

1. introducción

El *Enfoque de la Salud Basado en Derechos Humanos* (ESBDH) resalta la importancia del respeto a la dignidad humana tanto en la génesis de la salud-enfermedad como en la respuesta social a la misma, incluyendo la educación médica. El ESBDH, como parte del Enfoque Basado en Derechos Humanos, procura relaciones sociales basadas en el reconocimiento y respeto mutuo, de modo que la satisfacción de las necesidades de todas las personas constituya una obligación jurídica y social (1); hace hincapié en que los derechos humanos sean el eje de las políticas públicas; promueve que todas las acciones del Estado estén orientadas a la protección y garantía de todos los derechos(2).

Los tres postulados del ESBDH fueron establecidos por Mann J. en 1994(3) 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, culturales y ambientales, así como solidaridad humana, habrá mejores condiciones de salud, por el contrario, donde no hay respeto a la educación o a un medio ambiente sano las condiciones de salud, tanto individuales como colectivas, se deterioran.

El segundo postulado observa que las políticas públicas de salud deben tener como eje los derechos humanos. Este postulado apunta a la respuesta social de las condiciones de salud-enfermedad de una población que no siempre, paradójicamente, promueve o favorece a la salud. Por ejemplo, los programas de educación médica son una condición sin la cual no se puede garantizar el derecho a la salud y, sin embargo, pueden violentar la dignidad humana tanto de pacientes como de estudiantes. Así, el estudio del derecho a la educación médica en las unidades médicas resulta fundamental para lograr el pleno respeto, tanto del derecho a la salud, como a la educación.

El tercer postulado afirma que la cultura de los derechos humanos favorece la salud de la población. En educación médica, y en general del personal de salud, el postulado apunta a la necesidad de satisfacer de manera progresiva al derecho a la educación, sin el cual no se podrá lograr una satisfacción plena del derecho a la salud.

1.1 EL ESPACIO DOCENTE-ASISTENCIAL

El resultado del goce pleno del derecho a la educación médica conlleva la formación de médicos competentes que promueven el derecho a la salud, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios médicos y que estos sean aceptables y de calidad. Por otra parte, las deficiencias en el respeto del derecho a la educación médica impactarán negativamente en la formación del personal médico, y por ende atentarán la disponibilidad, la accesibilidad, aceptación y calidad de los servicios de atención a la salud.

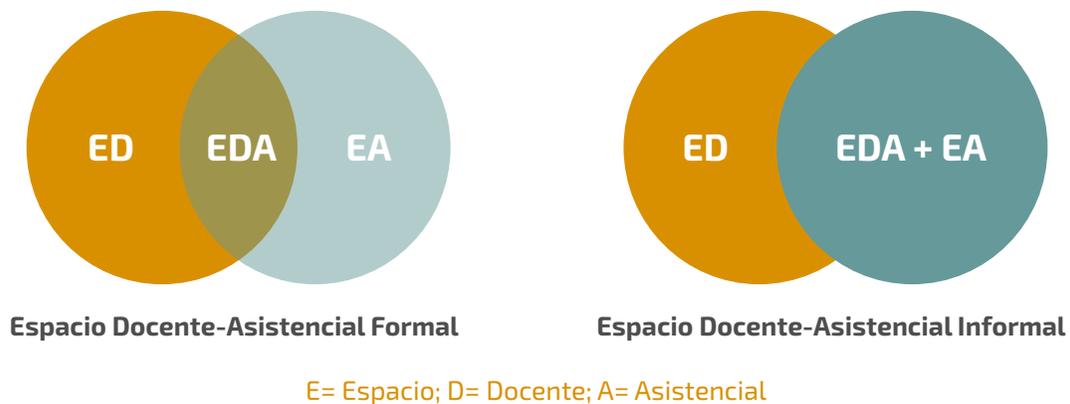
La formación de médicos tiene escenarios diversos; generalmente los espacios educativos iniciales son universitarios (aulas y laboratorios) y paulatinamente se incorporan al proceso educativo los espacios de las unidades médicas (hospitales y centros de salud) en las que se desarrolla, prácticamente en su totalidad, la formación profesional terminal.

La educación médica es, ciertamente, una tarea conjunta entre las instituciones educativas y las de salud. El espacio docente-asistencial (EDA) puede ser un lugar de encuentro entre las actividades docentes y las asistenciales, de beneficios mutuos, tanto para la formación del personal de salud como para los procesos de atención a la salud, así como un espacio de desencuentros y conflictos, de enfrentamiento entre los recursos y procesos propios de la formación de médicos y los particulares de la atención médica.

El EDA puede ser formal o informal. Si en el encuentro de la formación de médicos con los procesos de la atención a la salud, la legislación, los recursos, programas, actores y objetivos, del sector educativo simplemente se suman a los del sector salud se tiene un EDA Informal. En la Figura 1 se observa que en el EDA Informal el sector educativo se borra, diluye o pierde importancia cuando

los estudiantes y profesores se incorporan al sector salud y se confunden con el personal propio de éste. Si estudiantes y profesores se integran al sector salud sin perder su especificidad generan un nuevo espacio con normas y procesos de planeación y gestión propios: el EDA Formal.

Figura 1. Espacio Docente-Asistencial



1.2 EL ENCUENTRO DOCENTE-ASISTENCIAL (EDA)

El encuentro docente-asistencial ha sido definido de diversas maneras, en general, hay coincidencia en la importancia del aprovechamiento de la práctica asistencial en las unidades de salud como recurso docente. Al encuentro docente-asistencial también se le llama vinculación o integración docente-asistencial y hace referencia al hecho de aprender medicina con una inmersión en el quehacer profesional; "aprender medicina haciendo medicina". En el EDA hay múltiples oportunidades de encuentro, tanto para la formación de médicos como para los servicios de salud.

En la educación médica, el encuentro docente asistencial aparece históricamente desde que los médicos se formaban de manera artesanal, como ayudantes al lado de un médico-profesor (4); se consolida al momento en que nace o surge la clínica como base de la práctica médica (5) y, naturalmente, como fundamento de la educación médica. La medicina se ejerce y se enseña al lado del paciente: el mejor maestro del médico es el paciente. A la fecha, se considera

que en la educación médica debe haber una integración de las actividades teóricas y las prácticas profesionales en los espacios clínicos. Si sólo existe lo teórico, la enseñanza tiende a lo escolástico, y si sólo existe lo práctico tiende a lo pragmático (6). Diversas instituciones plantean que en el EDA se realiza "un proceso de interacción entre los docentes, los estudiantes y la sociedad, que tiene por objeto principal el de efectuar la enseñanza aprendizaje en condiciones reales"(7).

El EDA también se ha estudiado como ambiente educacional hospitalario o como ambiente clínico de aprendizaje (8) (9). Como ambiente educacional hospitalario se estudia la autonomía de los estudiantes, el proceso de enseñanza-aprendizaje y el soporte social que tienen los estudiantes. En cuanto ambientes clínicos de aprendizaje se abordan las relaciones interpersonales, los procesos educativos, cultura institucional y dinámica del servicio.

El EDA también se aborda desde la perspectiva de la calidad y de los costos de la atención médica. Al respecto, los estudios realizados no son concluyentes, ni siquiera apuntan en la misma dirección. Hay espacios docente-asistenciales en los que la calidad de la atención médica fue mejor comparada en espacios clínicos en los que no participan estudiantes y viceversa; de igual manera en cuanto a los costos de la atención médica, a veces es más barata en los EDA que en los servicios médicos no vinculados con la formación del personal médico(10)(11).

Más allá de la descripción del encuentro docente-asistencial, también se han propuesto metodologías para mejorar el proceso educativo vinculado a la clínica (12) y modelos para la evaluación de la relación docencia-servicio e identificación de sus áreas de oportunidad(9).

En el Anexo 1 se puede ver una relación de estudios recientes (2019-2021) sobre el espacio docente-asistencial que, en conjunto, ofrecen una visión general de la situación actual de la educación médica en las unidades médicas.

1.3 EL CONFLICTO DOCENTE-ASISTENCIAL

En el EDA no solo hay encuentros y áreas de colaboración y sinergia, también hay desencuentros, conflictos y oposición. El conflicto docente-asistencial es una manifestación de la formación artesanal de los médicos, en la que el derecho a la educación no se resguarda, ni hace valer por las instituciones de educación^a que forman al personal de salud(4)(13).

El conflicto docente-asistencial se ha descrito como un problema derivado de las diferencias en prerrogativas, leyes e intereses de los sectores de la educación y salud, que no han sido armonizados de manera integral (14) o como resultado de "una confrontación entre los programas académicos y los requerimientos del proceso de atención, derivada de propósitos unilaterales de eficiencia y calidad"(10).

Si la integración docente-asistencial consiste en incorporar a estudiantes de medicina al proceso de atención médica como parte de su formación profesional, el conflicto docente-asistencial surge cuando se confunden educación médica con atención médica o viceversa; en estas condiciones ni se garantiza el derecho a la educación, ni el derecho a la atención médica (15). En el conflicto docente-asistencial existe una confrontación de los intereses educativos con los propios de la atención médica; hay una competencia por el tiempo y los recursos. En síntesis: se entiende por conflicto docente-asistencial a la competencia por los recursos del EDA entre los actores e intereses de la educación médica y los de la atención médica y cuando los intereses educativos y asistenciales se interfieren entre sí.

El conflicto docente-asistencial se manifiesta, entre otras cosas, en la utilización de estudiantes de medicina como médicos en contacto directo con los pacientes (16), desempleo médico (17), violaciones al derecho a la educación, al derecho a una vida digna y libre de violencia y a la salud de los estudiantes de medicina (18, 19). En estas circunstancias y por la interdependencia de los

a. De acuerdo con el Artículo 3º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las universidades públicas autónomas son las garantes del derecho a la educación superior.

derechos humanos, también hay violaciones al derecho a la atención médica de calidad de la población.

En el año 2020 la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) realizó 89 recomendaciones generales en materia de violaciones a los derechos humanos, de las cuales 34%, correspondían a las instituciones de salud por violaciones al derecho humano a la protección de la salud y otras relativas. En la revisión de las recomendaciones realizadas a las autoridades de las instituciones de salud se identificó que 23% de los casos se relacionan con estudiantes de medicina no supervisados en procesos de atención médica. En el Anexo 2 se exponen dichas recomendaciones.

En general, los resultados obtenidos por el OBEME y presentados en este informe, coinciden con la problemática docente-asistencial expuesta. Surge así, la necesidad de analizar políticas y acciones de cambio, entre las que está la evolución del espacio docente asistencial informal hacia un espacio docente asistencial formal.

1.4. EL ESPACIO DOCENTE-ASISTENCIAL FORMAL

En el EDA coinciden los procesos de atención y educación médica. Desde la perspectiva del ESBDH, el EDA es fundamental para respetar, proteger, garantizar y promover los derechos humanos, principalmente el derecho a la salud y el derecho a la educación.

Es necesario reconocer al EDA como un objeto de estudio e intervención de los sistemas y servicios de salud y de la formación del personal de salud, y como una entidad propia con necesidades de legislación, planeación y gestión particulares. No es suficiente con sumar normas, planes y gestiones del sector educativo con las del sector salud. En estos casos se confunden objetivos y se compite por los recursos existentes, se crea un conflicto docente-asistencial.

Los conflictos en el espacio docente-asistencial se pueden desvanecer formalizándolo. Esto es, con políticas públicas que favorezcan la transición del EDA informal al formal, de la integración natural y reactiva del espacio a una constitución planificada y proactiva del mismo (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias entre el espacio docente-asistencial Informal y Formal, según elementos integrantes del mismo.

Elementos del EDA	EDA Informal	EDA Formal
Profesores/médicos	Médicos de la unidad de atención médica sin reconocimiento de las actividades docentes. Son médicos con obligaciones asistenciales que de manera voluntaria realizan actividades docentes.	Médicos de la unidad de atención médica con estatus laboral propio del médico-profesor, con reconocimiento de las actividades docentes por parte de las instituciones de salud y educativas.
Estudiantes/médicos	Se integran como fuerza de trabajo a la unidad médica en calidad de subordinados.	Se integran como estudiantes para la realización supervisada de actividades asistenciales.
Programa educativo	Su atención queda condicionada a la realización de las actividades asistenciales. Hay desvinculación docente-asistencial.	El tiempo para su atención está protegido o integrado de manera sistemática a las actividades asistenciales.
Normatividad	No tiene normatividad propia. En el mejor de los casos tiene una normatividad por parte de la institución de salud y otra de la institución educativa. Hay vacíos y contradicciones entre las normatividades existentes. Se aplica la que más conviene a las instituciones y se desprotege a profesores y estudiantes.	Hay una normatividad común a las instituciones educativas y de salud. Se protege a profesores y estudiantes.
Gestión	A cargo de las unidades e instituciones del sector salud.	Se establecen órganos de gestión participativa entre las universidades y las unidades médicas (Consejos docente-asistenciales)
Consideraciones éticas	El paciente, generalmente, ignora que tiene relación con estudiantes o, si lo sabe, no se le pide su consentimiento para participar en los procesos educativos.	El paciente sabe que ingresa a un servicio o unidad de atención médica docente y se le informa y solicita su consentimiento para participar en actividades docentes.

Fuente: elaboración propia.

1.5 OBJETIVO

No se puede pasar por alto que, desde hace más de 20 años, la educación médica del país está inmersa en la cultura de la calidad. En esta lógica, encontrar y atender las áreas de oportunidad es básico. Tal vez, sea el EDA el que más desafíos ofrece en la actualidad a la calidad tanto de la educación médica como de la atención médica.

El conflicto docente-asistencial disminuye la capacidad para tomar decisiones asistenciales competentes y seguras para los pacientes o justas para los estudiantes y profesores de medicina. El conflicto docente-asistencial repercute negativamente tanto sobre el derecho a la salud, como sobre el derecho a la educación médica. En este sentido, tiene relevancia conocer la situación de los derechos humanos de los estudiantes de medicina en las unidades médicas.

El objetivo del presente trabajo es conocer la opinión de internos, pasantes y residentes de la Universidad Veracruzana, Generación 2019-2020, sobre el goce de su derecho a la educación, al trabajo digno y a la integridad y seguridad personal en los espacios docente-asistenciales en los que se forman como médicos^b.

b. En todo momento se hace referencia tanto a mujeres como a hombres.