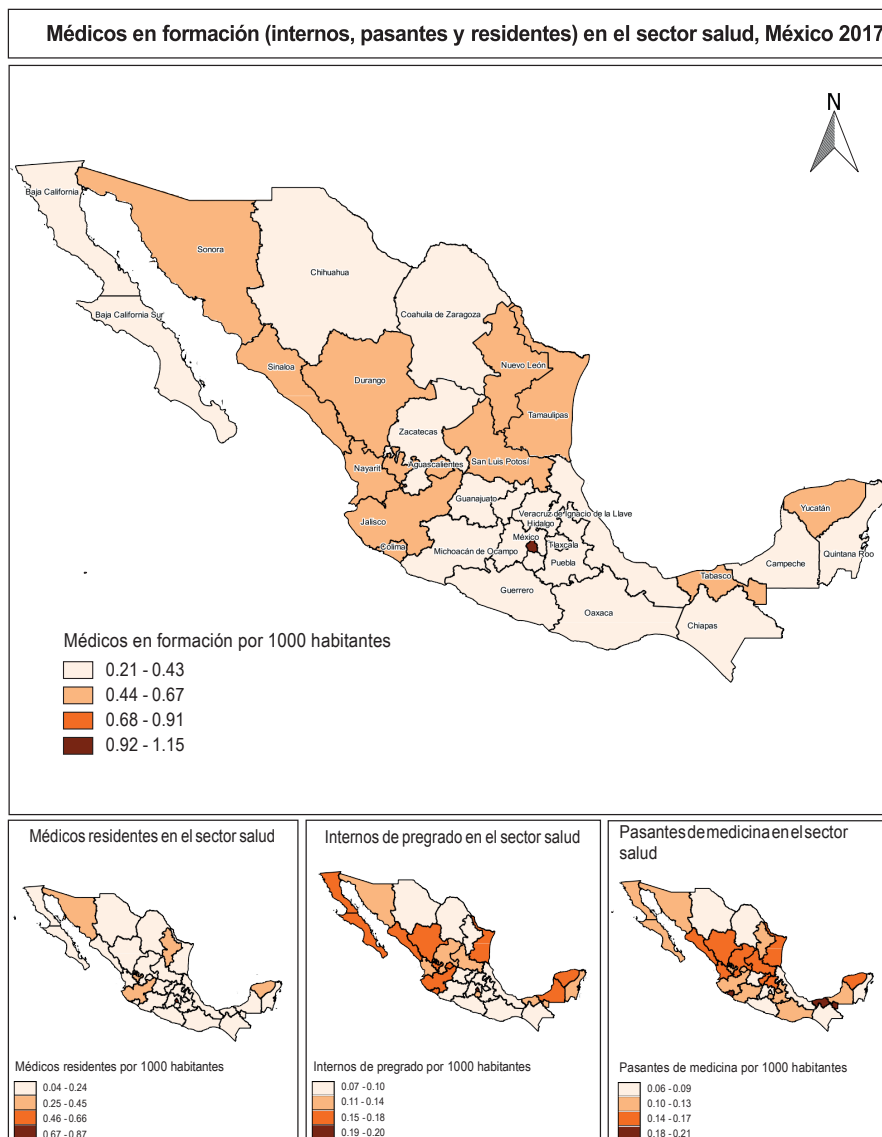


Figura 5. Médicos en formación (internos, pasantes y residentes) por cada mil habitantes (México, 2017)

Fuente: Construcción propia a partir de SS-DGIS (2019).

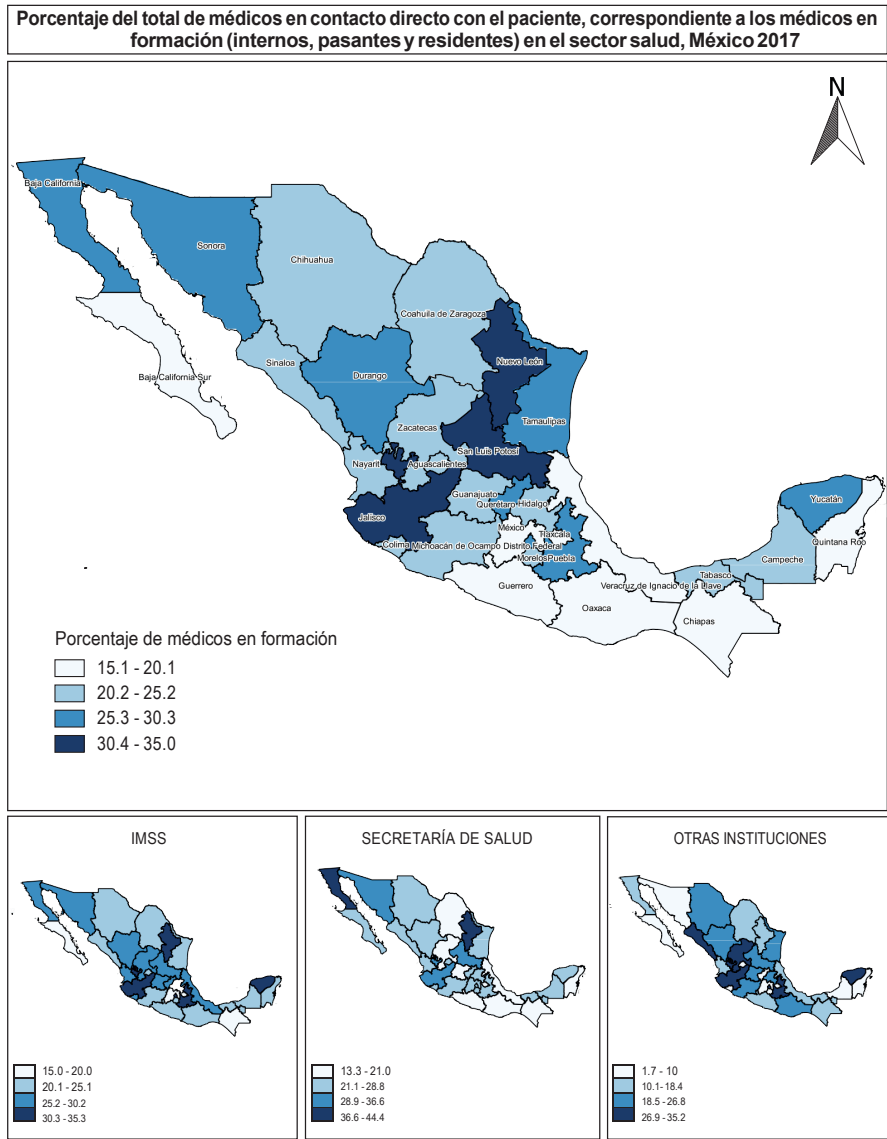


Figura 6. Porcentaje del total de médicos en contacto directo con el paciente correspondiente a los médicos en formación (México, 2017)

Fuente: Construcción propia a partir de SS-DGIS (2019).

CAPÍTULO 1

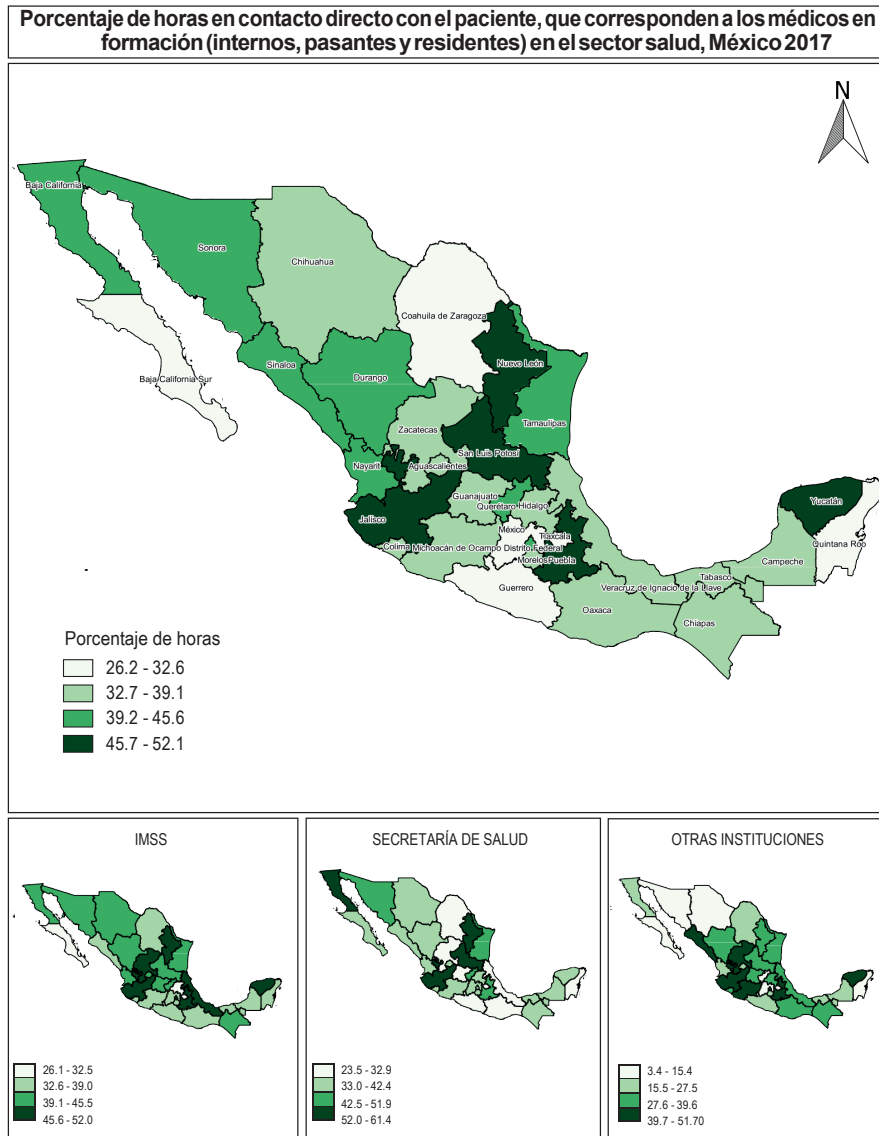


Figura 7. Porcentaje de horas en contacto directo con el paciente de los médicos en formación en el sector salud (México, 2017)

Fuente: Construcción propia a partir de SS-DGIS (2019).

EDUCACIÓN MÉDICA Y DERECHOS HUMANOS

El ESDH (Organización Mundial de la Salud, 2002; Yamin, Ríos & Hurtado, 2002), consistente en abordar el estudio de los problemas de salud desde la perspectiva de los derechos humanos, coincide con la medicina

social y con la visión de las Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en hacer ver la importancia de las variables sociales en la definición de las condiciones de salud-enfermedad de una población. En este sentido, resalta la importancia del enfoque interdisciplinario para entender los problemas de salud pública y establecer un escenario intersectorial para dar una respuesta integral a los mismos (Franco-Giraldo, 2008).

Los postulados del ESB DH fueron establecidos por Mann, Gostin, Gruskin, Brennan, Lazzarini y Fineberg (1994). El primero considera que la salud está condicionada, entre otros aspectos, por el respeto a los derechos humanos. Esto es, donde hay respeto a derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, así como solidaridad humana, habrá mejores condiciones de salud; por el contrario, en donde, por ejemplo, no hay respeto a la paz o a un medio ambiente sano, las condiciones de salud, tanto individuales como colectivas, se deterioran seriamente.

El segundo postulado señala que las políticas y programas de salud pueden promover o violentar los derechos humanos. Este postulado se refiere a que la respuesta social a las condiciones de salud-enfermedad de una población no siempre, paradójicamente, promueve o favorece a la salud y a los derechos humanos. En este sentido, es importante considerar que la promoción-violación de los derechos humanos es una variable ordinal, en la que, por lo tanto, se pueden contemplar grados intermedios de promoción-violación de los derechos humanos en las políticas y programas de salud. Por ejemplo, los programas de formación de personal de salud son una condición sin la cual no se puede garantizar el derecho a la salud de la población; sin embargo, pueden violentar los derechos a la vida y a la salud si las actividades de enseñanza-aprendizaje se realizan con pacientes en las unidades de atención a la salud, sin la supervisión requerida.

Los postulados del ESB DH recuerdan la interdependencia y la interrelación que tiene el derecho a la salud con todos los demás derechos (Franco-Giraldo & Álvarez-Dardet, 2008). No hay derecho a la salud sin observancia de los demás derechos. La salud es inseparable del contexto político, económico, social, cultural y de la solidaridad humana.

La importancia del ESDH está en que ofrece una perspectiva de análisis y una referencia para la elaboración de intervenciones específicas que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de las poblaciones. En este sentido, el enfoque resulta de mucha utilidad a la educación médica, ya que hace visible la relación entre ésta y el derecho a la salud, así como a constituirla como objeto de estudio y campo de acción de la salud pública.⁵

De manera inmediata, el ESDH permite observar que hay un vínculo entre la educación médica y la salud, y que, entre una y otra, hay interrelación e interdependencia. Es evidente que la educación médica que tiene como resultado la formación de profesionistas de la medicina competentes promueve el derecho a la salud al lograr que los servicios de salud estén disponibles y accesibles, así como que sean aceptables y de calidad. Por otra parte, deficiencias cuantitativas o cualitativas en la educación médica atentarán contra la disponibilidad, la accesibilidad o la aceptación y calidad de los servicios de atención a la salud (Figura 8).



Figura 8. La educación médica como derecho humano puede promover o violentar, entre otros, el derecho a la salud

Fuente: Elaboración propia.

Si se considera la educación médica en el marco de la educación superior y que ésta se define como un derecho humano (Jongitud, 2017), se puede afirmar que la observancia del derecho a la educación médica promueve

⁵ A la fecha, en México no hay normas que promuevan y vigilen el respeto de los derechos humanos de los pacientes que participan en los procesos de formación de profesionistas de la medicina.

la vigencia del derecho a la salud y que la violación al primero repercute negativamente sobre la salud de la población.

Desde un marco de Derechos Humanos, el derecho a la educación cumple una función importante para el desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; por este motivo, debemos precisar ¿hasta qué nivel de formación el Estado está obligado a otorgar educación accesible y de calidad a la población para cumplir cabalmente con este derecho?

De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OACNUDH], 1966), firmado y ratificado por el Estado mexicano, la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre. Por lo tanto, la educación no se limita a la formación básica y alfabetizadora, sino que también debe ampliar el desarrollo de competencias y destrezas mediante la educación para profesionalizar las habilidades de las personas. De este modo, el Estado mexicano debe considerar las medidas necesarias para otorgar acceso a distintos niveles académicos, y por supuesto, generar espacios que contribuyan a mejorar la calidad educativa.

En la Convención sobre la Enseñanza Técnica y Profesional (CETYP) firmada en París el 17 de noviembre de 1989 por la UNESCO, se definió la enseñanza técnica y profesional como “todas las formas y niveles del proceso de educación que incluye, además de los conocimientos generales, el estudio de las técnicas y de las disciplinas afines, la adquisición de habilidades prácticas, de conocimientos prácticos y de actitudes, y la comprensión de los diferentes oficios en los diversos sectores de la vida económica y social” (UNESCO, 1989, s/p, Art. 1a.).

Por lo tanto, el Estado no solo debe responder a la cobertura educativa, sino también debe promover conocimientos adecuados para el desempeño del trabajo. En relación a la enseñanza técnica y profesional, el PIDESC indica lo siguiente:

- c) La enseñanza superior debe hacerse igualmente accesible a todos, sobre la base de la capacidad de cada uno, por cuantos medios sean

apropiados, y en particular por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita;

e) Se debe proseguir activamente el desarrollo del sistema escolar en todos los ciclos de la enseñanza, implantar un sistema adecuado de becas, y mejorar continuamente las condiciones materiales del cuerpo docente. (OACNUDH, 1966, s/p, Art. 13.2e)

Es importante resaltar que el acceso a la preparación técnica o profesional otorga múltiples derechos; esto es así porque, a nivel individual, se promueve la adquisición de habilidades, conocimientos y el desarrollo integral de las personas y, a nivel colectivo, motiva el interés hacia la comunidad para prestar servicios adecuados y facilitar derechos (Figura 9).

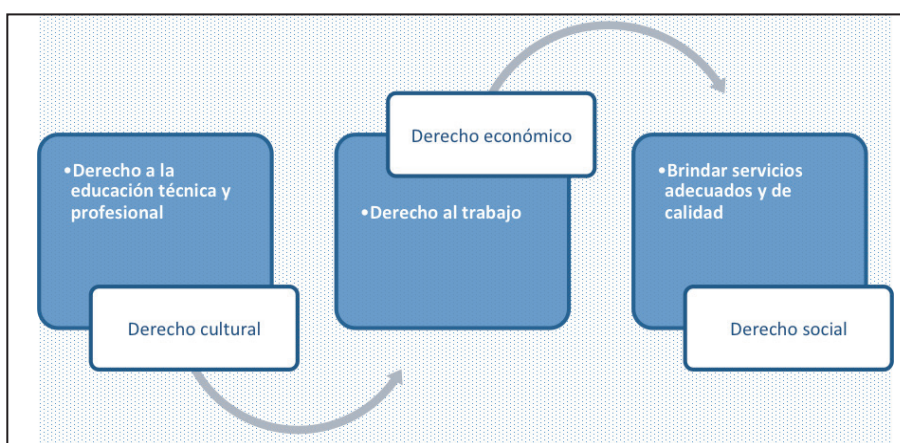


Figura 9. Interdependencia de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Fuente: Elaboración propia.

Este último aspecto, vincula el asesoramiento de las aptitudes y conocimientos necesarios con el derecho al trabajo. Asimismo, el PIDESC, en el artículo 6, define el derecho al trabajo como “el derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido” (OACNUDH, 1966, Art. 6). Para complementar, se establece que los Estados deberán cumplir con la orientación y formación técnico-profesional, la preparación de programas, normas y técnicas encaminadas a conseguir un desarrollo económico, social y cultural constante y la ocu-

pación plena y productiva, en condiciones que garanticen las libertades políticas y económicas fundamentales de la persona humana.

Como podemos observar, la interdependencia de los derechos humanos surge al adquirir derechos y asumir responsabilidades. Desde esta perspectiva, el derecho a la educación y el derecho al trabajo de técnicos y profesionales están estrechamente vinculados. De este modo, la capacitación y formación adecuada es un derecho humano para los profesionales y para la población usuaria.

TEORÍA DE LA EVOLUCIÓN EDUCATIVA Y EL DERECHO A LA EDUCACIÓN MÉDICA

Para considerar a la educación médica en el contexto del derecho a la educación superior es necesario, sin embargo, que los procesos de enseñanza-aprendizaje estén plenamente estructurados, formalizados o escolarizados, y que haya garantes del derecho a la educación o responsables de su resguardo. En este sentido, el “proseguir activamente el desarrollo del sistema escolar en todos los ciclos de la enseñanza” establecido en el PIDESC (OACNUDH, 1966, s/p, Art. 13.2e) significa, para la educación médica, transitar de la educación artesanal a la educación escolar o formal.

En medicina, así como en todas las demás profesiones, es posible reconocer dos etapas históricas de formación profesional: la etapa artesanal y la etapa escolar (Vázquez, 2016), y que hay un proceso histórico-evolutivo que lleva de la primera a la segunda. En la etapa artesanal el proceso educativo es dependiente del proceso laboral y se confunden. En la etapa escolar el proceso de enseñanza-aprendizaje se independiza del proceso laboral. Desde el EBSDH, la diferencia más significativa está en que la educación en etapa artesanal no tiene definidas instituciones responsables o garantes del proceso educativo, y en la escolar sí. En este sentido, el tránsito de la etapa artesanal a la escolar marca la aparición del derecho a la educación, entre otros aspectos, porque significa la constitución de instituciones y normas que garantizan su resguardo. En la Tabla 2 se aprecian las diferencias más relevantes entre educación artesanal y educación escolar.

CAPÍTULO 1

Tabla 2. Principales diferencias entre educación artesanal y educación escolar

Variable educativa	Educación Artesanal	Educación Escolar
Educando	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador-aprendiz. Los aprendices son ayudantes que pagan con trabajo y servicio su formación. A cambio reciben apoyo pecuniario y no pecuniario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante. Los estudiantes retribuyen económicamente, excepto en la educación gratuita, el aprendizaje que reciben.
Educador	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene capacitación o formación pedagógica. • No recibe reconocimiento o remuneración alguna por su trabajo como “educador”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene capacitación o formación profesional como educador. • Tiene reconocimiento social y laboral (pecuniario) como educador.
Objeto de estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Objeto de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de estudios (materia, curso o disciplina). • Puede haber acercamiento con el objeto de trabajo (prácticas profesionales).
Plan de estudios	<ul style="list-style-type: none"> • Implícito en el quehacer profesional diario (predominantemente práctico). 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de estudios explícito (teórico-práctico).
Proceso de enseñanza-aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo y secundario al proceso de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Primario y específico de acuerdo con los objetivos educativos.
Espacio educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Único, exclusivo. Restringido al lugar de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • General, abierto (aulas, laboratorios, talleres), según necesidades educativas.
Duración de la formación	<ul style="list-style-type: none"> • Variable de acuerdo con las necesidades del mercado de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fija de acuerdo con los requerimientos establecidos para el logro de los objetivos educativos.
Relación educando-educador	<ul style="list-style-type: none"> • El ayudante-educando es, en principio, un subordinado laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Específica entre profesor y alumno. Propia de la relación educativa y del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Fuente: Vázquez, 2016.

En la etapa artesanal de formación de médicos se mezclan y confunden los procesos de enseñanza-aprendizaje con los de atención médica. Así, se originan y mantienen condiciones que favorecen, por un lado, la violación al derecho a la educación de los estudiantes de medicina y, por otro, al derecho a la salud de la población. Por otra parte, al unir el

rol de estudiante con el de trabajador, el derecho al trabajo digno de los aprendices se diluye, ya que no tienen el reconocimiento pleno de trabajadores (Tabla 3).

Tabla 3. Condiciones de los derechos humanos según el tipo de educación médica en las unidades de atención a la salud

Derecho a...	Educación Artesanal	Educación Escolar
La salud	<ul style="list-style-type: none"> • No hay normas que resguarden el derecho a la salud de los pacientes durante el proceso de formación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay normas que resguardan el derecho a la salud de los pacientes durante el proceso de formación médica.
La educación	<ul style="list-style-type: none"> • No hay garante efectivo del derecho a la educación en las unidades de atención médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay garantes efectivos del proceso educativo en las unidades de atención médica.
El trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • El estudiante es considerado trabajador de segunda y con menos derechos, por ser aprendiz, que quienes tienen contrato laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> • El rol de trabajador, si se tiene, está claramente diferenciado del rol de estudiante y, en su caso, otorga las mismas condiciones que ofrece a todos los trabajadores.

Fuente: Elaboración propia.

El hecho de que durante la educación artesanal se confundan los roles de estudiante y trabajador y se exija a los aprendices-trabajadores a que asuman uno u otro, según las conveniencias y necesidades laborales, conlleva, más allá de la violación al derecho a la educación o al trabajo digno, la inobservancia del derecho a una vida digna y libre de violencia. Desde la creación de los gremios y la formación artesanal en la Edad Media (Galino, 1962), pasando por la Época Colonial en México (Sosenski, 2003), se tienen documentadas las condiciones a las que son expuestos los aprendices, quienes por recibir el beneficio de una formación tienen que soportar, frecuentemente, todo tipo de exigencias, pues de lo contrario se arriesgan a perder su oportunidad de educación y de trabajo.

En México, a la fecha, la educación médica es una combinación de educación artesanal y escolar; ésta está plenamente instaurada en las escuelas y facultades de medicina. Sin embargo, una vez que los estudiantes tienen como escenario educativo las unidades de atención a la

CAPÍTULO 1

salud, la mayoría de las universidades e instituciones de educación superior abandonan sus obligaciones (Vázquez, 2017), pierden su efectividad como garantes del derecho a la educación y la educación artesanal prevalece. Así se puede observar durante el internado rotatorio de pregrado, el servicio social y durante toda la formación como médicos especialistas (residentes). En este sentido, los estudiantes de medicina son considerados oficialmente como médicos en contacto directo con los pacientes, están sujetos a las condiciones, favorables y desfavorables, propias de los aprendices en la educación artesanal (Santoni, 1996)⁶ y realizan actividades de atención médica que, con frecuencia, ponen en riesgo el derecho a la salud de los pacientes.

6 La educación artesanal tiene aspectos positivos como puede verse, por ejemplo, en *Nostalgia del maestro artesano* (Santoni, 1966). Sin embargo, no se pueden pasar por alto las desventajas en la educación médica actual: jornadas laborales exhaustivas, acoso, maltrato, explotación, falta de supervisión, errores médicos, etc., que, por otra parte, están bien documentadas, como se verá más adelante.

