



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

División de Estudios de Posgrado

La violación a los derechos humanos de los médicos residentes en la legislación mexicana. Contrastes con el modelo de residencias médicas en Cuba.

Tesis

Para obtener el grado de

Maestro en Derecho con Opción en Derecho Procesal Constitucional

Presenta:

Lic. Carlos Tizoc Ima Cervantes Sánchez

Directora de Tesis:

Doctora en Derecho Susana Madrigal Guerrero

Morelia, Michoacán, Febrero del 2019

DEDICATORIA

La presente investigación la dedico principalmente a mis padres, el Dr. Carlos Tisoc Ima Cervantes Ibarra y a la Sra. Olivia Sánchez Bolaños, en virtud de que sin su apoyo, moral, emocional y económico jamás hubiese podido estudiar una maestría ¡Muchas Gracias! Los amo. Este y todos mis logros son también de ustedes disfrútenlo.

No obstante, no basta con reconocer únicamente a mis padres, ya que la presente investigación no se hubiese podido llevar a cabo sin la valiosísima colaboración de la Prof. Lisette Fernández Hernández y el Prof. Mario Sánchez quienes conjuntamente me recibieron con los brazos abiertos tanto académicamente como fraternalmente en Cuba y gracias a su paciencia y disposición se pudieron obtener los datos fundamentales de las residencias médicas en Cuba, parte de este esfuerzo les pertenece, Mis más sinceras ¡Gracias! Los estimo y admiro.

Seria faltar a la verdad no reconocer el gran esfuerzo de la profesora Susana Madrigal Guerrero, quien fungiría como mi asesora académica y en ocasiones personal, a lo largo de todo el desarrollo de la maestría, cada consejo, cada sugerencia, cada regaño, cada gesto de amabilidad no cayeron a saco roto, los llevaré en mi proceder de manera tan presente como lo es el compromiso que todos sus asesorados adquirimos al poseer tal calidad, el cual sin duda es; “Actuar con profesionalismo y siempre fieles a la profesión, nunca temiendo a brillar sin temor a nada, ni nadie que se oponga entre a nuestros sueños” ¡Gracias profesora! Mi más honesto ¡Gracias!

A María Elena Mendoza Madrid, como mi pareja sentimental, quien me conoce en la confidencialidad de mi mente y corazón, a ella que siempre estuvo, ha estado y estará. ¡Sabes! soy tu fan mujer, nunca había conocido una mujer tan hermosa, inteligente y de reputación intachable como la tuya, gracias por existir y acompañarme en este camino tan largo, difícil y en ocasiones conflictivo, pero que al final del día es por bienestar de los dos. Gracias por apoyarme y quererme de la forma en la que lo haces, esta investigación te pertenece en la misma proporción que a mí.

A el pueblo mexicano que mediante sus impuestos, pude ser acreedor a el financiamiento de mi investigación por conducto del CONACYT, gracias a ustedes mexicanos honestos y con esperanzas de un país mejor, ofrezco mi entero compromiso a dirigirme honesto, socialmente responsable y siempre con el compromiso de actuar en beneficio de nuestra sociedad y con ello de nuestro gran país, ofrezco tal proceder en contra prestación de su buena fe.

*Y por último en especial mención **A TODOS LOS MÉDICOS RESIDENTES** quienes siempre estuvieron atentos a escuchar mi planteamiento del presente trabajo, y siempre dispuestos*

*a darme su valioso punto de vista, y exponerme en calidad de investigador y amigo, sus inquietudes y sugerencias. Pero en especial a mi hermana la **Dra. Citlalli Ima Cervantes Sánchez** quien en su conjunto con mi amigo y **Dr. Christian Méndez Galindo**, me ayudaron a conseguir los datos institucionales y entrevistas de vital importancia para el presente trabajo de tesis, gracias! De corazón, gracias! Siéntanse parte de la presente ¡Lo merecen!*

*Pero sobre todo a **TODOS LOS MÉDICOS RESIDENTES** que permitieron entrevistarlos. Gracias a ellos es el hecho de que hoy pueda obtener mi grado de Maestro en Derecho. Reitero, solamente se utilizaron datos de relevancia para investigación, omitiendo siempre sus nombres e instituciones o cualquier dato de identificación tal y como se acordó de palabra. Mi más sincero reconocimiento a su importantísima y noble labor, hago público mi compromiso de no dejar esta investigación en papel, empeño mi palabra como el bien más valioso que poseo a que; Esta no es la última palabra que diré sobre el tema, algún día lograremos juntos y mediante el camino del Derecho; el reconocimiento, la igualdad y el trato digno que merece su noble e invaluable labor.*

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	I
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN	V
RELACIÓN DE GRAFICAS, IMÁGENES Y TABLAS	VII
CAPÍTULO 1	
LAS RESIDENCIAS MÉDICAS	
1.1 Antecedentes de las residencias médicas en México	2
1.2 El movimiento médico de 1965 a 1966	6
1.3 La importancia de la especialización de los médicos en México	15
1.4 Residencia médica en la actualidad	17
1.5 Corrupción en el Examen Nacional para las Residencias Médicas	29
CAPÍTULO 2	
LA RESIDENCIA MÉDICA Y LA ENTREVISTA A MÉDICOS RESIDENTES	
2.1 Situación de los médicos residentes	34
2.2 Elementos de la elección de una entrevista cualitativa	37
CAPÍTULO 3	
ENTREVISTA A LOS MÉDICOS RESIDENTES	
3.1 Metodología de la entrevista	39
3.2 Recopilación de los datos obtenidos	41
3.4 Reflexiones de los datos obtenidos.....	47
CAPÍTULO 4	
EL SISTEMA DE SALUD EN CUBA Y SUS RESIDENCIAS MÉDICAS.	
4.1 Derechos Humanos en Cuba	51
4.2 Sistema de Salud en Cuba y sus niveles de atención médica	54
4.2.1 Niveles de atención en Cuba	56
4.3 Ingreso y autoridades de las residencias médicas en Cuba	59
4.3.1 Requisitos para concursar por una plaza en el régimen cubano.....	64
4.4 Reglamentación de las residencias médicas	68
4.4.1 El sistema de promoción de los médicos residentes en Cuba	85
4.4.2 Las falas de disciplina y su procedimiento	87

4.5 Entrevista a los médicos residentes en Cuba	91
4.6 Comparación del modelo de residencias médicas México-Cuba	95
CONCLUSIONES	97
PROPUESTAS	101
FUENTES DE INFORMACIÓN	104

RESUMEN

El sistema de residencias médicas en México, es la figura del sistema médico-educativo por la cual se adiestra a los médicos generales dentro de un hospital de alta especialidad en una rama específica de la medicina, con periodos que van desde los 3 años a los 7 años variando según la especialidad que se busque.

Cada año en el mes de septiembre, aproximadamente treinta y cuatro mil aspirantes a ser médicos residentes, presentan el *Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas* (ENARM), en el que únicamente ocho mil doscientos veintiocho, logran su cometido¹.

Pese a la dificultad que representa como médico cirujano partero (médico general) ingresar a el sistema de formación de mano de obra de la salud especializada, el entorno social donde se forman médicos especialistas, resulta ser uno de los escenarios menos conjeturados para sospechar una situación de alarma para el derecho.

Puesto que dentro de las instituciones formadoras de médicos especialistas en diversas ocasiones se ven comprometidos los derechos fundamentales de los mismos, y aunque dicha situación pueda variar de hospital a hospital, inclusive de regiones distintas del país, pareciese ser una situación generalizada.

Situación que contrasta con lo dispuesto y mandatado por nuestra Carta Magna, y misma que desemboca de diversas consecuencias que comprometen el buen funcionamiento del sistema de salud mexicano.

El simple análisis jurídico de las normas que regulan dicha situación, advierten contradicciones graves entre sí, así como antinomias que representan entre sí vulneraciones por sí sola a lo establecido en nuestra Constitución Política.

¹ Cifras de la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos de la Salud (CIFRHS) 2017, de los médicos aspirantes aceptados a la residencia médica http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2017/E41_folio_sel_mex_2017.pdf

Así mismo testimonios vertidos por los propios médicos residentes advierten una situación de preocupación para el Derecho Constitucional mexicano. Mientras que en diversos campos de la dirección estatal el reconocimiento de los derechos humanos ha representado un verdadero cambio en el funcionamiento de estos, pareciese que en el ámbito de la formación de médicos residentes en México ha pasado desapercibida, por lo que la presente tratará de encontrarse las diferentes causas que motivan dicho fenómeno jurídico y las posibles soluciones a esta problemática desde la perspectiva del derecho, por lo que proponer un método de enseñanza que contraste con uno de con el método de enseñanza Cubano, el cual durante años se ha mantenido como uno de los principales referentes de calidad de producción de médicos especialistas en el Mundo, para de esta manera buscando proponer soluciones que adyuden a la protección y en algunos casos al reconocimiento de los derechos de los médicos residentes en México y con esto lograr el mejoramiento de nuestro sistema de salud, desde uno de sus pilares principales, como lo es la formación de médicos especialistas.

PALABRAS CLAVE

Médicos residentes, derechos humanos, Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, Sistema de residentes en Cuba

ABSTRACT

The system of medical residences in Mexico, is the figure of the educational system whereby trains to the general doctors inside a hospital of high speciality in a specific branch of the medicine, with periods that go from the 3 years to the 7 years varying according to the speciality that look for .

Every year in the month of September, roughly thirty-four thousand applicants to be medical resident, present the National Examination of Applicants to Medical Residences (ENARM), in which only eight thousand two hundred twenty-eight, attain his committed

In spite of the difficulty that represents like medical surgeon partero (general doctor) ingresar to the system of hand-held training of work of the skilled health, the social surroundings where form medical specialists, result to be one of the stages less conjeturados to suspect a situation of alarm for the right.

Since inside the institutions formadoras of medical specialists in diverse occasions see engaged the fundamental rights of the same, and although said situation can vary of hospital to hospital, included of distinct regions of the country, seemed to be a situation generalised.

Situation that contrasts with the willing and mandatado by our Letter Magna, and same that ends of diverse consequences that engage the good operation of the system of Mexican health.

The simple juridical analysis of the norms that regulate said situation, warn grave contradictions between yes, as well as antinomias that represent between himself violations by himself alone to the established in our Political Constitution.

Likewise testimonies poured by the own resident doctors warn a situation of worry for the Constitutional Right Mexican. Whereas in diverse fields of the state direction the recognition of the human rights has represented a true change in the operation of these, seemed that in the field of the training of doctors residentes in Mexico has happened desaperciba, by what the present will treat to find the different causes that motivate said juridical phenomenon and the possible solutions to this problematic from the perspective of the right, by what propose a method of

education that contrast with one of with the method of Cuban education, which during years has kept like one of the main referents of quality of production of medical specialists in the World, for of this way looking for propose solutions that adyuyen to the protection and in some cases to the recognition of the rights of the resident doctors in Mexico and with this attain the mejoramiento of our system of health, from one of his main pillars, as it is it the training of medical specialists.

KEYWORDS

Resident doctors, human rights, National Examination of Applicants to Medical Residences, System of residents in Cuba

INTRODUCCIÓN

La presente investigación consta de cuatro capítulos, en los cuales cada uno de ellos funge con un papel principal para poder contextualizar la problemática planteada en la presente. La hipótesis que se planteó para el desarrollo de la presente, fue el hecho de la que la antinomia jurídica que se da entre la ley reglamentaria del texto constitucional por conducto de la Ley federal del Trabajo y la Norma oficial NOM-001-SSA3-2012 que reglamenta la calidad de médicos residentes, en la cual por un lado la primera reconoce la calidad de trabajadores de estos y en lo que respecta a la segunda, la cual los clasifica como becarios, genera que las relaciones entre los médicos residentes y los hospitales donde presentan sus servicios, posean una incertidumbre tal que los derechos humanos de estos se vean comprometidos por la discrecionalidad de la autoridad en determinar su calidad y con ello sus derechos y obligaciones. En el primero de ellos titulado “las residencias médicas en México su historia y su método de selección” se aborda los antecedentes de la formación de médicos especialistas en México, así como sus principales problemáticas en la consagración del sistema nacional de médicos residentes de la actualidad. En él se resalta la trascendencia de esta importante labor estatal, mismo que versa sobre el método de selección de los médicos residentes y su problemática en la actualidad.

De tal forma que en el segundo capítulo de la presente se analiza la situación actual de los derechos de los médicos residentes, contrastando el marco normativo al que se encuentran sometidos en el desarrollo de su residencias médicas. El tercer capítulo se aborda la problemática mediante el estudio de campo utilizando como instrumento la entrevista semi-estructurada para que de esta manera de viva voz de los mismos médicos residentes relaten las experiencias dentro de la formación profesional de la salud especializada en nuestro país, clasificando los datos obtenidos por estos para poder llegar a conocer las principales causas que generan dicha problemática.

En busca de encontrar un contraste de nuestro sistema de salud con uno de los sistemas de salud más reconocidos en el ámbito a nivel internacional, en el

cuarto capítulo se analizará el sistema de salud cubano, en lo particular en la formación de sus médicos especialistas, buscando las similitudes que este pueda proporcionar, para así poder diferenciarlas con el sistema de residencias médicas en México, Analizando de esta manera las diferentes formas en las que se configura la enseñanza de los médicos residentes.

La principal problemática que se tuvo durante el desarrollo de la investigación, fue sin duda la dificultad de acceso a los datos pertinentes, tanto en el aspecto de información científica tanto de datos duros o institucionales, así como de acceso a los médicos residentes para poder entrevistarlos, toda vez que fue presentada una solicitud escrita en tres distintas ocasiones con la intención de poder entrevistar a los médicos residentes del Hospital General de Morelia Michoacán “Dr. Miguel Silva” no obstante las tres peticiones fueron denegadas argumentado que estas habían sido perdidas en “el mar de solicitudes estériles”. Por lo que ante la imposibilidad de poseer un permiso institucional para poder acceder a la entrevista de los médicos residentes, desembocó en la necesidad de ejecutar las entrevistas (En el caso mexicano) mediante vía telefónica, la cual constó de quince interrogantes y fueron formuladas estas apegadas a un método de entrevista semi-estructurada. En lo que respecta al caso de las entrevistas a los médicos residentes en Cuba, la principal limitante para lograr estas, excluyendo la extrema dificultad la comunicación académica y la aceptación del desarrollo de la investigación, fue sin duda el hecho de que durante el desarrollo de todas las entrevistas hechas de manera presencial, siempre estuve acompañado por la autoridad académica y administrativa.

Capítulo 1

Las residencias médicas su historia y método de selección

Sumario: 1.1 *Antecedentes de las residencias médicas en México.* 1.2 *El movimiento médico en 1965 a 1966* 1.3 *La importancia de la especialización de los médicos residentes en México* 1.4 *Residencia médica en la actualidad.* 1.5 *Corrupción en el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas*

La formación de mano de obra de la salud especializada, es decir, de médicos especialistas, es una práctica tan antigua como la historia de la medicina moderna hispánica en nuestro país, no obstante está fue formalmente reconocida como tal hasta la primera mitad del siglo XX, surgiendo de primer momento la interrogante de si estas ¿deberían verse como prácticas profesionales? O bien ¿Cómo únicamente prácticas de enseñanza? La primera interrogante se planteaba resolver mediante la lógica de que si aquellos médicos aspirantes y practicantes a una especialidad, antes de ser aspirantes ya eran formalmente profesionales de la salud, por lo que estos deberían de ser reconocidos como tales y con ello poder acceder a todos los derechos que tal estatus les otorgaba. La segunda interrogante presentaba la respuesta a esto sosteniendo que estos al especializarse deberían de cumplir con todas las funciones y categoría de un aprendiz, situación que detonaría años más tarde desembocaría en el panorama de situación actual de los médicos residentes en el país.

Los antecedentes más remotos de las residencias médicas en el mundo, podemos afirmar que se encuentran en una idealización de Teodoro BillRoth¹

¹ Absolon KB. The Surgical School of Theodor Billroth. Surgery 1989Q:50:697 Citado por Quijano-Pitman, Fernando. "Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias" *Gaceta Medica de México*. México, número 135, número 1, enero-junio de 2000, http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1999-135-1-73-76.pdf

quien fuese un renombrado médico austriaco, el cual ideó en una primera instancia la figura de la residencia médica como hoy la conocemos este según nos relata que el médico Bill Roth instauró un sistema de entrenamiento hospitalario, el cual exigía rotaciones constantes en la enseñanza de los médicos, entre los que destacan la consulta externa, preparación en anatomía patológica y el desarrollo de historias clínicas.²

Las prácticas desprendidas del hospital de Viena tendrían eco en todo el mundo, siendo los Estados Unidos de América del Norte el principal precursor de dichas ideas el cirujano norteamericano William Halstead³ uno de los más destacados, según el autor Fernando Quijano-Pitman se ha convertido en su principal eje de las investigaciones médicas de alto nivel que surgen hasta hoy en día, así mismo el Autor, establece que; si bien las podría encontrarse registros en Inglaterra, con las “guardias para urgencias, sin conexión universitaria y bajo tutela de un jefe”⁴

1.1 Antecedentes de las residencias médicas en México

El primer antecedente de la necesidad de la especialización médica puede ser remontados al primer hospital fundado en territorio mexicano por Hernán Cortés en 1523 el “Hospital de Jesús”, el Virrey de la Nueva España Baltasar Zúñiga y

² Vázquez Martínez, Francisco. “Apuntes históricos sobre la formación de médicos especialistas en México desde la evolución educativa”. *ScienceDirect Investigación en Educación Médica*, México, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. México Vol.1.Diciembre-Marzo 2017.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505717301746>.

³ William Steward Halsted pertenece a la época gloriosa de la cirugía, periodo que denominamos “revolución quirúrgica” en la que se superaron las tres barreras: dolor, hemorragia e infección. A finales del siglo XIX hubo un renacimiento de la cirugía hunteriana o fisiológica. Halsted realizó investigación de laboratorio en fisiología y patología que aplicó a la cirugía. Es considerado como uno de los padres de la moderna cirugía y, en concreto, de la cirugía norteamericana. [historiadelamedicina.org](http://www.historiadelamedicina.org) <http://www.historiadelamedicina.org/halsted.html>

⁴ Quijano-Pitman, Fernando. “Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias” *Gaceta Medica de México*. México, número 135, enero-junio de 2000, http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1999-135-1-73-76.pdf

Guzmán, quien en la necesidad de ver la necesidad de una profesionalidad de los médicos cirujanos ordenó que; para poder ejercer la medicina se requerían hacer dos exámenes, este primero debería de ser frente a un Claustro Universitario, y el segundo debería de ser acreditado frente aun Protomedicato.⁵ Posteriormente el autor señala que las Ordenanzas de Valero, dieron lugar a la desaparición de esta práctica, por lo que no fue sino hasta el año de 1925 que el Internado de Pregrado fue establecido en México como obligatorio a fin de desarrollar las capacidades del médico estudiante, lo que dejaría un precedente de suma importancia para el desarrollo posterior de la Residencia médica.

Asimismo un año antes en 1924 el Dr. Genaro Escalona, ya había establecido unidades médico-quirúrgicas, las cuales dieron pasó a numerosas especialidades, mismas que más tarde se convertirían en materias de las principales escuelas de Medicina en México. La especialidad que más frutos rindió al comienzo de estas prácticas fue la que se encontraba a cargo del Dr. Aquilino Villanueva la cual se trataba de la unidad Urológica, esta permitió que los alumnos pudiesen desarrollarse de manera íntegra preparándolos para los estudios de cirugía mayor, disminuyendo de manera notable la morbimortalidad de los operados.⁶

No fue sino hasta el año de 1942 que según el autor Francisco Domingo Vázquez señala que las residencias médicas nacieron, en el hospital general de México, estas comprendían permanencia en el servicio de 24 horas hasta las 36⁷, estos ya con un contrato directo del hospital, así mismo el servicio dentro de cada área del hospital no excedía más de un año, ya que era obligatoria la rotación en Cirugía general, Ginecología y Anatomía patológica.⁸

⁵ *Ibidem*

⁶ H. Rivera Reyes Héctor. "Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988". *Revista Médica del Hospital General de México*, SS. México, Vol. 70 Núm 1, Enero-Marzo, 2007, p. 43 <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2007/hg071h.pdf>.

⁷ Vázquez Martínez, Francisco. Op.Cit.

⁸ Rivera, Reyes. *Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México*. *Revista Médica del hospital general de México*, Año 2007, No. 1, enero-abril 2008. <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=12487>

Durante Esta época, la enseñanza de la medicina no estaba sistematizada [...], el aprendizaje era por iniciativa propia de los residentes, de tipo autodidacta, los residentes se integraban al equipo médico de los diferentes servicios donde rotaban. Por las tardes y noches, así como los fines de semana eran los responsables de los pabellones y propio hospital [...] De esta manera se lograba una práctica medico quirúrgica amplísima, pero con deficiente enseñanza teórica [...]⁹

A costo de lo señalado con anterioridad, de manera general o hipotética, podríamos puntar que los cursos siempre estuvieron asociados con la figura hoy conocida como “residencia médica”, no obstante, la practicidad dentro de estos, no era acompañados con los programas educativos adecuados o bien los programas educativos no se encontraban estrechamente relacionados con la practicidad.¹⁰

Los cursos de especialización siempre estuvieron disponibles para cualquier interesado en especializarse en alguna área de la medicina, por lo que estos cursos difícilmente tenían un aval académico relevante, fue entonces cuando el Hospital General de México, en atención a la demanda, comenzó a dar respaldo a estos cursos, con ayuda de algunas universidades o asociación médica.¹¹

Estos cursos más tarde dieron lugar al imaginario académico de la creación de una División de Estudios de Doctorado, el cual surgió en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en el año de 1959, en donde los alumnos de dicho

⁹ H. Rivera Reyes, Héctor. Óp. Cit., p. 46

¹⁰ García Archundia, Abel “El movimiento médico de 1964-1965”. Revistas de Especialidades Médico-Quirúrgicas. México, Vol 16, núm 1, enero-marzo, 2011, p. 29. <http://www.redalyc.org/pdf/473/47322865006.pdf>

¹¹ Tapia Acuña R. Otorrinología. En Valdés C (coordinador). Especialidades medicas en México. Pasado,presente y futuro. Vol. 2: 181-195. En Soberón G. Jumate J, Laguna J (compiladores). La salud en México. Testimonios de 1988. México. Secretaria de Salud Instituto Nacional de Salud Pública, El colegio Nacional, Fondo de cultura Económica, 1989.

¹¹Vázquez Martínez, Francisco. Op.Cit.

doctorado podrían acreditar su posgrado si presentaban su servicio en algunos hospitales que cumplieran con la normatividad de la Universidad.¹²

Es por eso que un año más tarde (1960) nacería la primera residencia médica con completo aval tanto académico como de la autoridad sanitaria,¹³ y con ello se integraron las residencias formalmente ya en práctica, descritas en líneas anteriores.

No obstante desde el principio de las residencias médicas en cuanto a manera formal y académica, se creó una tensión entre las competencias del médico residente, ya que la atención entre las obligaciones médicas y las académicas formó un conato de problemática en la enseñanza del médico residente ya que según el autor Fernando Ortiz Monasterio “El sistema de Residencia de tiempo completo con el cual funcionábamos no nos eximía de llenar el rígido programa de créditos establecido para los cursos de adiestramiento”¹⁴

Una característica muy importante durante los primeros años de residencia médica, era sin duda el hecho de que los médicos residentes escogían a su jefe jerárquico, el cual también se trataba de un médico residente, lo cual rompía con la idea de que el jefe de médicos residentes fuera un médico de base.¹⁵

Es por eso que se tuvo que dar una modificación al reglamento de la División de Estudios Superiores de la UNAM, el cual estuvo a cargo del reconocido Dr. Ignacio Chávez, quien para el año de 1964 fuese rector de la UNAM. Chávez justificaría su decisión bajo el argumento de: “La facultad se propone ahora

¹² Reglamento de la División de Doctorado de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ciudad Universitaria. 1959, <http://abogadogeneral.unam.mx/PDFS/COMPENDIO/151-6.pdf>.

¹³ Gasca González, Humberto. Crónica de la Facultad de Medicina (1950-1971)”, Facultad de Medicina UNAM, Tomo I, México, 1997. p 203.

¹⁴ Ortiz Monasterio, Fernando. “Cincuenta años del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General de México” Crónica de una aventura. *Revistas Biomédicas Latinoamericanas*. México, Número 2, Vol.14, mayo-agosto 2004.p.64 http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=24565&id_seccion=177&id_ejemplar=2526&id_revista=37.

¹⁵ H. Rivera Reyes, Héctor. *Op. Cit.*, p. 46.

hacerse cargo de los cursos de especialización que doten al país de los especialistas necesarios, bajo el control científico de ella”.¹⁶

No obstante lo anterior para el año de 1963, surgió la problemática dentro de las residencias médicas de que; si las actividades médicas dentro de la institución de salud demandaban una actividad formalmente laboral o únicamente académicas, ¿hasta dónde podría justificarse la preparación médica en virtud de la relación que mantenían los médicos residentes con la institución sanitaria? Lo que generó un conflicto de identidad entre los médicos residentes, los cuales se conceptualizaban asimismo como trabajadores, sin embargo, para las instituciones médicas estos eran vistos como estudiantes.

1.2 El movimiento médico de 1964 y 1965

Los avances tecnológicos en el mundo moderno de la medicina eran amplios así como las nuevas ideas de las relaciones sociales habían cambiado, el mundo se encontraba en la década de los sesenta, década marcada por movimientos sociales y necesidad de justicia social. Los jóvenes del mundo se movían en grandes masas exigiendo los derechos que los asistían y eran ignorados.¹⁷

La situación no fue ajena para el ámbito médico, y la memoria colectiva de los médicos residentes se unió, y la idea de que se encontraban catalogados erróneamente como estudiantes prescindibles y no como trabajadores, este movimiento cobraría de 1964 fuerza en todo el país, agudizándose naturalmente en la capital de la república por ser el principal epicentro de aspirantes a médico residente.

Entre los argumentos más fuertes y vertidos, era sin duda que pese a que las residencias médicas habían pasado a ser reconocidas y respaldadas por algunas

¹⁶ Nuevo Reglamento de la División de Estudios Superiores de Medicina. Gaceta de la Universidad. Vol XI. Núm. 48, 21 de diciembre de 1964 <http://www.acervo.gaceta.unam.mx/index.php/gum60/article/view/4215/4214?21>.

¹⁷ García Archundia, Abel, op.cit., p. 29.

de las principales universidades del país en coordinación con las autoridades sanitarias, este en sí, no era reconocido como un grado académico es decir no podría homologarse como una maestría o doctorado, a pesar de que la temporalidad de la preparación de los médicos era en ocasiones superior a la temporalidad requerida para dichos títulos.¹⁸

Es por eso que el descontento entre los médicos fue creciendo de manera efervescente, la realidad de que a pesar de haber cumplido con sus funciones asistenciales con frecuencia más allá de sus deberes y en ocasiones más allá de sus capacidades físicas, no eran suficientes para considerarse maestros o doctores en su ciencia y con ello al culminar su preparación y servicio no pudiesen matricularse en muchos lugares con un sueldo propio de su preparación académica. En otras palabras el grupo de médicos investigadores y académicos dentro de las instituciones médicas se hizo consciente de la incongruencia a las que eran sometidos, en especial, cuando los hospitales nacidos de instituciones sociales y para la sociedad, no proyectaba su propósito social, más bien “explotaba a su propia fuerza de trabajo, con el pretexto, no intencionado, de facilitarle una educación de posgrado pero sin valor académico”.¹⁹

La problemática se empeoró cuando en el mes de diciembre del mismo año, las instituciones médicas se negaron a pagarle aguinaldo a los médicos residentes, en especial el problema tuvo mayor crudeza en el Hospital 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la negación de dicha prestación se dio en el tenor de que la institución sanitaria consideraba que ya se les había retribuido con las becas correspondiente a lo largo del año, dicha decisión fue hecha del conocimiento de los médicos residentes mediante un panfleto que se puso a la vista en la entrada principal del Hospital el cual contenía entre otras cosas el siguiente contenido;

¹⁸ *Ibíd.*, p. 28

¹⁹ Pozas Horcasitas, Ricardo. La democracia en blanco: el movimiento médico en México 1964-1965., Instituto de investigaciones Sociales (UNAM), Siglo XXI, México 1965. p. 180.

“Correspondiente a las becas que la Subdirección Médica del ISSSTE les ha otorgado para que adquieran y mejoren sus conocimientos, pero no son médicos de la institución, la que no tiene ninguna responsabilidad legal ni moral con ellos.”²⁰

La situación se volvió tensa entre las partes, los médicos en formación a lo largo del país, sufrían las mismas vicisitudes; malos tratos, malos sueldos, malas condiciones de trabajo entre otras cosas, por tanto la situación naturalmente desembocó en un paro de labores de toda suspensión de acciones de los médicos residentes que no fueran urgencias, los médicos residentes quienes buscaban el reconocimiento como trabajadores y no como becarios.²¹

El problema fue de tal magnitud que muchos médicos becarios, es decir en la misma calidad que ellos, pero pertenecientes a otras instituciones se adhirieron moralmente al movimiento, “convirtiéndolo en un acto de solidaridad legítima”.²²

Los primeros días de diciembre del mismo año (1964), el movimiento comenzó a cobrar fuerza en todo el país, en especial los hospitales del sistema de seguridad social; el primer hospital en adherirse a la causa fue el Hospital Colonia de los Ferrocarrileros, hospital emblemático por la calidad de su cuerpo médico y la combatividad de sus derechohabientes.²³

La adhesión de varias instituciones de salud pública, en especial las del orden de protección social, desembocó en que a los pocos días de protesta, naciera una nueva Asociación que terminaría destronando la primigenia el “Movimiento Médico Residente (MMR)” que le daría cabeza y rumbo al movimiento, esta asociación se llamaría “Asociación Mexicana de Médicos Residentes e Internos

²⁰ Abreú Martín, Luis. *Narrativa Médica en los 150 años de la Academia Nacional de Medicina en México* 1era edit, México, CONRICYT, 2014, pp. 43. Citado por Domingo Vázquez, Francisco. “Apuntes Históricos sobre la formación de médicos especialistas en México desde la evolución educativa”. *Investigación en Educación Médica, Facultad de Medicina*, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Número 26. Abril – Julio 2018, <http://riem.facmed.unam.mx/node/720>.

²¹ García Archundia, op.cit., p. 29

²² *Idem*.

²³ *Ibidem* p.28

(AMMRI)²⁴ A continuación una fotografía del movimiento médico del año de 1968, donde se puede observar que los mismos, marchan por las principales vialidades de la Ciudad de México, entonces Distrito Federal.

Imagen 1: Médicos de la Asociación mexicana de medios residentes e internos marchando por el monumento a la revolución (Ciudad de México).



Extraído de Movimiento Sociales y Contradicciones Campo ciudad blog spot artículo de Omar Castillo. <http://movimientosycontradicciones.blogspot.mx/2016/04/movimiento-medico-1964-1965-el.html>

La respuesta de las autoridades fue rápida, cesando de manera inmediata a los 210 médicos residentes del Hospital 20 de noviembre. No obstante dicha medida lejos de desaparecer el movimiento, motivó a los cesados a seguir en la lucha. A palabras de la Autora Dora licia Carmona señala

El movimiento médico se caracterizó con un movimiento médico independiente de los sindicatos burocráticos del sector salud; en cada centro hospitalario se organizarían comités de huelga y de prensa encargados de presentar sus demandas, entre ellas, la reinstalación de los cesados sin represalias posteriores y la mejoría en los sueldos, becas y prestaciones a quienes siguen la carrera

²⁴ *Idem*

hospitalaria, así como la no injerencia de políticos y líderes en la rama médica hospitalaria.²⁵

El movimiento crecía cada vez más a lo largo del país; el día 8 de diciembre del mismo año; se unieron a la huelga más Instituciones de Salud, entre ellas el Centro Médico Nacional y el Hospital de la Raza.²⁶

Los paristas realizaron mítines en la plaza principal de México; la Plaza de la Constitución, siendo apoyados por sectores sociales y diputados del Partido Popular Socialista (PPS) y por el líder magisterial Othón Salazar.²⁷

No obstante el panorama no fue de completo apoyo para los médicos ya que diversos sindicatos como la Confederación de Trabajadores de México (CTM), Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) rechazarían por completo el movimiento.²⁸

Después de que más de cincuenta y nueve hospitales en el Distrito Federal y cuarenta y ocho en el resto de la República se sumaran al movimiento,²⁹ el presidente de la República Gustavo Díaz Ordaz recibió una comisión representante de los médicos liderada por el Dr. Norberto Treviño Zapata para buscar una solución a la problemática.³⁰

A continuación se muestra una fotografía del Presidente de México Gustavo Díaz Ordaz Bolaños, recibiendo en su despacho a un pequeño grupo de médicos residentes para escuchar sus demandas

²⁵ Carmona Davila, Doralicia. "Se organizan los médicos residentes e internos del sector salud" Memoria Política de México, México, número 1, 27 de Noviembre del 1964, <http://www.memoriapoliticademexico.org/Efemerides/11/27111964.html>

²⁶ *Idem*

²⁷ *Ídem*

²⁸ *Idem*

²⁹ *Idem*

³⁰ *Idem*

Imagen 2: El presidente del República Gustavo Días Ordaz en audiencia con los médicos de IMMR



Extraído de blog spot “Escrito con sangre del Website de los asesinos [S.N]
<http://escritoconsangre1.blogspot.mx/2008/09/el-movimiento-estudiantil-de-1968-y-la.html>

No obstante las demandas de los médicos residentes, fueron consideradas por Gustavo Díaz Ordaz como parcialmente irrelevantes como lo describe el Dr. Ricardo Pozas:

Era cierto que existía una relación jurídica entre médicos y empresa, pero el nombre de esta relación jurídica no era importante, sino el contenido que implicaba su naturaleza; eso es; que si los médicos, al luchar por sus derechos de trabajadores, consideraban como la más importante la prestación de los servicios al Estado, esto era falso ya que lo que más importa era la docencia.³¹

La situación se recrudeció cuando el 18 de diciembre del 1964, el Dr. Norberto Treviño Zavala, constituiría una nueva organización llamada Alianza de Médicos

³¹ Pozas Horcasitas, Óp. Cit., p. 82.

Mexicanos (AMM), lo que llevaría a una división de la lucha y con ello a la división de opiniones y horizontes de la lucha.³²

El grupo más radical y por justa razón el AMMRI, continuaría con la lucha en los términos que se habían planteado desde el principio “mejoras a los salarios/becas y reconocimiento expreso como relación laboral entre los médicos residentes e internos de pregrado”³³, lo anterior con un paro indefinido el decretado el 13 de enero del 1965. En respuesta a lo anterior el presidente de la República publicaría un acuerdo de bases de solución al conflicto.

Por otro lado la Alianza de Médicos Mexicanos (AMM), iniciaría la negociación con diferentes instituciones de gobierno en las que se encontraba la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la Secretaria de Salud en respeto al acuerdo y las bases al solución al conflicto propuestas por el presidente. Pero el grupo de AMMRI, no cedía, seguían firmes en su paro.³⁴

La cordura del movimiento por parte del AMMRI, fue cuestionada, la presión social era demasiada, la división de frentes sería una piedra el en zapato para el movimiento, la división de opiniones no se hicieron esperar, la autoridad daría un ultimátum el día 12 de mayo, para que todos aquellos que se encuentran en paro y todavía no suspendidos reanuden labores, mediante un manifiesto nombrado “el llamado a la cordura a residentes e internos”.³⁵

Los sindicatos gubernistas CTM, FSTS, CNC realizarían por su parte una marcha en el Zócalo Capitalino, en contra del movimiento encabezado por el AMMRI, bajo el argumento de que este movimiento se trataba de una traición a la patria y solicitando al gobierno medidas enérgicas para terminar con el paro. Los Hospitales de Servicios sociales tanto IMMS como ISSSTE contratarían hospitales privados para frenar el déficit de atención a los derechohabientes.³⁶

³² *Ídem.*

³³ *Ídem.*

³⁴ Carmona, Doralicia. Op. Cit. [S.P]

³⁵ *Ídem.*

³⁶ *Idem.*

Tal y como se muestra en la siguiente fotografía, el movimiento no solamente fue encabezado por médicos residentes, sino también por todos los integrantes del cuerpo médico, como lo son las enfermeras

Imagen 3 Soldados y policías de la república tratando de disolver el movimiento



Extraído de “Enlace el curso de la historia” Escrito por Marco Velázquez

<https://enlacecursoshistoria.wordpress.com/2009/10/19/1964-1965-el-movimiento-medico/>

La opinión pública, poco a poco se vio manipulada, hechos ajenos al movimiento tales como el cambio de Presidencia de la República (1964), influyeron en la opinión popular ya que la transición de gobierno fue utilizada astutamente por los detractores del movimiento, acusándolo de ser una tendencia golpista al gobierno entrante, fundando tales acusaciones de que el movimiento médico era utilizado por políticos en busca de posicionamiento.³⁷

El día 26 de mayo, sería la ocasión en la que los integrantes del IMMRI marcharían por última vez, por lo que finalmente en el 29 del mismo mes se reanudarían laborales, solamente quedaría un pequeño grupo de médicos

³⁷ *Idem.*

residentes jóvenes seguirían en la lucha, no obstante estos serían rápidamente removidos de su puesto laboral, y sustituidos por médicos pertenecientes de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE).³⁸

Por otro lado el movimiento del MMR, más pasivo, sería recibido nuevamente con el Presidente de la República, en donde se lograron importantes negociaciones, como aumentos a los salarios/becas de los residentes e internos. Pasado ya casi un año después del movimiento, durante el primer informe de gobierno el presidente de la república Gustavo Díaz Ordaz expresaría:

Señores médicos:

Sus puestos los están esperando en los hospitales, en las clínicas, en los laboratorios, en los quirófanos. Invoco su sentido de solidaridad humana para que vuelvan, de inmediato, al lado de sus enfermos víctimas inocentes que se debaten entre el dolor y la muerte.³⁹

Muchos de los participantes del movimiento más tarde serían despedidos o cesados definitivamente de la práctica profesional, comenzando una clase de persecución en contra de los principales líderes del movimiento.

Aunque el conflicto resulto en mejoras salariales y algunos triunfos parciales de los demandantes, entre las que pueden destacarse el reconocimiento académico de la residencia como una especialidad médica, la purga realizada a aquellos idealistas iniciadores del movimiento más tarde cobraría factura, pues si bien algunos importantes derechos como el reconocimiento en el año de 1970 de la Ley Federal del Trabajo, los tratos de los médicos residentes siguieron desarrollándose de la misma manera.⁴⁰

³⁸ *Idem.*

³⁹ Dirección de servicios de Investigación y análisis. Subdirección de referencia especializada. Informes presidenciales, 1er informe de Gustavo Díaz Ordaz, <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/re/RE-ISS-09-06-13.pdf>.

⁴⁰ Pozas Horcasitas, op. cit., p. 82.

La inclusión de la figura del médico residente al texto de la Ley federal del trabajo se encuentra contemplada dentro del capítulo de “trabajo especial” reconocido en el numeral 353 apartado A y B, es una consecuencia directa del arduo movimiento comenzado por los médicos residentes del Hospital 20 de Noviembre.⁴¹

Fue sin duda el paso al frente más importante de la lucha, no obstante como se ha descrito en líneas anteriores, la ambigüedad con la que se encuentra descrita dicha relación sigue dejando a los residentes médicos en manos del ordenamiento interno de las instituciones de salud.

1.3 La importancia de la especialización de los médicos en México

México al formar parte de la globalización no solo comercial, sino también social, tiene diferentes retos a enfrentar, de entre los cuales uno de ellos es sin duda la necesidad de la formación médica especializada, en especial si se tiene en cuenta que, durante las reformas constitucionales del año 2011 el derecho a la salud contenido en el párrafo cuarto del artículo 4° del texto constitucional mexicano, el cual a la letra dice:

Artículo 4o. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

Párrafo adicionado DOF 13-10-2011 Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas para lo que el derecho a la salud es uno de las principales obligaciones del Estado mexicano.

⁴¹ Vázquez Martínez, Francisco. op. cit., p.

Actualmente existe un avance científico y técnico en el campo de la salud, lo que conlleva a la necesidad de crear profesionales médicos que se requieran para poder llevar a cabo lo demandado por la Constitución mexicana y cubrir con esto las necesidades sanitarias que requiere la sociedad mexicana.

Por lo que la formación de médicos profesionales, al tratarse de un proceso de relevancia a la funcionalidad del Estado, debe de ser considerada de suma importancia, el cual según el autor Germán Fajardo Dolci⁴², la formación médica debe verse desde cuatro perspectivas: *técnica, administrativa, académica y financiera*.

Desde la perspectiva *técnica*, deben de planificarse especialistas, debe de tomarse con suma cautela, en consecuencia de que las necesidades sanitarias de los países tienen factores intrínsecos y ajenos al sistema de salud, por lo una planeación a largo plazo resulta una tarea de relativa incertidumbre.

Desde la perspectiva *administrativa*, cuando se tiene un sistema de salud fragmentado, en donde diversos agentes administrativos gubernamentales intervienen, aunado a la diversidad de instituciones académicas estatales y concesionadas que desarrollan la carrera médica, así como los diversos proveedores del servicio de salud pública. Todos estos factores convergen directamente en la relevancia que tiene la planificación de las estrategias de formación de los médicos residentes.

Académicamente, la labor del estado debe de estar acompañado y coordinado con todos los agentes involucrados en la formación de los médicos especialistas, tanto docentes como administrativos, ya que esta labor de relevancia al sistema social del país, es una labor sistemática y lenta. La cual deberá de llevar intrínseco en su formación académica los mejores especialistas y docentes, con perfiles docentes y con gran sentido de la labor que desempeñan.

Financieramente, el Estado mexicano debe de velar por la formación integra de los médicos especialistas, puesto que la infraestructura de educación adecuada,

⁴² *Idem.*

permitirá ofertar a la sociedad un mejor servicio, que se encuentre constantemente en actualización, para poder brindar mano de obra calificada para tener la capacidad de respuesta a las necesidades de salud”.

Ahora bien, desde una perspectiva *Jurídica* El estado mexicano tiene por tarea crear los marcos legales en los que se han de desarrollar las residencias médicas, y estos a su vez deben de plasmar los principios constitucionales y de los derechos humanos, según lo mandado por la Constitución mexicana, la cual establece que todas su normas secundarias deben de encontrarse en congruencia con los derechos contenidos en la misma.

1.4 Residencia médica en la actualidad

Como se ha señalado con anterioridad el pasaje de los médicos residentes en México no ha sido un camino sencillo. Actualmente existe un único mecanismo de evaluación para verificar la aptitud de los médicos aspirantes a comenzar con una residencia médica, lo cual se hace mediante la acreditación el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), lo anterior en atención a la reglamentación de ingreso a las residencias médicas, se encuentra sustanciada dentro de la norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 de Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Está en su título séptimo regula las principales bases y requisitos *sine qua nones* para el ingreso de los médicos residentes a la *unidades médicas receptoras de residentes*.

7. Ingreso y permanencia en las unidades médicas receptoras de residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas

7.1 Los aspirantes a ingresar a las uni7. Ingreso y permanencia en las unidades médicas receptoras de residentes del Sistema Nacional de Residencias Médicas

7.1 Los aspirantes a ingresar a las unidades médicas receptoras

7.1.2 Cumplir con los requisitos de ingreso establecidos por la institución de salud y la institución de educación superior.

7.1.3 Comprobar el buen estado de salud físico y mental, mediante el certificado expedido por una institución del Sector Salud.

7.1.4 Contar con la aptitud requerida para realizar la residencia médica para la cual fue seleccionado.

7.2 Para su permanencia en la residencia médica, los médicos residentes deben cumplir con lo que establezcan las instituciones de salud y de educación superior correspondientes.

No obstante la importancia y trascendencia de dicho examen en cuanto al papel que juega el mismo en la formación de los profesionales de la salud él mismo se ha convertido en una controversia debido a los constantes rumores año con año de corrupción dentro del mismo.⁴³

El examen nacional de residencias médicas, se ha convertido actualmente en un parteaguas para los profesionales de las ciencias médicas, ya que la mayoría de los egresados aspira a poder realizar una especialidad, lo que lleva manera obligatoria a la acreditación de dicho filtro.

Actualmente el ENARM representa la barrera a superar entre una retribución parcialmente digna o bien una segregación de los médicos generales a empleos mal pagados o incluso no ejercer profesionalmente la medicina, los índices de éxito de los egresados que superan el ENARM, se ha convertido en un verdadero estandarte de las universidades que ofrecen la Licenciatura de médico cirujano partero.

En los años noventa, se comenzó con una serie de acciones que llevarían a la colegiación de la calidad de las licenciaturas, la evaluación y la acreditación de los sistemas educativos, tal y como se ha mencionado con anterioridad, la

⁴³ Secretaría de Salud Pública. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, *Portal Electrónico de la (CIFRHS)*, <http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/antecedentes.pdf>.

acreditación ha ayudado de manera marcada a la mejoría de los programas educativos y por ende a la calidad de profesionistas.⁴⁴

Siendo la carrera de Medicina una de las pioneras el ámbito de la acreditación de sus profesionales, está dentro de nuestro país se encontraba rezagada en cuanto a un método idóneo de selección de estudiantes aspirantes a médicos residentes, que cumplieran los requerimientos internacionales esta era una demanda que tenía mucho tiempo que era necesaria; lo anterior debido a la calidad o cantidad de investigaciones científicas emitidas por nuestro país eran pocas o casi nulas.⁴⁵

La necesidad de representar innovaciones y filtros de calidad en la enseñanza en México era imperante y considerando que apenas para inicios del siglo pasado en México únicamente contaba con nueve escuelas de medicina.

La Universidad Autónoma de México, la Universidad Autónoma de Guadalajara. La universidad autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, la Universidad Autónoma de Yucatán, La Universidad Autónoma de Nuevo León, La Universidad Autónoma de San Luis Potosí, La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, EL Instituto Politécnico Nacional.⁴⁶

La expansión de las universidades que ofrecían la licenciatura en medicina fue lenta, actualmente existiendo más de 80 universidades que ofrecen dicho plan de estudios es decir la capacidad del sistema educativo mexicano ha expandido poco a poco la oferta a la demanda de Universidades públicas con sistemas

⁴⁴ *Idem.*

⁴⁵ García, Jesús. “La Educación médica en la América Latina” *Organización Panamericana de la Salud*. 1972 (Publicación científica) Citado por De la Garza Aguilar, Javier. “Reflexiones sobre la calidad de la carrera de medicina en México” *Gaceta Médica de México*, México, Vol. 141, No. 2, Abril-julio 2005. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000200008&lng=es&nrm=iso

⁴⁶ De la Garza Aguilar, Javier. “Reflexiones sobre la calidad de la carrera de medicina en México” *Gaceta Médica de México*, Vol. 141, No. 2. México, Abril-julio, 2005. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000200008&lng=es&nrm=iso

educativos que puedan acreditar la licenciatura de “Médico Cirujano Partero”, acaparando la iniciativa privada gran parte de ellas.

La situación fue advertida por las instituciones educativas y de salud, por lo que en los años ochenta nace la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), misma que hasta la actualidad se encarga de la concentración entre las instituciones de salud, para que conjuntamente diseñen y programen políticas de mejoras institucionales en aquellas universidades donde se ofrezca las carreras de ciencias de la salud.⁴⁷

Uno de los propósitos principales de CIFRHS fue “impulsar la calidad de la educación superior en el área de las ciencias de la salud”.⁴⁸ Lo anterior, mediante mecanismos de evaluación interinstitucional, mismos que serían realizados por conducto de un comité académico llamado Comité Interinstitucional para la Evaluación.

En los años ochenta y noventa este comité dio lugar al nacimiento de diferentes figuras académicas en busca de la mejora en las instituciones que ofrecieran el programa de ciencias médicas y de salud, por lo que se conformó la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), la cual tenía como objetivo principal la acreditación continua de los programas académicos de las mismas; en el año dos mil dos cambiaría su nombre a Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM).

Actualmente el ENARM se encuentra en manos del Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua (CEPEC), el cual fue creado mediante un acuerdo presidencial en el año de 1983, germinando desde su inicio con la consigna de fortalecer la coordinación entre las instituciones educativas y de salud, en busca de formar especialistas y profesionales de la medicina más profesionales y educados en el ciencias médicas.

La preocupación de los recién egresados de la licenciatura en medicina por acreditar dicho examen se ha visto en incremento, lo anterior lo pueden reflejar

⁴⁷ *Idem.*

⁴⁸ *Idem.*

las cifras ascendentes de médicos que aplican el examen; al menos las cifras de nuestra Máxima Casa de Estudios la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo así lo reflejan, según las estadísticas disponibles en el portal electrónico de la Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud (CIFRHS) y que se aprecia en la siguiente tabla

Tabla I Nivel de aprobación del examen (ENARM) en los sustentantes provenientes de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Instituciones Educativas	Médicos Inscritos	Médicos Sustentantes	Médicos seleccionados	Selecciones en español	Nivel de éxito	Año de sustento
UMSNH	1289	1238	146	37.25	11.79	2001
UMSNH	1366	1319	217	37.18	16.45	2002
UMSNH	1541	1501	201	35.85	13.39	2003
UMSNH	1659	1616	172	33.83	10.64	2004
UMSNH	1748	1710	300	35.78	17.54	2005
UMSNH	1756	1706	315	38.25	18.46	2006
UMSNH	1914	----	344	27.68	17.97	2007
UMSNH	1740	----	276	35.49	15.86	2008
UMSNH	2198	2098	323	48.91	15.39	2009
UMSNH	1563	1524	258	49.228	16.92	2010

UMSNH	1751	1677	276	49.68	16.45	2011
UMSNH	2022	1888	348	56.78	18.43	2012
UMSNH	1936	1849	360	56.901	19.46	2013
UMSNH	1872	1757	367	58.738	20.95	2014
UMSNH	2408	2245	343	57.044	15.27	2015
UMSNH	2300	2048	346	57.95	16.89	2016

Extraído de Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos
Fuente: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/reportes_00.html

Tabla 2. Resultados obtenidos por las Facultades de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) tanto en su campus Central como el campus Zaragoza desde el año 2001 a la última edición del ENARM 2016

Instituciones Educativas	Médicos Inscritos	Médicos Sustentantes	Médicos seleccionados	Selecciones en español	Nivel de éxito	Año de sustentación
UNAM	2616	2454	642	-----	26.16%	2001
UNAM	1564	1920	261	-----	26.16%	2002

UNAM	2032	1976	620	-----	31.37%	2003
UNAM	2109	2057	493	-----	23.96%	2004
UNAM	2228	2171	561	-----	25.84%	2005
UNAM	2365	2317	625	-----	26.97%	2006
UNAM	2322	-----	965	-----	41.10%	2007
UNAM	1817	----	793	-----	43.64%	2008
UNAM	1747	-----	724	-----	41.43%	2009
UNAM	1633	1605	688	-----	42.86%	2010
UNAM	1789	1744	637	-----	36.52%	2011
UNAM	1938	1839	682	-----	37.00%	2012
UNAM	1869	1760	710	-----	39.98%	2013

UNAM	2021	1949	680	-----	33.64%	2014
UNAM	2541	2399	712	-----	29.67%	2015
UNAM	2616	2434	642	-----	24.54%	2016

Extraído de Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos Fuente:
http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/reportes_00.html

Los datos anteriores en donde se muestra los resultados de la Facultad de Medicina “Dr. Ignacio Chávez” perteneciente a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo participan más de dos mil aspirantes así como los de nuestra máxima casa de estudios a nivel nacional como lo es la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en donde si bien se advierte que el nivel de aceptación es sobrado en comparación con la (UMSNH) estos en ninguna edición han superado a más del 50% de sus aspirantes.

Por lo que en la necesidad imperante de los médicos recién egresados de acreditar dicho examen es obvia, desafortunadamente los únicos datos estadísticos a los que se pueden acceder a sobre el ENARM son del año 2001 al 2016, lo anterior debido a que; la edición 2017 aún se encuentra en proceso.⁴⁹ Los datos estadísticos de la gráfica demuestran, que si bien el número de sustentantes creció de manera considerable pasando de 1289 en el año 2001 a 2300 al año de 2016, es decir un crecimiento en un casi en un 56.04%, pero los resultados de éxito entre los sustentantes, siguen siendo muy bajos, encontrando un resultado promedio de 16.36% de éxito del número de sustentantes.

⁴⁹Gobierno de la República Mexicana “Reportes académicos; Médicos inscritos, sustentantes, seleccionados y resultados por escuela o facultad de medicina”. CIFRHS, México, 2001-2016 http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/reportes_00.html.

Los factores que influyen para la posibilidad de sustentar el ENARM son variados, el desembolso económico para poder sustentar el examen que se tiene que pagar por diferentes conceptos gastos que pueden resultar un tanto altos, ya que según la dinámica este; consta de un examen que tiene una duración de 2 días, es decir que después de pagar el derecho a dicha prueba la cual asciende a la cantidad de \$3,000.00 pesos M/N, los sustentantes deben de buscar la manera económica de la estancia durante dos días en donde es aplicado dicho examen ya que es indispensable llegar un día antes ya que la prueba académica comienza durante la mañana, lo anterior sin contar con los gastos de traslado y alimentación. Las sedes para poder realizar el examen se encuentran establecidas de la siguiente manera:

Tabla 3. Sedes del examen ENARM capacidad y número de sustentantes máximos

Entidad Federativa	Cupo por día	Cupo total de programados en 5 días
Chihuahua, Chihuahua	550	2750
Ciudad de México 1	700	3500
Ciudad de México 2	700	3500
Ciudad de México 3	500	2500
Cuernavaca, Morelos	550	2750
Guadalajara, Jalisco 1	700	3500

Guadalajara, Jalisco 2	500	2500
Guadalajara, Jalisco 3	600	3000
León, Guanajuato	550	2750
Monterrey, Nuevo León 1	700	3500
Monterrey, Nuevo León 2	450	2250
Puebla, Puebla	650	3250
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas	450	2250

Extraído de Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos Fuente: por año. http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/enarm-convo_2017.pdf.

Es decir los médicos aspirantes a la residencia médica, tienen que buscar la sede más cercana a su ciudad de donde este resida, por lo que los costos mencionados con anterioridad, resultan ser demasiado para aquellos que no cuentan con apoyo familiar o ya son cabeza de familia.

El ingreso a entrar a una especialidad plantea un problema con muchos prismas diferentes, ya que la dificultad económica para participar dentro del proceso selección de las especialidades no es el único problema a superar; ya que los promedios mínimos para poder ingresar a cualquier tipo de especialidad cambian constantemente, esto debido a que cada año después hacer un análisis de los resultados máximos obtenidos para cada especialidad, se hace una *media* sobres los porcentajes que serán exigidos en la próxima edición.

Es decir si algún médico obtiene un resultado muy positivo en la anterior edición del examen nacional, este será promediado con el límite inferior haciendo una media del resultado límite inferior que será el nuevo horizonte en la siguiente edición he aquí una tabla que lo demuestra

Tabla 4 Promedio mínimo requerido para ingresar dentro de cada especialidad.

ESPECIALIDAD	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anatomía Patológica	58.45	59.1	63.1	63.7	64.6	66.2	68.0
Anestesiología	60.47	60.52	63.778	64.223	66.666	66.88	66.88
Audiología	62.57	60.85	62.88	65.33	65.33	67.33	67.33
Calidad de la A.C	53.825	54.00	60.889	63.100	64.00	64.44	68.66
Epidemiología	55.52	52.30	58.44	60.66	62.66	64.66	64.88
Genética Médica	65.662	61.60	67.778	68.66	70.44	71.77	69.55
Geriatría	64.77	63.47	67.11	68.66	70.44	71.77	69.55
Cirugía General	66.37	65.70	70.00	70.22	72.66	72.66	73.11

Ginecología	63.65	64.7	67.3	67.5	69.1	69.3	69.8
Medicina Interna	66.22	62.7	70.6	70.6	72.2	72.0	72.4
Oftalmología	66.75	67.9	72.4	72.2	74.2	75.3	75.1

Extraído de Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos (2011-2016).⁵⁰http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/enarm-convo_2017.pdf

La complejidad de la evaluación del ENARM, no se basa únicamente en conocimientos médico-científicos, sino también se basa en conocimientos aplicados y legales sobre la carrera.

Aunado a esto el examen ha sido objeto de múltiples acusaciones; como ser robado y distribuido siendo la más común de ellas, lo que genera que la distribución de los promedios mínimos para cada año tengan un incremento anual alarmantes, tal es ejemplo de la modificación de los promedios mínimos entre los años 2011 y 2012 (Tabla III), en donde se puede apreciar a simple vista que la puntuación mínima para la acreditación de algunas especialidades, se incrementó de manera considerable.

Podemos considerar los ejemplos de cirugía general que de 65.70 en el año 2011 ascendió el promedio mínimo exigido a 70.00, así mismo la especialidad de epidemiología paso de 52.30 a 58.44 por citar algunos ejemplos. Casualmente acompañado de este aumento de porcentajes mínimos exigidos, en el año 2011 el

⁵⁰Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector salud, Comité de Posgrado y Educación continua. "Puntajes Máximos y Mínimos" Plazas de Médicos residentes Civiles (R-1) http://cifrhs.salud.gob.mx/2011_enarm/e35_resultados_puntajes_mex.html.

ENARM viviría una de sus ediciones más oscuras, pues una red de corrupción se haría visible y sería demandada tanto por sustentantes como por autoridades.

1.5 Corrupción en el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas

Pese a todos los requisitos materiales y humanos necesarios para poder ser sustentantes del multicitado examen, los aspirantes deben enfrentarse a factores externos que resultan en un decremento de sus posibilidades de éxito, es decir acceder a una residencia de especialidad obedece a la acreditación de un promedio mínimo necesario, el cual tiende a incrementar año con año debido a los altos promedios obtenidos por aquellos estudiantes que pudieron tener acceso ya sea a las preguntas o al examen directamente, tal y como se ha denunciado públicamente en diferentes ocasiones.

Durante la edición treinta y cinco del ENARM, y durante la administración de la subsecretaría de Salud, la Dra. Maki Esther Ortiz, la aplicación del ENARM, fue suspendida; esto después de las diversas denuncias de la supuesta manipulación y venta de dicho examen. Diversas denuncias fueron hechas ante la Procuraduría General de la República (PGR).⁵¹

El año 2011 fue un muy controvertido dentro para la historia del ENARM, fue el año en donde se ofertaron menos plazas para los médicos residentes en relación con el crecimiento porcentual que se había experimentado cada año, se ofrecieron únicamente seis mil quinientos lugares, para los más de cuarenta mil sustentantes.⁵²

⁵¹ Fernández Leal, Gustavo. "El fraude como norma en el ENARM". *Periódico La Jornada*, México, sábado 15 de octubre, Opinión. <http://www.jornada.unam.mx/2011/10/15/opinion/016a1pol>.

⁵² Ídem.

De este modo varios médicos declararon mediante el anonimato la manera en la que se comercializaba el examen, situación que no era nueva y que tenía años siendo practicada. Existen registros de que el año dos mil seis, varios médicos egresados principalmente de universidades privadas “relataron que el ENARM, edición treinta, se había, filtrado por todos ellos, en su caso ellos lo compraron siendo un pequeño grupo la prueba ciento cincuenta mil pesos”.⁵³ Consecuentemente en el año 2007, la Secretaría de Salud descubrió la venta del examen, la cual según la redacción de la jornada, esta era vendida por alrededor de ochenta mil pesos, la corrupción implicaría funcionarios de varias dependencias.⁵⁴

La Secretaría de Salud, presentó varias denuncias ante la PGR, asimismo fue la primera ocasión en donde la convocatoria se retrasó dos meses, con el fin de garantizar la veracidad e imparcialidad del examen, en garantía de los más de veinticinco mil aspirantes. No obstante una hora antes del comienzo de la aplicación del examen, La Comisión Interinstitucional para la Formación de recursos humanos para la salud (CIFRHS) Comisión Institucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, denunciaría la venta del examen hasta en cinco mil pesos.⁵⁵

Al siguiente año, la corrupción de la aplicación del examen llegaría a su punto más álgido, el Movimiento Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, señaló que la CIFRHS violaba los derechos de todos los aspirantes al no hacer de conocimiento público las irregularidades con las que se ha sustentado el examen. La situación se recrudecería cuando La Academia Nacional de Medicina, publicaría una encuesta informal, aplicada a los médicos residentes recién ingresados, en donde al menos el 49% de los encuestados “admitía haber conocido o conocer a alguien que conocía previamente el examen”.⁵⁶

⁵³ *Idem*

⁵⁴ *Ídem.*

⁵⁵ *Ídem.*

⁵⁶ *Ídem.*

En el año 2008 la situación no mejoró, la CIFRHS intentó implementar por primera vez la aplicación electrónica del examen con el fin de poder dar una mayor certeza al ENARM, sin embargo pronto sus intenciones fueron desestimadas, ya que se promovieron por lo menos ochenta y tres amparos en contra de la decisión de la CIFRHS, por lo que el Poder Judicial Federal ordenó seguir con el formato escrito al menos para la convocatoria del 2008.⁵⁷

La intención de la CIFRHS germinaría, y para el año de 2009, el examen comenzó a aplicarse de manera electrónica, no obstante se daría a conocer a los medios de comunicación del caso de un ingeniero en sistema que ofertaba el ENARM por la cantidad de sesenta mil pesos.⁵⁸

A fin de evitar la incidencia y detener la proliferación de cursos a lo largo de la República que aseguraban haber descubierto el algoritmo de respuestas del examen, en el año de 2010 se prohibió que aspirantes que tuvieran más de cuatro inscripciones pudieran acceder nuevamente a realizar la prueba; así mismo únicamente se aceptaron aspirantes provenientes de escuelas que se encontraran acreditadas por el Consejo de Planeación de la Educación (COPAES). No obstante los esfuerzos, se logró identificar una red de falsificadores que lograban pasar los filtros y llegaban a ofrecer la prueba hasta en setenta y cinco mil pesos.⁵⁹

La innovación de la aplicación del examen abrió las puertas a una posibilidad más de fraude, ya que cuando se modificó a la manera electrónica, ahora no tendrías que pertenecer a ningún órgano o institución cercana al ENARM para poder acceder a este, ya que se encontró en el año de 2012 un grupo de hackers que ofrecían la modificación del examen en tiempo real, es decir

⁵⁷ Ídem.

⁵⁸ Maldonado Díaz, Israel "ENARM, ¿una prueba que carece de credibilidad? *Saludiaro el medio para médicos*. México. Número 1, Enero-Junio. 2017. <http://saludiaro.com/enarm-un-historial-de-fraude/>.

⁵⁹ Fernández Leal, Gustavo. Óp. Cit.

al momento de la aplicación garantizaban el éxito en el examen, lo anterior por la cantidad de ciento veinte mil pesos.⁶⁰

En el año de 2013 la venta del examen se ofrecía desde ochenta mil pesos hasta los ciento cincuenta mil. Las autoridades sanitarias en coordinación con el PGR, descubrieron que el examen era ofertado por una persona que citaba en un hotel de la Ciudad de México en donde una vez después de hacer el pago, facilitaba a los compradores una copia del examen que les permitía estudiar a lo largo de la noche, no obstante al salir del hotel el comprador no se le permitía salir con material alguno.⁶¹

La autoridad CIFHS no ha sido ajena con sus intenciones de querer erradicar y prevenir la corrupción constante año con año de la aplicación del ENARM, por lo que la autoridad por su parte procura ofrecer diferentes cursos para la preparación para el examen, actualmente existen ochenta y ocho cursos avalados por la autoridad⁶², lo anterior con la intención de eliminar el deseo o la necesidad de adquirir el examen por vía fraudulenta. Y contrarrestar el ejército naciente de escuelas privadas que ofrecen dichos cursos y los cuales se encuentran parcialmente ligados a la práctica de compra del examen. No obstante del esfuerzo de la autoridad, esta práctica aún se encuentra lejos de ser eliminada, ya que al no existir una regulación de las instituciones de iniciativa privada así mismo la comisión no se encarga de revisar la cantidad y la calidad de médicos que se ofrecen como profesores de los aspirantes a médicos residentes.

Ya que “hasta el momento no existe un censo nacional de profesores certificados en la enseñanza de posgrado”.⁶³

⁶⁰ Maldonado Díaz, Israel. Óp. Cit

⁶¹ Viayra Ramírez, Mariana “Suspende SSA Examen Nacional para Residencias Médicas; aspirantes pagaban \$80 mil por la prueba; doctores cuentan cómo se las ofrecían” *Periódico Crónica*. México, Lunes 11 de abril del 2016

⁶² *Idem.*

⁶³ Casas Patiño, Donovan y Rodríguez Torres Alejandra. *Et al.* Op. Cit.

Actualmente la edición del año 2017 se encuentra a punto de ser llevada a cabo, la cual será llevada a cabo los días 3, 4, 5, 6 y 7 de septiembre en las sedes descritas en la tabla gráfica III.

El médico recién egresado o aspirante a una mayor preparación académica y personal, y con ello una mayor fuente de ingresos, se debe de enfrentar a todas estas situaciones fácticas para lograrlo. Los resultados de los exámenes cada año en constante cambio y por su puesto la disponibilidad de las instituciones médicas para recibirlo después de acreditado el examen.

CAPITULO 2

La violación a los derechos humanos de los médicos residentes

Sumario. 2.1 Situación de los médicos residentes, 2.2 Elementos de la elección de una entrevista cualitativa

Actualmente el desempeño de las residencias médicas en México, se ha puesto entre dicho, ya que año con año se hacen públicas las denuncias a las autoridades sanitarias por el trato que estos reciben durante el transcurso de su preparación profesional. Y aunque esta problemática puede resultar poco conocida en general, existen algunos estudios sobre el tema, no obstante gran parte de ellos son únicamente abordados desde una perspectiva médica, por lo que en el campo jurídico esta problemática de cierta manera aún es desconocida.

Una de las primeras problemáticas que surgen al analizar desde la perspectiva jurídica el tema, es sin duda la antinomia de la calidad jurídica que el médico residente ostenta dentro de su centro laboral-académico, misma que se deriva de la contradicción que existe entre la Ley Federal del Trabajo (Artículo 353-B hasta 353-I) y la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud, toda vez que en la primera de estas, ubica a los médicos residentes como *trabajadores*, mientras que la norma los considera estudiantes en calidad de becarios.

Por lo que el médico residente desempeña dos papeles en sus funciones, el de becario y trabajador, por lo que en muchas ocasiones culminadas sus labores obligatorias, estos deben también cubrir su tarea académica investigativa, lo que desemboca en el hecho de que estos en su calidad bicéfala tienen a cubrir turnos cotidianos de 12 horas, y guardias médicas de hasta 36 horas.

De esta manera, “los médicos residentes desempeñan un rol de trabajador-estudiante”⁶⁴, aunado a ello al menos en su primer año de residencia, estos son obligados a desempeñar actividades que no forma parte de su competencia y responsabilidad⁶⁵.

2.1 Situación de los médicos residentes

Nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su

8.4 En días hábiles, las guardias inician a la hora que termina el turno matutino y concluyen a la hora establecida para iniciar el turno matutino siguiente, de acuerdo a la normatividad de la institución de salud.

8.5 Los sábados, domingos y días festivos, la duración de las guardias es de 24 horas; iniciando y concluyendo actividades según se especifique en la normatividad de la institución de salud. Los médicos residentes que termine su guardia en día hábil, deben continuar las actividades descritas para el turno matutino en el programa operativo

su numeral 66 mismo donde dispone que esta prolongación no deberá exceder nunca de tres horas diarias ni de tres veces por semana disposición constitucional que se contrapone directamente con lo establecido por la norma la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, la cual en su numeral 8.4 y 8.5 establece la periodicidad de las *guardias médicas*, la cual establece lo siguiente:

⁶⁴ Acosta Fernández, Marín. *Et al.*, “Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica” Investigación en Educación Médica. ScienceDirect, México, Volume 6, Julio-Septiembre 2017.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S200750571630076X>

⁶⁵ Ídem

Esta antinomia a la que se hace alusión, genera por consecuencia una incertidumbre jurídica en los médicos residentes, ya que si bien es cierto que el modelo educativo en profesionalización de médicos necesita de las guardias médicas para un completo desarrollo cognitivo y práctico de las obligaciones médicas, la jornada que se establece para las mismas resulta excesiva e ilegal según el texto de la normativa Constitucional.

Esta situación genera que los médicos residentes puedan llegar a acumular en su jornada semanal más de 80 horas, o bien de acuerdo con lo establecido en el artículo 8.4 de la Norma de médicos residentes el texto al dejar abierta la potestad a las instituciones de salud de expedir su propia normativa interna, permite que en muchas de las ocasiones las guardias puedan extenderse aún más, en virtud de la “necesidad” de cada hospital donde prestan sus servicios residentes.

Otras de las características que suman a la crítica situación de los residentes médicos, es el hecho de que la organización estructural del funcionamiento de las residencias médicas, toda vez que la subordinación de estos se encuentra en estrecha vinculación con el uso excesivo del poder en imposición de su jerarquía, en las que se llegan a promover conductas incívicas y “permissivas para el trato irrespetuoso y el maltrato”⁶⁶ las cuales se llegan a asumir como normales.

Estas situaciones las cuales han sido documentadas por varios medios de comunicación nacional, en los cuales en ocasiones ha llevado al suicidio, tal es el caso de la médico pediatra residente en el Hospital para el niño Poblano de la ciudad de Puebla, México, la cual según lo documentado por la prensa poblana de voz de uno de sus compañeros, esta se encontraba sometida a severas y cíclicas violaciones a sus derechos humanos, particularmente por sus jerárquicos residentes⁶⁷.

⁶⁶ *Idem*

⁶⁷ Velázquez, Edmundo. *Médico, compañero de la pediatra que se suicidó confirma acoso de superiores en el hospital público de Puebla*. “sin embargo periodismo digital con rigor.

Este no es un problema aislado, puesto que diversos estudios médicos se han realizado sobre la problemática en boga, tal es el caso del estudio realizado por la Gaceta Médica de México el cual señala que el síndrome de *Burnout*, “Es un trastorno depresivo mayor que genera discapacidad, afecta a la salud mental y física, así como el desempeño social, familiar y laboral Este síndrome también es conocido como “desgaste profesional”⁶⁸ .

El agotamiento emocional así como la despersonalización de los médicos residentes durante el transcurso de su residencia, así como las horas de trabajo a la semana que acumulan, provoca que el periodo de la residencia médica se un completo reto, afirma el estudio.⁶⁹

En otras palabras, paradójicamente en las instituciones de salud pública en donde se debe cuidar, promover y proteger la salud, una gran parte de su mano de obra especializada carece de estos dos principios fundamentales.

Actualmente los derechos humanos en México son reconocidos por nuestra legislación nacional y los principios de estos se encuentran contenidos en el numeral primero de la Carta Magna.

En el mismo se establecen los cuatro principios generales de los derechos humanos en México, *Universalidad, Interdependencia, indivisibilidad y progresividad*. Así mismo señala el texto “En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley” es decir de ello se deriva en el deber intrínseco de la autoridad de *respetar, proteger, garantizar y promover* los derechos humanos.

40 comentarios. Puebla, 23 de Mayo del 2018. Disponible en <http://www.sinembargo.mx/23-05-2018/3421426>

⁶⁸ Pérez Velásquez, Leora. “Afrontando la residencia médicas: depresión y burnout” Gaceta Médica de México, México, número 149 enero – junio 2013. https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n2/GMM_149_2013_2_183-195.pdf

⁶⁹ *Idem*

Hecho que se contradice con lo que sucede en relación con el trato que refieren los médicos residentes por parte de las autoridades sanitarias para con sus derechos fundamentales.

Es por tal motivo que esta investigación buscará comprobar mediante la investigación de campo, la situación de los derechos humanos de los médicos residentes, lo anterior mediante el método de la entrevista, de manera que se pueda recabar datos de la fuente directa el fenómeno planteado con anterioridad.

2.2 Elementos de la elección de una entrevista cualitativa

La técnica de la entrevista resulta de gran utilidad para recabar datos en una investigación cualitativa; asimismo esta se puede definir como una conversación utilizada como instrumento técnico que adopta la forma de un dialogo coloquial, el autor Canales, la define como: “La comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de tener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto”⁷⁰.

Es importante diferenciar entre una entrevista que tiene como finalidad un enfoque *cuantitativo* y entre una que tenga un enfoque *cualitativo*. Con esto buscar cuál de las dos es de mayor conveniencia dependiendo del tipo de investigación que se pretende desarrollar.

El enfoque cuantitativo, es aquel que se refiere principalmente a una realidad que hay que *conocer* mientras que, el enfoque cualitativo versa sobre una realidad que hay que *descubrir*, el primero de ellos, parte sobre la premisa de una realidad que puede conocerse con la mente, mientras que el segundo de estos, busca dotar de significado una realidad mediante la construcción de la mente⁷¹.

Los datos de una investigación de un enfoque cuantitativo, se pueden acotar mediante medición y cuantificación, mientras que, los datos vistos desde

⁷⁰ *Idem*.

⁷¹ Laura Días Bravo, Uri-Torruco-García. Óp. Cit pp. 1-2

un enfoque cualitativo busca primordialmente, una expansión de información partiendo de los datos provenientes de un lenguaje natural⁷².

La diferencia principal entre la finalidad de una u otra, radica principalmente, en el hecho de que en la investigación cuantitativa, se busca principalmente analizar hechos ó información de una realidad para así poder cuantificarla o predecirla, mientras que por otro lado, en enfoque cualitativo la información tiene como finalidad explicar el contexto o punto de vista del actor o actores involucrados directamente⁷³.

Autores tales como Taylor y Bodgan. Además plantea que al tiempo de elegir un método de investigación, debe de atenderse a la circunstancia de lugar, por lo que sugieren las siguientes consideraciones.⁷⁴

- Cuando se desea estudiar acontecimientos del pasado o no se puede tener acceso a un particular tipo de escenario y por lo tanto lo escenarios o las personas no son accesibles de otro modo
- La investigación depende de un amplia gama de escenarios o personas
- Cuando existen limitaciones de tiempo en comparación con otras técnicas, como la observación participante, las entrevistas permiten un empleo más eficiente del tiempo.
- El investigador quiere esclarecer experiencia humana subjetiva. En este caso los autores se refieren a las historias de vida basadas en entrevistas en profundidad.⁷⁵

⁷² Murillo Torrecilla, Javier. Op. Cit. p. 40

⁷³ *Ibidem*

⁷⁴ Taylor, Bogan, R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. 3a. ed., *La búsqueda de los significados*. Ed. Paidós Básica, España, 2000. P. 101.

⁷⁵ Blasco Hernández Teresa. *et. al.* 2008, "Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación, Nure investigación, Vol. 33, marzo-abril 2008. P. 16.

Es por tanto que basado en lo anterior, se ha elegido proseguir con la entrevista cualitativa, con la finalidad de poder recabar de manera directa el testimonio e información de los hechos necesario para probar la presente investigación.

Capítulo III

Entrevista de los médicos residentes de México

Sumario: 3.1 Metodología de la entrevista, 3.2 Preguntas de la entrevista, 3.2 recopilación de información, 3.3 Conclusiones de la entrevista a los médicos residentes

Metodología: La entrevista a la que fueron sometidos los médicos residentes, se trata de una entrevista semiestructurada abierta, la cual se aplicó a un grupo de 7 residentes en la cual todos los participantes se encontraban cursando una especialidad dentro de una institución pública de salud, entre las que se encuentran el Instituto mexicano de seguridad social, Instituto de Salud del Estado de México y a la Secretaria de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo.

El grupo entrevistado consta de 4 Médicos residentes Femeninos y 3 Médicos residentes Masculinos.

Una de las principales limitaciones de la presente investigación sin duda, es la dificultad que representa el poder acceder de directa a los médicos residentes por conducto de la autoridad hospitalaria, así como la negativa por parte de los médicos residentes de denunciar la situación que se plantea en la presente investigación, lo que se vio reflejado directamente en la cantidad de médicos residentes a los que se entrevistó.

Entre las especialidades las cuales estaban cursando son las siguientes; 2 residentes de traumatología en grado de residencia 1 y cuatro , 1 residentes de geriatría en segundo grado de residencia, 1 residente de urgenciología en tercer grado, 1 residente en pediatría en primer grado, 1 residente en ginecología de primer grado.

El total de los médicos residentes entrevistados se encontraba residiendo fuera de su lugar de origen, con excepción de un individuo del grupo el cual, si cursaba su especialidad en su ciudad de origen.

La temática del interrogatorio guarda relación directa con la problemática planteada en el objetivo general y objetivos específicos de la investigación, la cual versa sobre la comprobación de las principales causas y motivaciones de las violaciones a los derechos humanos de los médicos residentes.

Las interrogantes a los que fueron sometidos los médicos residentes es un total de trece preguntas, y una solicitud de descripción. Estas interrogantes fueron las siguientes:

1. ¿En qué grado te encuentras de la residencia?
2. ¿Te identificas como trabajador o becario?
3. ¿Cuál es tu horario de Trabajo?
4. ¿Cada cuánto tiempo tienes Guardias?
5. ¿Conoces el reglamento de residencias médicas que rige dentro del hospital?
 - 6.1 ¿Qué tanto conoces del reglamento general?
6. ¿Alguna vez te has sentido violentado en tus derechos humanos?
7. Describe tus guardias médicas
8. ¿A quién puedes expresarle tus inconformidades que sucedan dentro del hospital?
9. ¿Conoces a tus autoridades inmediatas superiores?
10. ¿Cuántos de tus compañeros han desertado de la especialidad?
11. ¿Cómo calificarías el trato que recibes como médico residente?
12. ¿Qué cambiarías de tú residencia médica y porque?

Para poder agrupar las constantes en las respuestas de los médicos residentes, a continuación se elaborará un cuadro en donde se agrupan las mismas,

comenzando desde la tercera interrogante ¿Te identificarías como trabajador o como becario? Hasta culminar con la doceava interrogante ¿Qué cambiarías de tú residencia médica y porque? el cual consiste en lo siguiente:

3.2 Recopilación de los datos obtenidos

<p><i>I. ¿Te identificas como trabajador o como becario?</i></p>
<p>Con un total de 5 respuestas en las cuales el médico residente se identificó como trabajador, el argumento más constante de estos fueron los siguientes</p>
<p>1. Cumplir con todas las funciones de un médico de adscrito.</p>
<p>2. Poseer un horario rígido y establecido como el de cualquier trabajador</p>
<p>3. Tener las mismas responsabilidades y obligaciones como cualquier compañero médicos del hospital</p>
<p>Con un total de 2 respuestas en las cuales el médico residente se identificó como becario, las constantes en las respuestas fueron las siguientes</p>
<p>4. No poseo los mismos derechos que muchos de sus compañeros, por lo que considero aún ser estudiante</p>

<p><i>II. ¿Cuál es tu horario de trabajo?</i></p>
<p>Entre las respuestas obtenidas por los médicos residentes se observa que según la especialidad que se encuentren cursando, varían según los horarios establecidos observando que en el caso de 5 individuos entrevistados, el horario culminación de actividades dependía directamente con la cantidad de trabajo pendiente durante la jornada laboral.</p>

1. Los horarios de los médicos residentes comenzaban en el caso de los 3 individuos residentes de un horario que comprendía la entrada la residencia médica de 5:00 am – sin un horario definido de salida en cual en el periodo de guardia médica su horario laboral se extendía a las 6:00 p.m del día siguiente.

2. En lo que respecta a los 2 individuos que respondieron tener un horario definido, estos señalaron como hora de entrada 6:00 am de la mañana y como hora de salida 3:00 pm de la tarde, en el cual en su periodo de guardia médica su horario laboral se extendía a las 7:00 am del día siguiente

3. En lo que respecta a los 2 individuos restantes estos respondieron tener un horario laboral de 5:00 am – con un horario de salida variable de entre las 4:00 y 5:00 pm, en los cuales en su periodo de guardia se extendía hasta las 5:00 pm del día siguiente

III. ¿Cada cuando tienes guardias?

Existen dos modalidades de guardias médicas dentro de la legislación nacional las cuales se clasifican en “A, B, C” y “A, B, C, D” las cuales consisten en un periodo de Guardia, pos guardia y pre guardia, siendo en el caso de la “A, B, C,D” el intervalo de tiempo de cuatro días entre guardias.

1. 5 residentes fueron los que admitieron tener guardias cada tres días bajo el esquema “A, B, C”

2. 2 residentes señalaron tener guardias bajo el esquema “A, B, C, D”

IV. ¿Conoces el reglamento de residencias médicas que rige el hospital

Del grupo de 7 médicos residentes, la totalidad de ellos admitió conocer el Reglamento de residencias médicas que los rige dentro del hospital, pues este se les había dado a conocer durante el periodo introductorio a las funciones del hospital. Lo derivó en la formulación de la repregunta ¿Qué tanto conoces del reglamento interno que rige el hospital?

1. Un total de 4 entrevistados admitió conocer las generalidades del reglamento, pues este no tenía mucha aplicación en la práctica
2. Un total de 3 entrevistados admitió desconocer en gran parte el reglamento interno de residencias médicas.

V. ¿Alguna vez te has sentido violentado en tus derechos humanos?

Del grupo de 7 médicos residentes entrevistados, la totalidad de los mismos respondió haberse sentido en más de alguna ocasión violentado en su derechos humanos, por lo que las respuestas más recurrentes de la motivación de dichas violaciones fueron las siguientes

1. Cuando no se permite comer a las horas establecidas, llegando inclusive a soportar lapsos de hasta 10 horas sin ingesta de alimentos, particularmente dentro de los periodos de guardia.
2. Cuando no se permite dormir en ningún momento durante el transcurso de las guardias médicas, en los cuales la acumulación de horas puede llegar a periodos de hasta 36 horas de labores.
3. Cuando se le impone sanciones administrativas que no contienen ninguna normativa para su aplicación, es decir al libre albedrío de los superiores jerárquicos se imponen estas.

4. La prohibición de dar aviso a las autoridades de las posibles violaciones a los derechos humanos, por parte de los médicos residentes de mayor jerarquía, pues estos consideran que únicamente ellos deben de conocer las faltas y por conducto de estos expresarle

5. La extensión de las guardias médicas por hasta el doble del tiempo permitido por la legislación vigente, lo cual se emplea como método de coerción entre los médicos residentes, periodo en el cual el médico residente no puede salir del hospital en un periodo que puede extenderse hasta 48 horas.

VI. Describe tus guardias médicas

De los 7 entrevistados, se le solicito que describiera a grandes rasgos un periodo de guardia médica, por lo que se plasma las generalidades de cada una de las respuestas

1. Un día de guardia comienza inmediatamente después de culminar con el horario ordinario de labores, por lo que si las labores ordinarias culminan a las 17 horas, el periodo de guardia medica de 24 horas comienza inmediatamente, culminando a las 17 horas del día siguiente.

2. Durante el periodo de guardia el médico residente es responsable de los convalecientes que se encuentren ingresados en la unidad médica, así como de los nuevos ingresos que se generen durante el día

3. La historia clínica así como los análisis de laboratorio de los pacientes, es responsabilidad directa de los médicos residentes, así como los preparativos médicos que deben de seguirse según la norma, para el ingreso de los pacientes que requieran una intervención quirúrgica.

4. Los periodos de descanso en las guardias se encuentran permitidos siempre y cuando este no interfiera con las obligaciones de los médicos residentes,

Situación que genera que en ocasiones estos periodos de descanso sean inexistentes durante el transcurso de la jornada.

5. Existen horarios establecidos por el comedor del hospital para poder consumir alimentos, estos horarios suelen ser inflexibles, por lo que si estos llegan a coincidir con alguna actividad que demande la guardia médica, la ingesta de alimentos es virtualmente imposible.

6. Al finalizar el horario de las guardias médicas, el médico residente tiene la obligación de entregar un reporte clínico de todo lo actuado durante el periodo de la guardia, a esto se le denomina “entrega de guardia” lo cual resulta ser una tarea titánica después de 30 horas de servicio.

VII. ¿A quién puedes expresarle tus inconformidades que sucedan dentro del hospital?

De los 7 entrevistados, la generalidad de estos coincidieron que las inconformidades que puedan suscitarse deben de ser comunicadas directamente con el Jefe de Residentes, el cual es un médico residente elegido por sus compañeros residentes a fin de poder fungir como portavoz de las inconformidades de los médicos residentes frente a la autoridad de la unidad médica receptora.

1. No obstante al interrogarlos sobre si es posible hablar con el director del hospital, un grupo de 4 médicos entrevistados señaló que no era “una práctica recomendable” puesto que el quejarse frente a la autoridad en ocasiones le acarrea más problemas de lo que solucionaba puesto que cualquier queja frente a la autoridad era vista como una insubordinación a la Jerarquía interna de las residencias médicas y esto podría desembocar en castigos con guardias médicas continuas

2. En lo que respecta a 3 médicos residentes, estos señalaron que era técnicamente imposible comunicarle alguna inconformidad a los directivos de

la unidad médica receptora, puesto que estos se encontraban “muy ocupados o en constantes juntas y había que estarlos cazando” señaló uno de los entrevistados, por lo que las obligaciones de la residencia médica implican que sea virtualmente imposible el contacto con las autoridades.

VIII. ¿Cuántos de tus compañeros han desertado de la especialidad?

De los 7 entrevistados, únicamente 2 de los individuos respondieron que tenían conocimiento de 1 compañero cada uno de ellos había optado por desistirse de seguir en funciones como médico residente.

1. de los entrevistados respondió que si bien una compañera de residencia no había desertado, esta había solicitado su baja temporal por la inestabilidad emocional que le generaba la carga laboral a los que eran sometidos

2. Al interrogar a los dos médicos residentes sobre si tenían conocimiento del motivo de la deserción de sus compañeros médicos, uno de ellos señaló que el acoso que le generaban sus compañeros residentes de mayor grado así como la programación repetitiva de “guardias de castigo” habían desembocado en la deserción del médico residente. El segundo explicó que la exhaustiva cantidad de guardias médicas habían generado una depresión muy fuerte en el médico residente el cual, según las palabras del entrevistado este opto por abandonar su preparación académica.

IX. ¿Qué cambiarías de tu residencia médica?

De los 7 entrevistados, estas fueron las respuestas más recurrentes:

<p>1. No permitiría que los compañeros residentes de mayor grado tuvieran las potestades que tienen sobre los de menor, ya que incluso llegan a pedir cosas fuera de la lógica o bien de la utilidad laboral.</p>
<p>2. No presentarse al hospital después de una guardia, ya que esto representaba un carga excesiva en su trabajo y la fatiga era tal que la labor principal de la residencia médica la cual es aprender los métodos y técnicas se veía comprometida toda vez que la mente al no descansar más de 24 horas, les es imposible retener información o prestar atención</p>
<p>3. Poseer derechos y obligaciones delimitadas, puesto que en muchas ocasiones la subjetividad de las atribuciones de las autoridades generaba incertidumbre jurídica, puesto que hacerse acreedor a una pena o castigo por confusión de atribuciones resultaba muy cotidiano</p>
<p>4. Mejorar el servicio de los médicos residentes, así como la alimentación y respeto a los horarios de ingesta de alimentos, ya que la generalidad señaló que estas dos cuestiones mermaban directamente con su desempeño dentro del desarrollo de sus residencias medicas</p>

3.3 Reflexión sobre los datos obtenidos

Una de las primeras conclusiones que se pueden extraer del testimonio de los médicos residentes es el hecho de que algunos de sus derechos humanos se ven comprometidos de forma constante y cíclica

La falta de normativa y de seguimiento que existe, permite que de facto se realicen diferentes tipos de conductas que atentan en contra de los principios de los derechos humanos, estas violaciones, no son exclusivas por parte de las

autoridades, sino también por parte de las representaciones y compañeros del mismo residentes.

Sin duda alguna es preciso señalar, que cada institución pública de salud receptores de médicos residentes, al poseer su propia normatividad interna, permite que el fenómeno a las violaciones de los derechos humanos, no admitan generalizarse del todo en cada una de éstas, ya que mientras que en algunas, los castigos de los médicos residentes, puedan únicamente tratarse de amonestaciones académicas, en otros hospitales, las penas pueden ser mucho más severas como lo es la prolongación de las guardias médicas, de hasta por un proceso del tiempo permitido, por las legislaciones vigentes.

La delegación de autoridad es uno de los factores de mayor influencia en la problemática en boga planteada por la presente, puesto que según lo dicho por los médicos residentes la desproporción de autoridad que pueden poseer de entre grados de las residencias (R1 y R3), motiva que muchas ocasiones los residentes de mayor jerarquía sea quienes decidan e impongan las reglas de la penalización de los residentes de menor jerarquía. Un claro ejemplo de lo anterior es sin duda la potestad de los residentes mayores de obligar a sus subordinados a permanecer un tiempo mayor al permitido por la legislación vigente para las guardias médica.

La jerarquía y delegación de poder dentro de las residencias médicas:

Tal y como se advierte en el desarrollo de las presente y derivado de los testimonios de los médicos residentes entrevistados, una de las principales causas de las violaciones a los derechos humanos en el desarrollo de las residencias médicas es sin duda el hecho de las potestades facultativas de facto que se le otorgan a los residentes superiores, puesto que estos al no poseer la calidad de autoridad administrativa si no únicamente académica, su actuar no se encuentra tipificado en ninguna de las normativas establecidas, o bien si se encuentra los textos en donde se describen suelen tener un contenido abierto a la interpretación.

Lo que permite que en muchas de las ocasiones en las que se comenten violaciones a los derechos humanos a los médicos residentes, la autoridad que lo ejecuta, no se trata de la que se encuentra facultada para ello, si no que esta faculta de facto a los superiores académicos de estos, para que a su libre albedrío proponga y promueva las sanciones, que en muchas ocasiones son violatorias a los derechos humanos.

El grave problema de acoso laboral que se da en algunas instituciones receptoras de médicos residentes por parte de los médicos residentes de mayor jerarquía a los médicos residentes de menor, puede tener consecuencias fatales, tal y como se plasmó dentro de la investigación, por lo que la delegación de autoridad debe de tomarse con seriedad y puntualidad.

La delegación de autoridad, no únicamente impacta sobre la relación profesional de sus médicos residentes, en lo que se observa el abuso de autoridad, sino que la comunicación entre la autoridad y los profesionales de la salud. Por lo que se observó en diversas ocasiones resulta inclusive en la coacción del derecho a la expresión de los inferiores jerárquicos a la autoridad administrativa por parte de los compañeros residentes de mayor nivel. Lo que coadyuva al desconocimiento de las autoridades de la situación de los derechos y las violaciones de estos de su mano de obra profesional.

La delegación de autoridad no solo se trata de una problemática administrativa, sino que está también representa un atentando al estado de derecho dentro de las instituciones de Salud, puesto que esta al realizar dicho acto, deja a un lado la obligación constitucional de toda autoridad de respetar, proteger, garantizar y promover los derechos humanos.

Por lo que se pudo observar en la práctica de la residencia en Cuba, el hecho de que dicha jerarquía y delegación de poder se encuentre ausente, permite que los residentes tengan una estrecha comunicación con sus superiores jerárquicos, inclusive estos últimos promueven la comunicación, con al menos una reunión mensual con sus médicos residentes. Situación que contribuía al funcionamiento de las residencias médicas en un ambiente de compañerismo y confianza en la autoridad.

En lo que respecta a las *guardias médicas*, uno de los principales mandatos de la constitución a la autoridad mexicana, es sin duda el hecho de la promoción y preservación de la salud obligación que se encuentra plasmada en numeral cuarto e nuestra carta magna, lo que sin duda resulta contradictorio en la situación que acontece durante el desarrollo de las jornadas laborales de los médicos residentes, los cuales al encontrarse obligados a desempeñar funciones de manera ininterrumpida por más de 24 horas por lo menos una vez cada tres días. La norma NOM-001-SSA3-2012 permite que los fines de semana, días festivos los horarios de las guardias puedan ser señalados internamente por las instituciones médicas receptoras de médicos residentes, lo que permite que en diversas ocasiones estos horarios puedan ser manipulados a fin de que los periodos de 24 horas establecidos como máximos por la ley, puedan prolongarse, situación que genera serias alteraciones a la salud de los médicos en residencia, tal y como es el caso del síndrome de burnout, el cual ha sido vinculado de manera directa con los médicos residentes, este síndrome desemboca en severos cuadros de depresión y despersonalización de los médicos residentes, e inclusive llegando en ocasiones al extremo del suicidio, por lo que es necesario que mediante legislaciones efectivas y especializadas, estas guardias puedan reglamentarse.

Por lo que respecta al uso de estas como método de penalización a los médicos residentes, esta práctica debe de desaparecer, puesto que es una de las más importantes causas de la violación a los derechos humanos de los médicos residentes, puesto que si bien por un lado se trata de un atentado a los derechos humanos y laborales de los residentes, está práctica es la que se encuentra mayormente relacionada con las principales afectaciones a la Salud de los profesionales de la salud.

Capítulo 4

El sistema de salud en Cuba y sus residencias médicas.

Sumario. *I. Derechos Humanos en Cuba, II. Sistema de Salud en Cuba, III. Ingreso y autoridades de las residencias médicas en Cuba. IV. Obligaciones y Derechos de los médicos residentes en Cuba. V. Entrevista con los médicos residentes*

4.1 Derechos humanos en Cuba

Una de las percepciones más generalizadas con respecto al país de Cuba, es sin duda, el hecho de que dentro del sistema socialista propio del mismo, los derechos humanos tienen poca transcendencia o importancia, no obstante dicho pensar se encuentra alejado de la realidad, toda vez que durante el año de 1976, año en el cual la Constitución cubana vigente fue formulada y reformada años más tarde en el año 1996 y 2002 respectivamente, los derechos humanos, si bien no fueron nombrados como tal, el espíritu de algunos de estos sí fueron plasmado dentro de su constitución.

No es fácil reconocer con exactitud los límites de los derechos humanos en Cuba, ya que como se ha descrito en líneas anteriores estos se encuentran distribuidos a lo largo de todo su texto constitucional; el “lenguaje empleado por el legislador cubano impide hacer una delimitación clara e inequívoca”⁷⁶.

Podríamos decir basados en el estudio de la Constitución cubana que los derechos humanos se constriñen al capítulo VII donde se abordan los *Derechos, Deberes y Garantías fundamentales*, por otro lado también podríamos señalar que el análisis de los derechos humanos se puede extender directamente con el Capítulo VI llamado *Igualdad* y con el capítulo II, IV y V que respectivamente corresponden a la *Ciudadanía, La Familia, la educación y la Cultura*.

⁷⁶ Villabella Armegol, Carlos. Los derechos humanos. Consideraciones teóricas de su legitimación en la Constitución cubana. 1ª ed. Editorial Felix Varela Cuba 2004 p. 293.

Estos capítulos no son los únicos que albergan el espíritu de los derechos humanos, toda vez que a lo largo de la Constitución cubana se encuentran muchos más artículos que corresponden directamente con las obligaciones conferidas por los derechos humanos, por mencionar algunos como el artículo 19 que contempla el derecho sobre la propiedad privada y por último ejemplo el artículo 41 y 42 referentes a la igualdad de los individuos.

La dificultad de poder emplear una doctrina constitucionalista de los derechos humanos en Cuba, versa directamente sobre el hecho de que la construcción semántica de estos impide hacer una correcta clasificación o bien “si se configura un derecho o si simplemente lo que existe es una especial protección del Estado Cubano”.⁷⁷

Por otro lado, una caracterización general del sistema cubano constitucional es complicada ya que durante la construcción de este no estuvo “acorde al instrumental que ha ido sedimentando la doctrina general y comparada, situación que se agrava ante la ausencia de una jurisdicción constitucional que supla éstas deficiencias mediante la interpretación y la creación de una sistemática doctrinal”.⁷⁸

Lo anterior se puede comprender desde la perspectiva del sistema económico del país cubano, el cual se podría decir que tiene un enfoque económico planificado y mayoritariamente estatalizado, lo anterior en correspondencia a “una dinámica social donde prevalece un enfoque colectivista solidario que prioriza al ciudadano”.⁷⁹

Esta organización estructural socialista, permite que los principios en los que se basa el sistema jurídico cubano se encuentren formulados a partir del principio de *solidaridad humana*, puesto que este “valor brinda de un sentido y significado a la sociedad políticamente organizada en su conjunto, y funge como

⁷⁷ *Ibidem* p. 294.

⁷⁸ *Idem*.

⁷⁹ *Ídem*.

una válvula de engarce cierre de todo el suelo axiológico, matizando el desarrollo de los demás valores y acotándolos”⁸⁰.

En el sistema constitucionalista cubano, la retórica de sus principales figuras históricas, posee un valor invaluable, ya que las frases y mandatos de estos en la mayoría de los casos son seguidos al pie de la letra y estos a su vez plasmados en el texto constitucional y en el ideario axiológico del sistema social, por lo que a través de la frase de José Martí⁸¹, “Yo quiero que la Ley primera de nuestra república sea el culto de los cubanos a la dignidad plena del hombre” como podemos observar en este, se proyecta uno de los principales mandatos del sistema jurídico cubano, es decir *la dignidad humana*.

Es así pues que la dignidad es un valor que debe ubicar al ser humano como el principal objetivo de los derechos humanos, ya sea que estos estén consagrados con tal nombre o no dentro de la reglamentación de un país, puesto que el rol de la dignidad en una sociedad organizada posee un papel cimentador de los principios a los cuales obedecerá un sistema jurídico. “Ese sistema valorativo centrado en la personalidad humana (...) y en la dignidad, tiene que valer, en tanto decisión ius-constitucional básica para todos los ámbitos del derecho”⁸².

Consecuentemente en el sistema constitucional cubano, el principio por el cual se ejercen de los derechos posibilita realizar facultades y con ello intereses de manera individual, y la conjugación de estos debe ser armónica, siempre a la salvaguarda del interés nacional, el cual en algunas ocasiones contrapone los derechos colectivos sobre los individuales, pero de ningún modo esta contraposición desconoce los derechos individuales, ni lesiona estos.

⁸⁰ *Ibidem* p. 297.

⁸¹ José Martí (1853-1895) político republicano democrático, pensador, escritor, periodista, filósofo y poeta cubano, creador del Partido Revolucionario cubano y organizador de la guerra de 1885 en Cuba.

⁸² ALEXY Robert. *Teoría de los Derechos Fundamentales*, Ed. CEC, 1993, p. 148 citado por Villabella Armegol Carlos. “Los derechos humanos”. Consideraciones teóricas de su legitimación en la Constitución cubana. 1ª ed. Editorial Felix Varela Cuba 2004 p. 325.

Es por tanto que en el sistema cubano de derechos humanos, la individualidad de cada sujeto corresponde al interés de desarrollo de la nación, la individualidad del ejercicio de los derechos siempre debe de atender al plan nacional, por lo que en el ejercicio de esa individualidad siempre se debe de buscar la armonía de sus actos respecto a sus similares. El espíritu de compañerismo y solidaridad converge del plan de la nación y con ello las violaciones a los derechos humanos entre particulares son hechos aislados y poco recurridos, situación que concurre en todas las esferas sociales y con ello en las residencias médicas.

4.1 *El Sistema de Salud en Cuba y sus niveles de atención médica.*

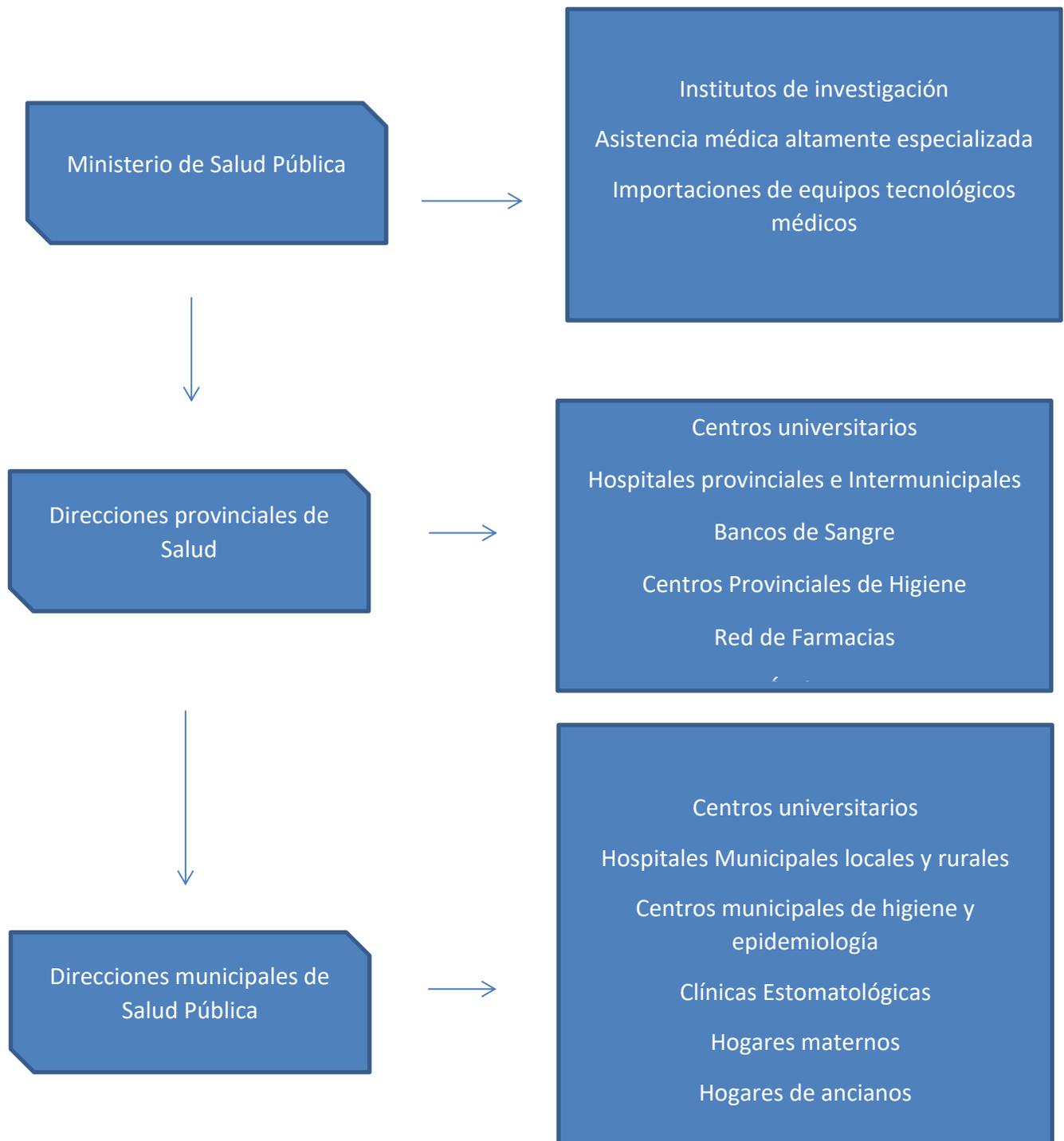
En Cuba, la salud pública es el pilar fundamental de la calidad de vida de sus pobladores así como una de las principales preocupaciones del Estado cubano, esta se encuentra cimentada en los principios de *gratuidad y accesibilidad de servicios*, estos principios son los lineamientos por los cuales el Sistema Nacional de Salud en Cuba se estructura en tres niveles administrativos en correspondencia con la división política del país.

Lo que corresponde al primer nivel administrativo, es decir la máxima autoridad se encuentra representada por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el cual a su vez está subordinado a los Consejos de Estado y de Ministro, y a la Asamblea Nacional del Poder Popular. EL MINSAP es el órgano rector de todo el sistema y a él se encuentran subordinados todas las demás autoridades sanitarias del país y por lo tanto, el encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de las políticas del Estado y del Gobierno en materia de salud pública, al desarrollo de las ciencias médicas e industria médico farmacéutica⁸³.

La segunda autoridad en nivel jerárquico son las Direcciones provinciales de Salud, las cuales se encuentran subordinadas administrativamente y financieramente a las Asambleas Provinciales del Poder Popular.

⁸³ Domínguez-Alonso E, Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S168-S176.

La tercera y última autoridad son las Direcciones municipales de Salud Pública las cuales se subordinan a las Asambleas Municipales del Poder Popular. A continuación se explicará con un mapa conceptual la jerarquización de las autoridades sanitarias del país y sus principales funciones dentro del sistema de salud en Cuba.



4.2.1 Niveles de atención en Cuba

El sistema de salud en Cuba se encuentra estructurado en tres modalidades de atención fundamentales, que a su vez responden a los tres niveles de atención médica.

- Ambulatoria
- Hospitalización
- Urgencias

La modalidad ambulatoria se corresponde a la atención en las siguientes unidades de salud: a) Consultorios médicos b) Policlínicos c) Hospitales rurales d) Puestos de servicios médicos e) Puestos de enfermería f) Servicios médicos escolares g) Servicios médicos para trabajadores h) Servicios médicos a domicilio i) Clínicas Estomatológicas j) Consultas externas de hospitales j) Institutos de investigación.⁸⁴

En la modalidad hospitalización se presta en: a) hospitales municipales y provinciales b) Institutos especializados de investigación

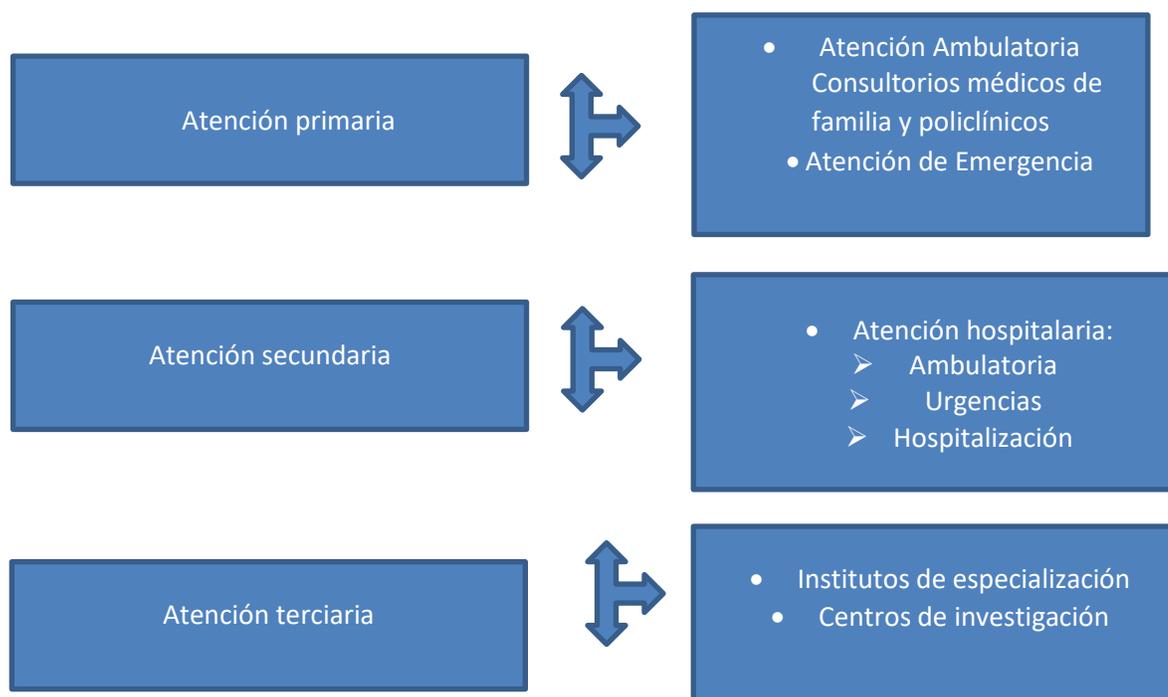
La atención de urgencias se presta en: a) Policlínicos b) Clínicas Estomatológicas c) Institutos especializados y de investigación.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención. El primer nivel es el nivel más cercano a la población, o sea el nivel del primer contacto, llamado este nivel también *Atención primaria de salud (APS)*, en el segundo nivel se encuentra los hospitales de referencia provincial y municipal, y el tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados y centros de investigación.

⁸⁴ Gaceta Oficial de la República de Cuba. Consejo de Ministros. Reglamento de la Ley de Salud Pública Edición Ordinaria, La Habana, Lunes 22 de Febrero de 1988, año LXXXVI

Los servicios de atención primaria de salud se encuentran estructurados a partir de un área de salud cuya estructura rectora lo constituye el policlínico que cuenta con una red de servicios especializados, unido a los consultorios del médico y enfermera de la familia (CMEF) estos cuentan con equipo de médico, enfermera más el apoyo de equipos multidisciplinarios con otros profesionales de la salud⁸⁵. La atención primaria de salud es el nivel donde se resuelven aproximadamente el 80% de los problemas de salud de la población en Cuba, enfocado en acciones de *promoción y prevención de salud, asistencia médica y rehabilitación*.

A continuación se elabora un mapa conceptual a fin de poder dar una mejor descripción de los niveles de correspondencia de cada uno de los niveles de atención médica.



El papel del médico residente se encuentra fuertemente vinculado con los tres niveles de atención médica en Cuba, ya que desde el primer nivel de atención

⁸⁵ VAN DER STUYFT Patrick; DE VOS Pol. The relationship among the various care levels is a key health determinant Rev Cubana Salud Pública v.34 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2008 versión On-line ISSN 1561-3127

se puede encontrar presente el residente de la especialidad de Médico General Integral el cual desempeña una de las tareas más importantes en el sistema de salud y bienestar social.

Los consultorios médicos de la familia conforman el primer nivel de atención médica en el país⁸⁶, dentro de esta forma de organización se encuentran presentes los médicos residentes que se encuentran cursando la especialidad de *Medicina General integral* (MGI) los Médicos especialistas en Medicina General Integral pueden homologarse para el caso mexicano en médicos con especialidad en medicina familiar.

Estos se encontrarán subordinados al *policlínico*⁸⁷ del territorio donde se encuentre ubicado, del cual recibirá apoyo para el desempeño de sus funciones

En este nivel de atención médica el Médico General Integral es aquel “responsable de la atención médica de las familias a él asignadas”⁸⁸. Por lo que no es extraño deducir que la atención de primer nivel en Cuba como primer frente de atención médica es de suma importancia.

En lo que respecta al segundo nivel de atención médica en Cuba este consiste en la atención especializada que se brinda en los hospitales, los médicos residentes de las diferentes especialidades se encuentran presentes este nivel, tal es el caso de las especialidades en *cirugía, traumatología, genética, radiología, neurocirugía, geriatría, oftalmología*, etc. por mencionar algunos.

Y por último en el tercer nivel de atención en Cuba, se encuentran ubicados los centros de especialización e investigación, como son el Instituto nacional de oncología y radiología, el Instituto nacional de nefrología, el Instituto de medicina

⁸⁶ Artículo 19 del Reglamento de la Ley de Salud Pública.

⁸⁷ El Policlínico es la institución principal del Sistema Nacional de Salud, encargada de fomentar, proteger y restablecer la salud de su población. Para ello brinda servicios de atención integral a la salud del individuo, la familia, grupos, comunidad, y al ambiente con enfoque biopsicosocial, donde se fusiona la docencia, la asistencia médica, la higiene, la epidemiología, la microbiología y la investigación, como elementos indisolubles de un mismo proceso. Artículo 3° del Reglamento general del policlínico Resolución 135. Ministerio de Salud Pública. 27 de Mayo del 2008 República de Cuba

⁸⁸ Artículo 19 Decreto 139/1988 Reglamento de la Ley de salud pública. Gaceta oficial de la República de Cuba No12 Año LXXXVI. 22 de febrero 1988.

tropical Pedro Kouri (IPK), donde se forman residentes médicos en esas especialidades o cursan allí determinadas estancias

4.3 Ingreso y autoridades de las residencias médicas en Cuba

Una vez establecido los niveles de atención sanitaria en Cuba así como la presencia de los médicos residentes en cada uno de estos, es preciso señalar el método de ingreso de los aspirantes a residencias médicas en Cuba tal y como se puede suponer, no podría ser más diferente al método mexicano.

El ingreso a las residencias médicas en Cuba se encuentra normado por el “Reglamento del régimen de residencias en ciencias de la salud” mismo que se desprende de la Resolución ministerial 108/2004. El artículo segundo de dicha reglamentación establece el objetivo del régimen de residencias el cual a la letra dice:

Artículo 2: El objetivo final del Régimen de Residencias es formar especialistas de la salud con alto nivel de desempeño, solidez en los principios ético-morales de nuestra sociedad y elevada calificación científico-técnica.

Así mismo, la especialidad en Cuba es una forma de postgrado que el sistema de salud nacional ofrece a los estudiantes de las carreras de ciencias médicas, la cual está “caracterizada por un alto rigor en la actualización y profundización de los conocimientos de la rama y la formación de habilidades más específicas”⁸⁹.

La autoridad directa encargada de la administración de las residencias médicas es el *Área de Docencia e Investigaciones del Ministerio de Salud Pública*, el cual a su vez se encuentra unido a la red de Centros de Educación Médica Superior (CEMS), ambas autoridades en coordinación “jerarquizan y controlan

⁸⁹ Ministerio de Salud de Cuba. Reglamento del régimen de residencia de ciencias de la salud. Resolución 108/2004.

metodológicamente todo lo relacionado con la formación de especialistas del sistema Nacional de Salud.⁹⁰

A su vez los CEMS, se encuentran en coordinación en apoyo de las Direcciones Provinciales y Municipales de Salud, “dando cumplimiento al principio de integración docencia-asistencia e investigación”⁹¹.

En cuanto al diseño de los planes de estudios de cada especialidad la autoridad encargada de este importante punto serán las *Comisiones Nacionales de Profesores o del Centro de Educación Médica Superior*, lo anterior según la especialidad de que se trate.⁹² Estos centros de Educación Médica Superior se encuentran subordinados a los Rectores y Decanos de cada uno de ellos, para un mejor entendimiento es necesario aclarar que la figura del Decano es homóloga a figura de Director de Facultad en México.

Los Rectores y Decanos, como responsables del proceso de docencia médica postgraduada tienen diversas funciones y atribuciones las cuales se encuentran descritas en el artículo trece del reglamento del régimen de residencia de ciencias de la salud, mismo que a la letra dice:

- a) Cumplir lo establecido para la acreditación docente de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como lo planteado en este reglamento.
- b) Planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar, el proceso docencia, atención de salud e investigación del régimen de residencia, así como el cumplimiento de los programas y la calidad de los resultados.
- c) Analizar y controlar en los Consejos de Dirección de los CEMS, así como en los Claustros, el desarrollo de la docencia para la formación de especialistas.
- d) Librar convocatoria en cada curso académico para el ingreso de los profesionales de la Salud al Régimen de Residencia y divulgarla conjuntamente con las Direcciones Provinciales y Municipales de Salud.
- e) Nombrar y organizar las Comisiones encargadas de desarrollar el concurso-oposición para otorgar las plazas establecidas en el Plan de la Residencia aprobado para la provincia, así como recepcionar las solicitudes de los aspirantes a plazas, verificando que los mismos reúnan los requisitos establecidos.
- f) Informar al área de Docencia e Investigaciones y a las Direcciones Provinciales de Salud, los resultados del concurso-oposición para el ingreso al Régimen de Residencia, el número de residentes por especialidades y lugar donde se forman. el número de

⁹⁰ *Ibidem*. Artículo 10.

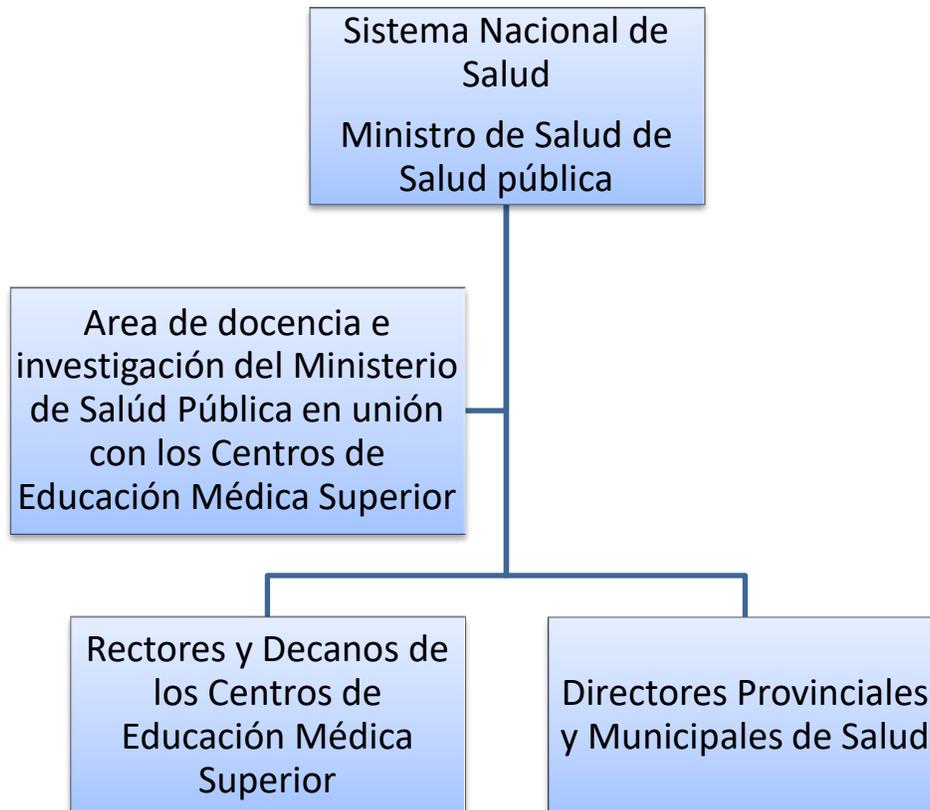
⁹¹ *Ídem*

⁹² *Ibidem*. Artículo 12.

ARTÍCULO 14: Los Directores Provinciales y Municipales de Salud tienen, a los efectos de este Reglamento, las funciones y atribuciones siguientes:

- a) Contribuir a elevar la calidad de los futuros especialistas promoviendo en los integrantes del centro de salud un elevado grado de valores ético-morales, rigor técnico-profesional, nivel científico y dedicación al trabajo, de modo que se garantice una alta calidad en la atención de salud y la consecuente satisfacción de la población que recibe los servicios.
- b) Garantizar el cumplimiento de los requisitos y el perfeccionamiento de las condiciones que permiten lograr y mantener la acreditación docente de las unidades de salud.
- c) Decidir, de mutuo acuerdo con el Rector o Decano del Centro de Educación Médica Superior que corresponda, la ubicación de los residentes en aquellas unidades acreditadas que mejores condiciones reúnan para garantizar la calidad de su formación.
- d) Garantizar que todos los aspirantes conozcan en tiempo y forma la convocatoria del concurso-oposición librada por el Centro de Educación Médica Superior para el inicio de la residencia en las diferentes especialidades
- e) Garantizar, por parte de los Directores, Jefes de Servicios y Departamento de las diferentes instituciones y unidades de salud que corresponda, el cumplimiento de los planes y programas de estudio de cada especialidad acreditada en el territorio y el Reglamento del Régimen de Residencia.
- f) Analizar en Consejo de Dirección de la provincia y municipio, los resultados alcanzados y las dificultades existentes en el desarrollo del Régimen de Residencia en las diferentes especialidades y realizarlo conjuntamente con el Centro de Educación Médica Superior, siempre que sea posible y necesario.
- g) Participar activamente en los claustros de los Centros de Educación Médica Superior a fin de profundizar en el análisis sobre la marcha de la integración docencia-atención médica-investigación en su territorio.

A fin de poderle dar una claridad mayor al entramado de las autoridades que intervienen dentro del proceso de oferta y selección de las residencias médicas en Cuba, se formula el siguiente mapa conceptual.



Tal y como podemos observar dentro del sistema de planeación y divulgación de las plazas a concursar cada año la convocatoria para el ingreso a las residencias médicas en Cuba, es una tarea coordinada obligaciones según las características territoriales y de demanda de formación de recursos humanos en cada especialidad.

En el caso particular de las especialidades de Medicina General Integral (MGI) y Estomatología general integral el reglamento del régimen e residencia establece lo siguiente con respecto a ingreso a las mismas:

Artículo 7: La especialidad de Medicina General Integral y Estomatología General Integral se considera como una continuidad necesaria en la formación de los médicos y estomatólogos que egresan del sistema.

Artículo 17: A la residencia de Medicina General Integral y Estomatología General Integral, se incorporan los graduados de la carrera de medicina y estomatología, sin que para ello se sometan a concurso – oposición.

Entiéndase que una vez que culminada la carrera de medicina, el graduado es ubicado en un área de salud, donde prestará asistencia médica a un grupo poblacional designado en un consultorio del médico de la familia certificado para la docencia en el posgrado; donde comienza, sin otro requerimiento, la especialidad en Medicina General Integral (MGI) sin que medie para ello concurso de oposición.

Tal y como se ha descrito en líneas anteriores, *El Ministro de Salud Pública* aprueba anualmente el plan de plazas para la formación de especialistas en cada territorio al que los médicos aspirantes a una residencia han de seguir para poder acceder al sistema nacional de residencias médicas.

Una vez aprobado el plan de plazas así como las divisiones territoriales a las que estos han de ajustarse, incluyendo lo siguiente: número de plazas a concursar, territorialidad de cada plaza y los requisitos generales y específicos para cada especialidad⁹³, los rectores de los centros de educación médica superior (CEMS) son los responsables de librar la convocatoria.

Así mismo existen otras dos posibilidades de cursar una especialidad en Cuba sin tener que enfrentar el concurso de oposición, además de las dos opciones anteriormente citadas:

- Los graduados de Excepcionales Rendimientos (vía directa).
- Los Becarios Extranjeros o autofinanciados.

Estas dos opciones no son exentas de la documentación y los requisitos generales y específicos para el ingreso de cada una de las especialidades.⁹⁴

⁹³ Óp. Cit. Ministerio de Salud de Cuba. Reglamento del régimen de residencia de ciencias de la salud. Artículo 15 y 16.

⁹⁴ *Ibíd*em, Artículo 18.

4.3.1 Requisitos para concursar por una plaza en el régimen de residencia Cubano

Los requisitos para cada una de las plazas de residencia médica en Cuba, están en correspondencia con las categorías de plan de plazas que se convoque y en general estas pueden ser:⁹⁵

1. Ser graduado de una carrera del Sistema de Educación en Ciencias Médicas y estar en ejercicio de la profesión.
2. Ser especialista en Medicina General Integral, u otras especialidades designadas para los médicos que aspiren a una segunda especialidad.
3. Poseer un índice académico de 4 en la carrera, o más de 90 en la primera especialidad.
4. Cumplir con los requisitos generales y particulares que se establecen para cada especialidad.
5. Haber mantenido en los estudios y el ejercicio de la profesión, una conducta acorde con los principios, éticos y morales de nuestra sociedad.
6. No tener limitaciones físicas, psíquicas o sociales, que puedan interferir en el desempeño de la especialidad a la que aspira y con el cumplimiento de lo establecido en el Reglamento del Régimen de Residencia, así como de los requisitos específicos de cada plan y programa de estudios de las especialidades.
7. No estar incorporado o haber obtenido plaza en alguna especialidad del Régimen de Residencia, ni estar en la condición de baja temporal ó definitiva antes de los tres años de dictaminada.

Una vez publicada la convocatoria, los interesados deberán de presentar su solicitud al departamento de postgrado de los *Centros de Educación Médica Superior*, indicando la plaza a la que aspira concursar así y adjuntando los siguientes documentos.

⁹⁵ Óp. Cit. Reglamento del Régimen de residencia en ciencias de la salud, Artículo 19.

1. Carta de solicitud con: Nombres y apellidos, número de carnet de identidad y del carnet profesional, dirección particular especificando tiempo de residencia en el lugar, centro de trabajo actual, especialidades que aspira, con orden de prioridad hasta tres opciones. Firma y fecha.
2. Fotocopia del título de la carrera y de especialista, si corresponde.
3. Índice académico de la carrera o de la especialidad, si corresponde.
4. Currículum vitae, de pre y posgrado, con documentos legales que acrediten el mismo.
5. Conformidad del Director provincial de salud o de los jefes de los Servicios Médicos de las FAR o MININT para participar en el concurso.
6. Evaluación del trabajo durante el período laborado o misión internacionalista.
7. Carta del interesado comprometiéndose a cumplir con los deberes del Régimen de Residencia.
8. Resultados de las pruebas de habilidades, de idioma o certificado de salud, si corresponde.

Cada plaza por la que concursan los aspirantes, posee un carácter territorial, es decir los aspirantes que concursen y obtengan la plaza, al graduarse tienen la obligación de laborar en el mismo lugar donde obtuvo su especialidad médica, hasta por un plazo de dos años, en caso de que el especialista recién egresado decida no respetar esta norma, el ejercicio de la profesión se le suspende por un término de tres años.

Una vez presentada la documentación legal y académica, comienza el concurso por la plaza de médico residente, este concurso se encuentra dividido en tres etapas y en cada una de ella se tendrá en cuenta el principio de territorialidad definido en la convocatoria.⁹⁶

Antes de entregar la documentación, los aspirantes a médicos residentes deben someterse a una entrevista en los hospitales o Universidad, la cual se hará frente a un cuerpo colegiado integrado por tres o cinco prestigiosos profesores de la especialidad. Dicha entrevistas consta de veintiuna preguntas.

En el sistema cubano de selección habrá algunas prioridades entre los solicitantes las cuáles serán las siguientes:

⁹⁶ *Ibíd*em, artículo 22.

- Prioridad 1: Los especialistas de Primer Grado en Medicina General Integral y Estomatología General Integral.
- Prioridad 2: Los médicos y estomatólogos recién graduados que aspiran a una segunda especialidad, la cual desarrollarán después de culminar MGI o EGI en año y medio, según Resolución Ministerial 246/06, a los cuales se le otorgará la plaza antes de iniciar la Primera especialidad, haciendo énfasis en las especialidades más deficitarias.

La premisa de la que parte el hecho de que existan prioridades dentro del sistema de selección a las residencias médicas, es que los médicos generales integrales, son de alguna forma los especialistas que han servido al Estado Cubano con anterioridad, lo que se deduce en una retribución a su esfuerzo.

Cada aspirante a médico residente tiene la posibilidad de optar por convocatoria a tres opciones de especialidades, es decir en caso de no ser aprobado en la especialidad marcada como primera, será asignado a la siguiente hasta culminar con la tercera opción por la que optó.

De acuerdo al calendario establecido, los resultados del examen de oposición serán publicados, esto después de que los Rectores y los Decanos de los Centros de Educación Médica Superior designen las comisiones encargadas de evaluar todas y cada una de las solicitudes presentadas.

Estos resultados pueden ser apelables, siempre y cuando la apelación se avoque y se plantee directamente una violación en el procedimiento o bien a los requisitos establecidos, esta apelación tendrá que ser formulada mediante escrito, dirigida al rector o decano de los centros de Educación Médica Superior, dentro de los cinco días hábiles después a la publicación de los resultados.

En caso de que la impugnación sea ratificada por el Rector o Decano, existe la posibilidad de una segunda apelación, ya que el médico postulante tiene la posibilidad de elevar su inconformidad al Viceministro encargado de la Docencia, lo anterior se realizará por conducto de la autoridad de la primera

apelación, es decir mediante el Rector o Decano, esta apelación deberá hacerse la última semana de cada etapa, adjuntando el criterio de la Comisión del Centro de Educación Médica Superior, adjuntando una copia del currículum vitae del reclamante, así como una copia del currículum del postulante al que se le otorgó la plaza en boga.⁹⁷

Los resultados que arroje la valoración de la apelación se darán a conocer a los Centros de Educación Médica Superior, los cuales informarán los resultados del mismo al Departamento Nacional de postgrado, 30 días después de cerrado el concurso y éste enviará una copia a la Dirección Provincial de Salud los que se encargaran de informar al departamento de Planificación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y a las Direcciones Municipales de Salud⁹⁸.

Los ingresos a la especialidad comienzan en los meses de septiembre y octubre, las liberaciones de las actividades de trabajo de todos aquellos médicos postulantes (ya que un requisito *sine que non* para poder acceder a una residencia médica es el estar ejerciendo la medicina).

Posteriormente las secretarías docentes de cada facultad, deben de comenzar con la matriculación de todos los recién aceptados médicos residentes, en el caso de que los residentes deban de trasladarse a otras provincias, el Decano de Cada Facultad extenderá una carta de presentación en donde se capturarán todos los datos referentes a la residencia médica a desempeñar, para que esta funja como matrícula frente a la autoridad competente dentro de la provincia donde ha de desarrollarse la residencia.

Los requisitos para la matriculación de los médicos residentes aceptados, serán los siguientes:

- Certificado de estudios con índice académico
- Carta de solicitud según el modelo oficial

⁹⁷ *Ibidem*, artículo 24.

⁹⁸ *Ibidem*. Artículo 25.

- Título profesional o de especialista (Esto únicamente en el caso en el que el médico residente posea una especialidad anterior a la que postula)
- Fotos tipo carné [sic]
- Evaluación del idioma Inglés
- Certificado de salud en las especialidades que lo soliciten.

Una vez que los médicos residentes han sido matriculados, el centro de educación médica superior, en coordinación con la asistencia médica, lo designará a un unidad del sistema de salud donde cursará su residencia, por medio de carta de presentación dirigida al director de la unidad asistencial.

4.4 Reglamentación de las residencias Médicas en Cuba

La relación de los médicos residentes en Cuba, contrario al caso mexicano, no se encuentra en dicotomía en cuanto a la relación jurídica que está representa, es decir el hecho de conformarla como una relación laboral o bien como una relación académica, ya que dentro del sistema jurídico cubano el médico residente es un trabajador en toda la extensión de la palabra, sobre entendiendo de manera automática que estos se encuentran subordinados a la norma laboral de dicho país y de reglamentación interna de cada uno de los hospitales donde prestan sus servicios.

Por lo anterior se desprende el hecho de que la reglamentación laboral a la que se encontrará sometida sea la misma para ellos como para cualquier trabajador, en cuanto a sus derechos y obligaciones de manera general.

Las horas de descanso, el horario de ingesta de alimentos y los principios de retribución son los mismos para el médico residente así como para cualquier obrero o profesional.

Por lo que la primera reglamentación en orden jerárquico que habla de los médicos residentes y el ejercicio de su profesión, es la resolución 282/2014 del Ministro de Salud Pública pues la Ley No. 116 de 20 de diciembre de 2013 del

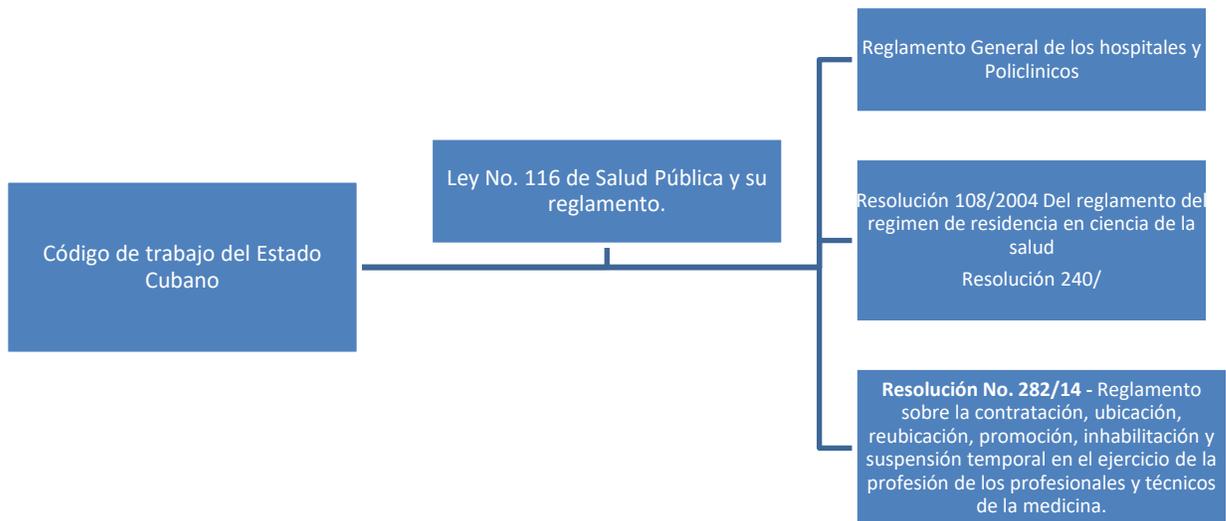
“Código de Trabajo de la República de Cuba”, en su artículo 76 establece, que el jefe del organismo donde laboran los profesionales y técnicos de la medicina, en consulta con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de acuerdo con la organización sindical correspondiente, regula la contratación, ubicación, reubicación, promoción e inhabilitación, de este personal.

La resolución 282/2014 establece en sus artículos séptimo y octavo, establece que los residentes se deben suscribir a un contrato de trabajo a tiempo indeterminado donde se acuerdan en un suplemento los derechos y obligaciones de las partes para este período laboral y se pacta el compromiso de trabajar durante tres años, cuando culmine la especialidad, en las entidades que sean ubicados y en el territorio donde obtuvieron la plaza para su formación⁹⁹.

Los deberes y derechos de los médicos residentes que se contemplan en las reglamentaciones subsecuentes se encuentran en concordancia con lo que plantea el Código de Trabajo, estos son la Ley de Salud Pública dictada por Asamblea Nacional del Poder Popular, El reglamento General de Hospitales dictados por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y por último la Resolución 108 dictada así mismo por el MINSAP la cual reglamenta las formas de ingreso a las residencias médicas en Cuba, a su vez esta reglamenta el régimen disciplinario de los estudiantes de la educación superior. A continuación para una mayor comprensión de lo dicho en líneas anteriores se elabora el siguiente mapa conceptual.

⁹⁹ARTÍCULO 7.- Con los médicos y estomatólogos que se les otorga una segunda especialidad y en consecuencia se reubican para realizar los estudios de especialización, se suscribe un suplemento al contrato de trabajo por tiempo indeterminado. En este suplemento se acuerdan los derechos y obligaciones de las partes para este período laboral y se pacta el compromiso de trabajar durante tres años, cuando culmine la especialidad, en las entidades que sean ubicados y en el territorio donde obtuvieron la plaza para su formación.

ARTÍCULO 8.- Para los médicos y estomatólogos que se acogen a la posibilidad de realizar la especialización por vía directa, cuando se ubican como especialistas, al formalizarse el contrato de trabajo por tiempo indeterminado, se incluye una cláusula donde se establece el compromiso de laborar en la entidad durante tres (3) años.



Naturalmente las obligaciones como trabajadores de la salud del Estado Cubano se encuentran descritas de manera más extensiva en las normativas secundarias especializadas, es decir en los *Reglamento General de Hospitales*¹⁰⁰ y en el *Reglamento General de los Policlinicos*, estos sustraen de manera más concreta las principales obligaciones y derechos de los médicos residentes dentro de su centro de trabajo según sea el caso y el lugar donde desempeñen su función.

Por otra parte en el Decreto número 139 el cual no es otra cosa que el *Reglamento de Ley de Salud Pública* en su sección tercera compuesta por cuatro artículos que van del 19 al 22, aborda de manera breve, el tema referente a los médicos residentes, puesto que al reglamentar el proceder de los *Consultorios Médicos de la Familia*¹⁰¹ donde también se pueden desempeñar la especialidad

¹⁰⁰ Ministerio de Salud pública, área de asistencia social “Reglamento general de Hospitales” 2006

¹⁰¹ El consultorio del médico de la familia será la unidad básica de atención ambulatoria, dependiente de un policlinico u hospital rural, siendo el médico responsable de la atención médica de las familias a él asignadas

de *Medicina General Integral*, dota de responsabilidad a los residentes médicos para que dicha atención médica no solamente se limite al consultorio, sino también en los hogares cuando este caso lo amerite.

El artículo 21 de la misma normativa, obliga al médico residente de *Medicina General Integral* a dar continuidad a la atención médica cuando requiera atención de una especialista, estando obligado este a “visitar y mantener contacto periódico con los médicos de asistencia, con el objetivo de conocer su evolución, pronóstico y atención que deberán tener después del alta”¹⁰².

Ahora bien en lo que respecta al reglamento general de hospitales, este estructura las obligaciones generales de los trabajadores y estudiantes de una institución hospitalaria (refiriéndose a estudiantes no a los médicos residentes, sino a los estudiantes de medicina de pregrado que también prestan su servicio dentro las instituciones de salud). Lo anterior se encuentra reglamentado en el capítulo VII “De las atribuciones y funciones de los dirigentes y demás trabajadores del hospital” en su sección I, De Las obligaciones comunes a todos los trabajadores y estudiantes de una institución hospitalaria, mismo que a la letra dice:

SECCIÓN I.

DE LAS OBLIGACIONES COMUNES A TODOS LOS TRABAJADORES Y ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

ARTÍCULO 57: Todo trabajador que preste sus servicios en un hospital además de las obligaciones comunes establecidas en el Reglamento Disciplinario Interno tiene las siguientes:

- a) Explotar los equipos e instrumentales que estén bajo su responsabilidad cumpliendo las

- e) Ser veraz en las informaciones que brinda a sus superiores relativas a su trabajo. Cumplir en los términos establecidos y resolver con debida eficiencia las tareas que le sean encomendadas.
- f) Cumplir los preceptos de la Ética Médica Socialista.

dispensarización. Artículo 19 del reglamento de la ley de salud pública.

¹⁰² Ídem

Por otro lado, el Reglamento general de los hospitales en su sección XII

“Del médico residente” en su artículo 74 reglamenta específicamente las funciones del residente dentro del hospital. Esta sección se encuentra compuesta 11 fracciones organizadas de manera alfabética, el cual a la letra dice:

Artículo 74: Los residentes bajo el control directo de los especialistas, tendrán los deberes y obligaciones siguientes:

- a) Realizar el pase de visita diario a los pacientes asignados.
- b) Presentar formal y diariamente con la Historia Clínica completa al médico de Asistencia o al Jefe de del Servicio, todos los pacientes ingresados bajo su cuidado, con énfasis en los casos nuevos, haciendo los diagnósticos positivos y diferenciales pertinentes y proponiendo las conductas diagnósticas y terapéuticas, médicas o quirúrgicas a tomar en cada caso para su revisión y aprobación.
- c) Estar en la obligación de encontrarse listo para acompañar al médico de asistencia en su visita a la sala o en el pase de visita de este o del Jefe del Servicio, reportándoles a ellos los nuevos casos y los cambios que ha ocurrido y tenido lugar en los casos y conocidos.
- d) Auxiliar al cirujano como ayudante acorde con la complejidad de la operación y su grado de desarrollo en la especialidad, previa aprobación del jefe de servicio o sección y jefe de guardia.
- e) Hacer labor de cirujano cuando a juicio del Jefe de Servicio o Sección y Guardia están capacitados, siempre auxiliados o supervisados directamente por un especialista.
- f) Cumplir el programa establecido en el plan de estudio de su especialización.
- g) Dirigir, ejecutar y controlar, conjuntamente con su trabajo, el desenvolvimiento de las normas organizativas del proceso docente-educativo en la formación de los internos y alumnos según las normas establecidas.

En lo que respecta a los policlínicos, la reglamentación de los médicos residentes, tal y como se ha plasmado en líneas anteriores, esta contempla la figura del médico residente cursante de la especialidad en medicina general integral. Lo anterior se desprende de su artículo 14 del reglamento general de los policlínicos.

Artículo 14. Son integrantes del Grupo Básico de Trabajo:

14.3. Equipos Básicos de Salud, integrados por: a) Médicos, que pueden ser Especialistas en MGI, Especialistas en MGI con otra especialidad, Residentes en MGI, Internos. b) Enfermeras de los Consultorios Médicos de la Familia [...]

Resulta importante destacar que al reconocer la calidad del médico residente como integrante del grupo básico de trabajo, los derechos que estos poseen dentro de los policlínicos son los mismos que poseen todos los trabajadores del mismo en cuestiones generales, y consecuentemente la resolución 108/2004 será la que reglamente de forma más específica los derechos de los médicos residentes dentro de los policlínicos.

Dicho reglamento, es pues la normativa a la cual los médicos residentes de todas las especialidades deberán de someterse en ejercicio de su función. Este reglamento es el principal, puesto que en este se especifica de manera puntual las obligaciones y derechos de lo que gozan los médicos residentes en Cuba.

Esta resolución se encuentra compuesta por 136 artículos los cuales a su vez se encuentran agrupados en VIII capítulos, para el estudio de la presente investigación los capítulos del III al VII serán los que de mayor relevancia, pues en estos se encuentran contenidos los artículos que reglamentan los derechos y obligaciones de los médicos residentes, estos capítulos son los siguientes:

- Capítulo III: De los deberes y derechos de los profesionales de la salud incorporados al régimen de residencia
- Capítulo IV: De los traslados, cambios de especialidad, bajas y otras acciones del régimen de residencias
- Capítulo V: Sistema de trabajo pedagógico
- Capítulo VI: Sistema de evaluación en el régimen de residencia
- Capítulo VII: De las faltas de disciplina

El capítulo III de la resolución 108/2004, llamado “De los deberes y derechos de los profesionales de la salud incorporados al régimen de residencia” se compone de dos artículos el 29 y 30, siendo el primero de estos el referente a las obligaciones de los residentes médicos y el 30 de los derechos de los mismos.

El artículo 29 se encuentra compuesto por once incisos ordenados alfabéticamente, en él se contemplan los deberes de los profesionales en Régimen de Residencia.

Artículo 29: Se establecen como deberes de los profesionales en Régimen de Residencia, los siguientes:

- a) Cumplir con la calidad requerida todas las actividades de atención médica, docencia, administración e investigación que les sean asignadas por el jefe de su grupo básico de trabajo, como un trabajador del SNS.
- b) Participar activamente en su proceso de formación, bajo la orientación de su tutor y sus profesores, así como en todas las actividades asistenciales, administrativas, científicas, investigativas y asistenciales que le sean asignadas de acuerdo con el plan de estudios.
- c) Dominar y aplicar consecuentemente, en cada una de sus acciones de salud el "Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital ", los lineamientos del Sistema Nacional de Salud para elevar los niveles de salud de la población y lograr su plena satisfacción por los servicios de salud que recibe.
- d) Realizar la guardia médica con una periodicidad no mayor de 7 días ni menor de 4 días.
- e) Cumplir los principios de la Etica Médica en todos sus aspectos y contribuir con su ejemplo personal a la educación de su colectivo de trabajo e influir positivamente sobre la conducta de los trabajadores, educandos y población con los que se relaciona.
- f) Cumplir los principios de la Ética Médica en todos sus aspectos y contribuir con su ejemplo personal a la educación de su colectivo de trabajo e influir positivamente sobre la conducta de los trabajadores, educandos y población con los que se relaciona.
- g) Participar activamente en las reuniones y actividades organizadas o promovidas por la unidad.

- h) Conocer, cumplir y hacer cumplir, en todas sus partes, el Reglamento Interno del centro donde labora, así como la legislación laboral vigente para los trabajadores de la salud.
- i) Conocer, cumplir y hacer cumplir lo establecido en el presente Reglamento, y cuantas disposiciones complementarias se emitan en relación con el Régimen de Residencia.
- j) Cumplir las normas de educación formal, manteniendo cuidado su porte y aspecto personal.
- k) Realizar durante el proceso de especialidad un trabajo científico formativo que constituirá su trabajo de terminación de la especialidad. (TTE).
- l) Realizar con una periodicidad anual, un mes de trabajo asistencial de acuerdo a la programación que se realice al inicio de cada curso de forma conjunta entre los CEMS y las Direcciones Provinciales de Salud, según las necesidades del territorio. Para eximir de esta actividad a casos que se justifiquen por causas académicas, personales u otras, tendrá que ser con la autorización del Decano o Rector del CEMS. Se exceptúan del asistencial los residentes de MGI, especialidades de Ciencias Básicas, de Administración de Salud y residentes extranjeros.

Particularmente el inciso d) referente a la periodicidad de las guardias médicas, en las cuales se establece el hecho de que dentro del sistema de residencias médicas en Cuba, la guardia se realizará con una frecuencia, no mayor 7 días, ni menor de 4 días, lo que se traduce en el hecho de que un médico residente únicamente dos veces por semana tendrá que realizar una guardia obligatoria, y en ciertas especialidades o circunstancias únicamente tendrá que hacer una guardia por semana.

Ahora bien en lo que respecta a los derechos de los médicos residentes, estos se encuentran contemplados en el artículo 30 de la misma norma, la cual se desarrolla en once incisos ordenados de manera alfabética. Los derechos de los médicos residentes son los siguientes:

- a) Recibir información detallada y oportuna relativa al régimen de trabajo y estudio dentro del cual desarrollará sus actividades.
- b) Exigir el cumplimiento del programa docente establecido, así como las obligaciones contraídas para con él por sus profesores.
- c) Recibir un trato respetuoso de parte de sus superiores jerárquicos y demás trabajadores de la unidad.
- d) Recibir la tutoría especializada necesaria para la realización del Trabajo de Terminación de la Especialidad, así como para otros trabajos científicos e investigativos en que participe.
- e) Realizar la Evaluación de Graduación ante un Tribunal Estatal, una vez satisfechos los requisitos de su programa de formación.
- f) Apelar ante el Rector o Decano de la Facultad mediante documento escrito y pormenorizado si está inconforme con la aplicación de algún procedimiento establecido en este Reglamento. De mantenerse la inconformidad con el dictamen de la facultad podrá apelar al Rector en un término de 10 días hábiles.

g) Solicitar al Decano o Rector, a través del Vicedirector Docente de su Unidad, adelantar o postergar la fecha en que será sometido a las diferentes evaluaciones, por causas personales o familiares de carácter impostergables o de interés social excepcionales.

h) Recibir durante toda la etapa que permanezca en su condición de residente, los beneficios establecidos en la legislación laboral vigente para los trabajadores de la salud.

i) Ser recibido por las autoridades del Sistema Nacional de Salud, a las que considere necesario plantear cualquier problema de estudio, de trabajo o personal, así como recibir respuesta de ellos.

j) Obtener y que se le consigne en el expediente académico por años y al finalizar los estudios, los Méritos adquiridos, tales como:

- Méritos Anuales:

- Obtener calificación final del año entre 98 y 100 puntos.
- Presentar trabajos en Eventos Científicos Provinciales, Nacionales e Internacionales con aportes significativos.
- Publicación de un trabajo científico en una Revista Nacional o Internacional.

- Méritos al finalizar los estudios:

- Obtener como calificación final de los estudios entre 98 y 100 puntos.
- Presentar trabajos en Evento Científico Internacional con aportes significativos como autor.
- Publicación de un trabajo científico en una Revista Internacional.
- Contribuir con aportes significativos al desarrollo de su especialidad con repercusión en la mejoría del estado de salud de la población.
- Recibir condecoraciones científico-técnicas de carácter nacional o internacional.

k). Recibir créditos académicos correspondientes a la culminación de la especialidad, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Créditos.

En lo que respecta a los derechos de los médicos residentes, los incisos c), f), g), h), i) son de primordial trascendencia en relación con el tema que nos ocupa, estos son los derechos más sobresalientes para la presente, toda vez que el inciso c) referente a: “Recibir un trato respetuoso de parte de sus superiores jerárquicos y demás trabajadores de la unidad” parte del hecho de que en este se contempla el espíritu fundamental de los derechos humanos, el cual es la *dignidad humana*, y la premisa en la que se fundamenta, asimismo el inciso f) en el cual de la simple lectura se puede advertir que poseen el derecho de poder “apelar” frente a su máxima autoridad cualquier procedimiento que se le formule en su contra en virtud de las faltas establecidas dentro de la misma normativa en el capítulo VII, (este

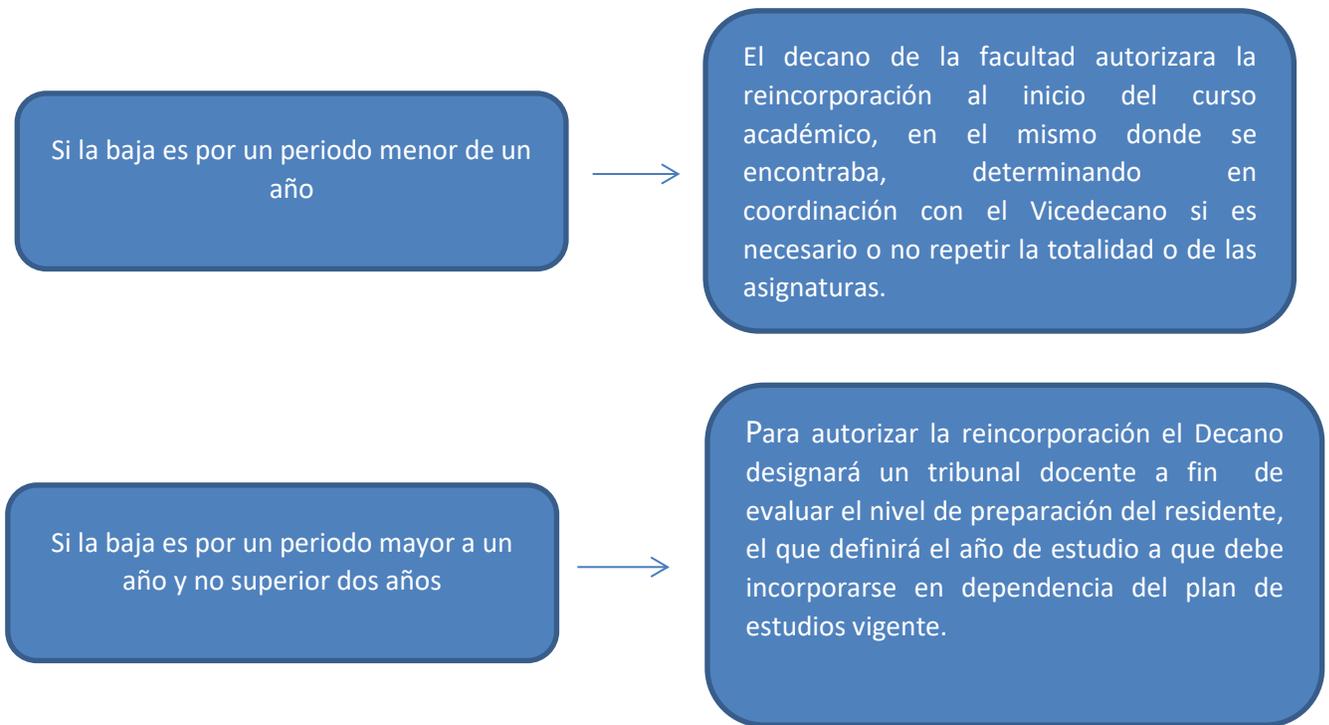
derecho se describirá de manera más extensiva cuando se analice las faltas en las que puede incurrir un médico residente y su procedimiento) por lo que, su derecho al *debido proceso* descansa dentro de este inciso.

En lo que respecta al inciso i) referente a el derecho de ser “recibido por las autoridades del Sistema Nacional de Salud para plantear cualquier problema de estudio, de trabajo o personal, así como recibir respuesta de ellos” deriva en el razonamiento jurídico de poseer el derecho de *petición* y de *audiencia*.

Ahora bien en lo que respecta al capítulo IV, llamado “De los traslados, cambios de especialidad, bajas y otras acciones” en sus artículos 42 al 44 contempla la reglamentación que ha de seguirse para la solicitud de baja temporal de las residencias médicas, dividiéndose estas en dos: Las solicitadas por la autoridad o bien las solicitadas por el propio residente.

Artículo 42: Una baja es temporal cuando el residente interrumpe la residencia por un período de tiempo que puede fluctuar entre tres meses y dos años. Esta baja se dicta por separación del centro de trabajo motivada por una sanción disciplinaria administrativa o cuando los problemas personales, familiares o sociales que presenta el residente influyan negativamente en su aprovechamiento docente y las causas que lo generan son solucionables dentro de ese período de tiempo. En estos casos el residente se vinculará laboralmente a la unidad de donde procedía o a otra que le asigne la provincia a que pertenecía antes de obtener la residencia y en el momento de su reincorporación deberá presentar un aval de su trayectoria laboral durante ese

La lectura del anterior artículo supone el hecho de que es un derecho del residente médico poder solicitar su baja temporal de la residencia médica sin imputación a este, cuando “los problemas personales, familiares o sociales que presenta el residente influyan negativamente en su aprovechamiento docente y las causas que lo generan son solucionables dentro de ese período de tiempo”. El médico residente podrá solicitar esta baja temporal hasta por dos años, y una vez cumplido el plazo de la baja del servicio, este tendrá dos opciones para poder reintegrarse nuevamente a su servicio.



En lo que respecta a las médicas residentes, tal y como se ha plasmado con anterioridad, estas al poseer la calidad de trabajadoras de la Salud poseen la posibilidad de poder acceder a la “licencia retribuida” la cual se encuentra contemplada en el capítulo II de la ley número 234 “De la maternidad de la trabajadora” la cual es la ley reglamentaria del Decreto número 22/2003 de Ley de Maternidad de la trabajadora.

El artículo 3 de la ley numero 234 dota a las médicas residentes de la obligación de los centros de trabajo de respetar un periodo de licencia no menor a dieciocho semanas, que “comprende las seis anteriores al parto y las doce posteriores al mismo”¹⁰³. Teniendo como requisito para acceder a esta licencia “que la trabajadora “se encuentre vinculada laboralmente y haya trabajado no menos de sesenta y cinco días en los doce meses inmediatos anteriores al inicio

¹⁰³ Asamblea Nacional del Poder Popular, Decreto-Ley No. 22/2003 y su ley reglamentaria No. 243 *De la maternidad de la trabajadora*. Artículo 3°.

de su disfrute¹⁰⁴, esto se traduce en que las médicos residentes poseen la potestad en virtud de su calidad natural de poder acceder a dicha licencia bajo la protección del artículo 42, 43 y 44 del reglamento de los médicos residentes en concordancia con el decreto de la ley de maternidad de la trabajadora.

En lo que respecta al artículo 45 del reglamento de las residencias médicas, referente a las bajas definitivas la letra de la ley señala lo siguiente:

Artículo 45: Se considera que una baja es definitiva, cuando las causas que la generan tienen carácter permanente o cuando el tiempo de solicitud es superior a dos años. En estos casos el residente se vinculará laboralmente a la unidad de donde procedía o a otra que le asigne la provincia a que pertenecía antes de obtener la residencia.

Existen diez supuestos imputables a este por los cuales el médico residente puede ser declarado en baja definitiva, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 46 del multicitado reglamento, esta baja deberá de ser dictada por el Rector o Decano de las facultades. Las causas por las cuales puede ser dado de baja definitiva un médico residente son las siguiente

- a) Cuando el profesional en Régimen de Residencia así lo solicite.
- b) Cuando se comprueba poco aprovechamiento docente en cualquier momento a partir de los 9 meses de iniciada la especialidad (3er trimestre). Para ello Jefe de Dpto. o Cátedra, enviará al jefe de departamento docente de la Facultad un escrito explicativo de cuáles son las deficiencias teórico-práctico del educando.
- c) Cuando se cumpla el tiempo reglamentado de una baja temporal y no se haya incorporado o cuando la evaluación del residente durante el período de baja no sea satisfactorio.
- d) Cuando no se entregue en tiempo y forma el TTE una vez concluido el tiempo correspondiente a los estudios de la especialidad que se realiza ó sea declarado suspenso por TTE en la evaluación de graduación.
- e) Cuando el residente sea suspenso en el examen extraordinario de pase de año, luego de haber repetido el (ó un) año.
- f) Cuando el educando sea declarado suspenso en uno de los ejercicios de examen estatal de la especialidad por el Tribunal Estatal examinador.
- g) Cuando el educando reciba sanción administrativa o docente por una falta disciplinaria que así lo determine.
- h) En caso de enfermedad o problema social, personal o familiar, que no permita al residente la continuidad de la especialidad y no sea posible un cambio de especialidad.

¹⁰⁴ Ídem. Artículo 4°.

residente imputado de esta causal tendrá la oportunidad de solicitar al Decano de la Facultad ser evaluado por un tribunal evaluador de tres profesores de la especialidad, los cuales someterán al residente imputado a una evaluación, teniendo la opción de que en caso de no ser aprobado por este tribunal y sea dado de baja de manera definitiva, se le mantendrá intacto el derecho a concursar por su misma especialidad en el año inmediato posterior atendiendo a las recomendaciones emitidas por el tribunal evaluador.

Y si este logra acceder después de su baja definitiva ingresar a la misma especialidad a la que cursaba, tendrá derecho a “adelantar el periodo de formación, siempre que demuestre sus habilidades¹⁰⁵”.

El artículo 51 de la misma normativa establece los supuestos por los cuales es posible solicitar una prórroga de tiempo para terminar la residencia médica, estas pueden ser de hasta dos años.

El sistema de residencias médicas plantea a su vez un método de adelantar los tiempos de la residencias, lo anterior se encuentra normado en el artículo 52 y 53, en estos se describen los dos supuestos por los cuales y su respectiva dinámica en la cual los médicos residentes pueden solicitar el adelanto de hasta un año de su residencia. Los dos supuestos en los que el médico residente debe de encontrarse para solicitarlo son los siguientes:

- Convalidar un módulo, una rotación o estancia
- Adelantar el pase de año o el examen estatal

El método a seguir para obtener este derecho, es hacer un escrito dirigido al Decano de la facultad, el cual debe estar aprobado por el tutor y el jefe de departamento docente, donde se certifique que ha adquirido las “habilidades y hábitos” que se encuentran contemplados en los sus planes de formación.

¹⁰⁵ Artículo 47 y 48 del decreto 108/2004 del reglamento del régimen de residencia en ciencias de la salud.

Tal y como sucede en el caso mexicano los residentes médicos en Cuba, dentro del ejercicio de su residencia desarrollan dos importantes funciones dentro del hospital, la primera de esta es desarrollar sus habilidades de manera práctica mediante el contacto directo con el pacientes, y por otro lado este recibirá catedra dentro de los hospitales donde desarrolla su residencia médica, basado en el conocimiento práctico y teórico cuyo objetivos serán evaluados sistemáticamente y al final de cada año de residencia, cuya aprobación le confiere el paso al año siguiente.

Al finalizar el último año el residente se presentará ante un tribunal estatal designado por el rector integrado por profesores de mérito docente superior dentro de la especialidad para realizar el ejercicio de culminación de la residencia, que consta de evaluación práctica, teórica y presentación del informe final de su investigación científica “tesis”.

En Cuba este trabajado académico se encuentra reglamentado en el capítulo V llamado “del sistema de trabajo pedagógico” este capítulo comprende del artículo 54 al 71. El artículo 54 del reglamento de residencias médicas define el trabajo pedagógico de los médicos residentes como:

Artículo 54: El sistema de trabajo pedagógico para la especialidad se realiza en los CEMS, durante el proceso de formación del residente. Comprende el conjunto multifacético de actividades que realizan los docentes, residentes y el resto del colectivo laboral que de alguna forma inciden directa o indirectamente en el proceso docente, de atención médica e investigativo, con el objetivo de transformar y desarrollar la personalidad del especialista de Primer Grado que el país necesita, según las exigencias de la sociedad, del Sistema Nacional de Salud y de la propia especialidad.

Este trabajo pedagógico se realiza principalmente dentro del horario laboral de los médicos residentes, y en este participan los especialistas, los profesores y los tutores con el fin de alcanzar los objetivos propuestos de la formación del especialista.

Estos objetivos específicos son propuestos y dados a conocer a todos y cada uno de los residentes al inicio de sus residencias y en periodo introductorio de las mismas el cual tiene una duración de quince días. Al inicio de las residencias, se le es asignado un Tutor a cada uno de los médicos residentes el cual será el responsable de su formación integral, éste tendrá una asesoría individual en el que desarrolla un proceso pedagógico y de constante vigilancia de la evolución y aprendizaje de su alumno residente. El médico residente en el transcurso de la residencia puede tener más de un tutor ya que la función tutora es bicéfala tal y como lo describe el artículo 58 del reglamento de residencias médicas.

- **Tutor Principal:** Docente de la especialidad, responsable máximo de la formación integral del especialista, quien además de brindarle asesoría directa durante la mayor parte del tiempo definido por el plan de estudios, coordina todo lo relacionado con las estancias, rotaciones y el Trabajo de Terminación de la Especialidad (TTE); controla el desarrollo de su aprendizaje y las evaluaciones recibidas; así como define y programa medidas para la superación de las deficiencias detectadas.
- **Tutor del Trabajo de Terminación de la Especialidad:** docente, especialista o investigador que con experiencia en ese campo del conocimiento orienta y controla el desarrollo del Trabajo de Terminación de la Especialidad.

Durante el transcurso de la residencia los tutores tendrán la obligación de orientar, supervisar y controlar el trabajo de los médicos a su cargo durante todo el transcurso de la residencia.

La existencia de tutores dentro de las residencias, corresponde directamente a la organización fundamental en el régimen de residencias denominada *Educación en el trabajo*¹⁰⁶, en esta se plasmas las categorías

¹⁰⁶ Se denomina Educación en el Trabajo al conjunto de actividades que realiza el residente en el servicio de salud, con la asesoría directa del profesor o tutor, con el propósito de adquirir las habilidades, hábitos de trabajo y búsqueda de información

fundamentales en las que se centra el método de trabajo profesional estas categorías son: a) objetivo, b) contenido, c) método y evaluación durante el desarrollo de las actividades docentes asistenciales, d) método y evolución de las actividades docente educativas y administrativas. Estas categorías requieren de tres fases o momentos de preparación:

- La preparación de la actividad docente
- La realización de la actividad
- La autoevaluación del trabajo realizado¹⁰⁷

Esta educación para poder desarrollarse tiene que tener en cuenta los programas de trabajo y de formación de cada especialidad, así como los distintos reglamentos de los lugares en donde se forman los médicos residentes, y con apego también a toda la legislación que tenga que ver con el carácter metodológico y docente del Sistema Nacional de Salud vigente.

Dentro del sistema cubano, los médicos residentes son instruidos en todo el transcurso de su educación a fin de consolidar cuatro habilidades principales, estas habilidades son.

que le permitan la solución efectiva de los diferentes problemas de salud y el logro de los objetivos del programa de formación en el desarrollo de la práctica profesional¹⁰⁷ Óp. Cit. Ministerio de Salud de Cuba. Reglamento del régimen de residencia de ciencias de la salud. Artículo 63 y 64.



En lo que respecta a las *Habilidades Docente educativas*, el médico residente recién egresado deberá encontrarse en plena preparación para poder transmitir sus conocimientos en caso de ser necesario, es decir, tener el perfil de profesor de su especialidad.

Las *Habilidades Asistenciales* es la aplicación práctica de cada uno de sus conocimientos médicos especializados, con la interacción directa con los pacientes.

Las *Habilidades docentes investigativas* es la instrucción en los lineamientos metodológicos a fin de poder desarrollar investigaciones médicas y con esto abonar al conocimiento científico médico en Cuba.

Las *Habilidades administrativas* es el desarrollo de la habilidad para poder administrar una institución hospitalaria, desde los recursos humanos hasta la administración de los suministros médicos.¹⁰⁸

4.4.1 El sistema de promoción de los médicos residentes en Cuba

Cada curso de residencia médica en Cuba se encuentra sistematizado a manera de que en el transcurso de estos, el médico se encuentre en constante evaluación a fin de poder demostrar sus habilidades obtenidas. Cada año este deben de someterse a una evaluación final a fin de poder ser promovidos.

Existen tres tipos de evaluación del aprendizaje de los médicos residentes, estos parten del programa de formación de las especialidades, en el que se fundamentan los puntos pedagógicos anteriormente planteados, estos tres tipos de evaluación son:

- Evaluación de Curso
- Evaluación de Promoción
- Evaluación de Graduación

Ahora bien en cuanto a la evaluación de curso, esta se caracteriza por ser *continua, sistemática e integral*¹⁰⁹. En ella se determina si el residente ha alcanzado los objetivos programáticos planteados en su plan de estudios correspondiente a su especialidad. Esta será aplicada durante el conjunto de módulos académicos correspondientes a cada especialidad, la puntuación

¹⁰⁸ Óp. Cit. Ministerio de Salud de Cuba. Reglamento del régimen de residencia de ciencias de la salud. Artículo 66.

¹⁰⁹ Óp. Cit. Ministerio de Salud de Cuba. Reglamento del régimen de residencia de ciencias de la salud. Artículo 74.

máxima que este puede alcanzar producto de la suma de todos y cada uno de sus módulos es de 100 puntos, el promedio mínimo requerido para acreditar de 70.

En caso de que el residente no alcance los 70 puntos mínimos para su evaluación este podrá solicitar el derecho a un examen extraordinario en el transcurso de los 30 días siguientes. Es un requisito *sine que non* aprobar el curso respectivo del residente para poder acceder al derecho de presentar su evaluación de promoción.

La evolución de promoción según el artículo setenta y cinco de la resolución 108/2004 es “la forma de terminación de los estudios correspondiente a un año académico. Mediante ella se comprueba el dominio de los objetivos y contenidos fundamentales del programa para ese año. Esta evaluación se hará cada año a cargo de un tribunal de evaluación colegiado integrado por tres o cinco miembros designado por el decano de la facultad, los miembros de este tribunal no deberán haber participado en el proceso de formación del residente.

Este examen contará con tres puntos evaluativos, los cuales son:

- Calificación final de la evaluación del curso
- Calificación del cumplimiento del cronograma de actividades.
- Un examen que incluye un ejercicio teórico-práctico

La puntuación obtenida de las tres evaluaciones en suma, será la calificación final del médico residente con una calificación mínima de 70 puntos.

En lo que respecta a la evaluación de graduación los profesionales médicos en el régimen de residencia en Cuba para poder obtener el título de médico especialista aparte de aprobar cada una las pruebas académicas y de destreza médica que el programa de su residencia les exija, tendrán que realizar

un trabajo de investigación el cual se le denomina *Trabajo de terminación de la especialidad*¹¹⁰.

Este trabajo deberá de tener una vinculación directa con las líneas de investigación de su especialidad y acorde con las líneas de investigación de la institución en la que prestan sus servicios, estas se caracterizarán por tener un valor científico y sentido práctico. Esta será evaluada en un escala del 0 al 100.

Este trabajo final será evaluado por un Tribunales Estatales integrados por tres miembros los cuales pueden poseer el carácter de nacional o provincial, estos tribunales pueden ser Tribunales Cruzados o Externos. Los tribunales cruzados son aquellos cuyos los integrantes pertenecen al propio centro de Educación Médica Superior pero no han participado directamente en la formación del residente. Los tribunales Externos son aquellos en los que el presidente o el total de sus integrantes pertenecen a otro centro de educación médica superior.

Los tribunales analizarán la calificación obtenida por el médico residente en el desempeño de sus funciones. Y con esto el residente podrá obtener su título de médico especialista

4.4.2 Las faltas de disciplina y su procedimiento

El médico residente en Cuba al ser un profesional del Sistema Nacional de Salud, las faltas disciplinarias cometidas de cualquier índole serán procesadas y sancionadas de acuerdo a la legislación laboral vigente.¹¹¹ El procedimiento de las faltas cometidas por el médico residente se encuentra normado en la resolución 240/2013 llamada *Reglamento disciplinario para los estudiantes de la educación superior*, este reglamento en su articulado contiene el procedimiento a seguir

¹¹⁰ Óp. Cit. Ministerio de Salud de Cuba. Reglamento del régimen de residencia de ciencias de la salud. Artículo 68.

¹¹¹ Óp. Cit. Ministerio de Salud de Cuba. Reglamento del régimen de residencia de ciencias de la salud. Artículo 126.

cuando el médico residente cometa alguna falta dentro de su centro de trabajo, específicamente en su numeral 15.

El procedimiento de las faltas disciplinarias cometidas por estos, es el siguiente:

1. La falta será comunicada al Decano de la Facultad por conducto del Vicedirector Docente de la institución donde el médico preste sus servicios. El médico acusado de falta será suspendido inmediatamente y este no podrá reintegrarse a su servicio hasta concluido su proceso. El residente suspendido tendrá que ser reubicado transitoriamente a otro puesto de trabajo en lo que se resuelve su situación jurídica.
2. El proceso para desvirtuar o probar la falta del médico residente consistirá en: El Decano de la Facultad, nombrará una comisión disciplinaria integrada por dos miembros, los cuales dentro de un término de tres días designarán a un tercer miembro que representará al sindicato del centro laboral donde presta sus servicios el residente.

La Comisión Disciplinaria efectuará las diligencias siguientes:

- Ocupará las pruebas documentales o materiales de la infracción, si existieren, y conocerá los resultados de las Asambleas Estudiantiles cuando se hayan realizado;
- Tomará declaración sobre los hechos por escrito y bajo firma a los informantes;
- Citará al estudiante para instruirlo de cargos, oyendo y dejando constancia por escrito de los descargos que formula. A tal efecto, actuará conforme a las siguientes normas:
- Informará al presunto infractor cuáles son los cargos que se le imputan y quién es la persona que los formula y que derechos le asisten;
- Si este desee declarar, tomará por escrito todo cuanto manifestare, así como los nombres, apellidos y direcciones de los testigos

que proponga con el objetivo de demostrar su inocencia; leída por el presunto infractor su declaración si estuviere conforme, procederá a firmarla o solicitará la modificación de aquellas partes que no concuerdan con lo por él expresado; si fuera interrogado, las preguntas que se le formulen no podrán ser capciosas, sugestivas ni impertinentes; en el caso de que fueren varios los presuntos infractores, se procederá de igual forma por cada uno, por separado.

- Practicará cuantas pruebas testificales se propongan a cuyo efecto

Observará las siguientes normas: Los testigos serán interrogados por separado. Se les instruirá del deber que tienen de manifestar la verdad; las preguntas que se le formulen no podrán ser capciosas, sugestivas ni impertinentes; declararán sobre los hechos que hayan presenciado o sobre los aspectos que realmente conozcan y les consten; Si la información fuere de referencia, precisarán el origen de la misma identificando debidamente la fuente de su declaración. Igualmente aclararán las respuestas ambiguas o imprecisas que brinden, así como las frases sugestivas o aquellas de las cuáles pueda inferirse alguna mala cualidad o la comisión de algún hecho que perjudique la moral o agrave la situación del presunto infractor:

- Oirá el criterio del profesor guía sobre el infractor, tomándole declaraciones por escrito.
- Examinará los expedientes académicos correspondientes
- Practicará de oficio o a instancia de parte, cualquier otra diligencia de prueba que procediere;
- Asesorará a los estudiantes en cuanto a sus deberes y derechos y sobre el procedimiento a seguir en los casos de faltas disciplinarias

De lo anterior la comisión disciplinaria podrá concluir cuatro resoluciones:

- a) Los hechos que se consideren probados, señalando las pruebas que, a su juicio, respaldan su criterio; las circunstancias modificativas de la responsabilidad del estudiante, planteando las atenuantes que le reconozca y las agravantes que se le atribuyan;
- b) El resultado del análisis realizado en el expediente académico y en los testimonios que expidan las organizaciones políticas, estudiantiles o sindicales si se presentan;
- c) La calificación de las faltas cometidas. La comisión podrá proponer, si la aprueba la mayoría de sus integrantes, que se le aplique la suspensión condicional, total o parcial, de la sanción que se imponga, fundamentando en cada caso su propuesta.

Terminadas sus actuaciones, la Comisión Disciplinaria las elevará con sus conclusiones al Decano, o Director de Filial, Unidad Docente o Sede Universitaria Municipal, el cual si está de acuerdo, dictará la resolución correspondiente. Cuando la autoridad discrepe de la calificación acordada por una Comisión Disciplinaria, esta deberá discutir su discrepancia con la comisión, para ello se solicitará la participación de la Asesoría Jurídica para un mejor asesoramiento.

Existe un término de 20 días hábiles para que el médico residente presente su apelación, estas se harán frente al Rector de la Universidad, y en los casos en los que la sanción se considere probada, el residente tendrá derecho a una revisión de su sentencia, Ministro o Jefe del Organismo al cual se encuentra adscrito el Centro de Educación Superior, a través del Rector, avalada tal solicitud por la Federación Estudiantil Universitaria del centro de estudio. Recibida la documentación, la autoridad facultada para conocer de la revisión contará con 30 días hábiles para resolverlo. Si se requiere la práctica de diligencias el término será de 30 días hábiles más. Si la revisión fuese declarada con lugar, se dictará

resolución disponiendo lo que en Derecho corresponda. Si es desestimada se comunicará al solicitante mediante escrito las razones que asiste tal decisión¹¹².
Contra lo que se decida en revisión no cabe recurso alguno.

4.5 Entrevista a los médicos residentes en Cuba

Uno de los objetivos principales de la presente investigación, es sin duda el poder observar de manera directa el fenómeno que se pretende demostrar en la misma, es por tanto, que entrevistar a los médicos residentes cubanos, con el fin de conocer las condiciones en las que presentan sus servicios resulta indispensable.

Las entrevistas hechas a los médicos residentes en Cuba, naturalmente son diferentes a las aplicadas para el caso mexicano, toda vez, que los primeros al encontrarse en una situación jurídica completamente diferente a los segundos, su percepción con respecto a su labor es de otra naturaleza, es decir, el médico residente en Cuba al encontrarse en la situación de trabajador y no como becario como es el caso mexicano

Todos los derechos a los que son acreedores los médicos residentes en Cuba son exactamente iguales a los de cualquier trabajador, por su puesto con sus variaciones debido a las características propias del servicios médico.

Las interrogantes a las que se someterán los médicos residentes en Cuba, son las siguientes:

1. ¿Qué especialidad te encuentras cursando?
2. ¿Cuál es tu horario de Trabajo?
3. ¿Cada cuánto tiempo tienes Guardias?

¹¹² Ministerio de Salud de Cuba, Resolución No. 240/2007 “Reglamento Disciplinario Para Los Estudiantes De La Educación Superior” Artículo del 49 al 51.

Esta interrogante es una de las más importantes dentro de la presente investigación en virtud, de que en el caso mexicano, las guardias a las que son sometidos los médicos residentes son principalmente una de las causas principales de violaciones a sus derechos humanos.

4. ¿Conoces el reglamento que te rige dentro del hospital?

Saber sí el médico residente conoce el reglamento interno del hospital y el reglamento para los residentes médicos (para el caso cubano), resulta importante por el hecho de que conozcan sus derechos y obligaciones..

5. ¿Alguna vez te has sentido violentado en tus derechos humanos?

6. ¿A quién puedes expresarle tus inconformidades que sucedan dentro del hospital?

7. ¿Conoces a tus autoridades inmediatas superiores?

8. ¿Cuántos de tus compañeros han desertado de la especialidad?

9. ¿Cómo calificarías el trato que recibes como médico residente?

Con las anteriores interrogantes se procedió a ejecutar las entrevistas a un grupo aleatorio de médicos residentes, los cuales se encontraban en funciones dentro del Hospital Universitario Clínico- Quirúrgico de Villa Clara “Arnaldo Milian Castro”, dijeron estar cursando la especialidad de: Radiología, Oftalmología, Medicina General Integral, Acupuntura y Maxilofacial; estas arrojaron en general los siguientes datos.

De la segunda de las interrogantes ¿Cuál es tú horario de Trabajo?, todos los entrevistados concordaron en que el hecho de que el desempeño de sus funciones eran realizadas en un horario de 8 a.m. a 4 p.m. con ninguna clase de variación en su respuestas, con horario intermedio para almuerzo de una hora..

De la tercera interrogante ¿Cada cuánto tiempo tienes Guardias? Los médicos entrevistados señalaron que tal y como se encuentra plasmado en su reglamento estos desempeñan guardias médicas con una temporalidad de 4 días como

mínimo, con ciertas variaciones en la temporalidad de las mismas, respondiendo que de acuerdo con el número de médicos residentes que se encuentran cursando estas guardias podrían extenderse a 6 u 8 días, según es el caso de los médicos residentes en oftalmología y Maxilofacial. Ninguno de los entrevistados señaló que estas guardias fueran menores a 4 días.

De la cuarta interrogante ¿Conoces el reglamento que te rige dentro del hospital? Todos los entrevistados respondieron en unanimidad “Sí” pues se les había dado a conocer en un curso introductorio con duración de una semana antes de comenzar su residencia médica, así como aseguraron que esa era su obligación principal.

De la quinta interrogante ¿Alguna vez te has sentido violentado en tus derechos humanos? Los entrevistados respondieron por unanimidad que no, puesto que todas sus autoridades mediatas e inmediatas les ofrecían un trato de respeto y compañerismo al reconocerlos como médicos y trabajadores y que todas las diferencias que pudieran surgir dentro del desempeño de sus funciones eran resueltas de manera inmediata para evitar interferir en sus obligaciones y desempeño para el paciente.

De la sexta interrogante ¿A quién puedes expresarle tus inconformidades que sucedan dentro del hospital?, los médicos residentes respondieron que existían dos autoridades a las cuales podrían expresar sus inconformidades y estas eran por una parte a su compañero residente elegido como representante de la especialidad y está a su vez podría comunicársela directamente a sus superiores inmediatos y en caso de que esta observación fuera de carácter administrativo, ellos tenían derecho a una audiencia mensual con el director del hospital, al cual podían expresar de viva voz todas las inconformidades que se dieran dentro de su servicio.

De la séptima interrogante ¿Conoces a tus autoridades inmediatas superiores? Todos los entrevistados afirmaron conocerlas.

De la octava pregunta ¿Cuántos de tus compañeros han desertado de la especialidad? Del grupo compuesto por diferentes especialidades, únicamente se

había dado un caso de deserción por el hecho de que la compañera médico residente había salido del país por cuestiones familiares.

De la novena pregunta ¿Cómo calificarías el trato que recibes como médico residente? Todos los médicos residentes que fueron entrevistados expresaron su conformidad con respecto al trato que reciben por parte de las autoridades dentro del hospital.

4.6 Reflexión sobre los datos obtenidos

Dentro del servicio de médicos residentes en Cuba, los derechos de los mismos son respetados en toda la extensión de estos, toda vez que la reglamentación que los rige se encuentra en completa armonía con lo establecido dentro de su “Código de Trabajo”, y existe una cosmovisión de compañerismo muy profunda entre los mismos, no solamente por parte de los médicos residentes, sino también por parte de las autoridades encargadas de velar por su desempeño académico y práctico dentro del hospital.

Los médicos residentes en Cuba al poseer la calidad de “Trabajadores de la Salud” y no de “Becarios” o estudiantes estos se encuentran en completa protección de sus derechos. Los derechos de los médicos residentes en Cuba se encuentran descritos en múltiples ordenamientos legales, los cuales van desde sus funciones generales dentro de los centros laborales donde prestan sus servicios, hasta sus derechos y obligaciones descritas de manera más específicas como trabajadores de la salud.

Los procedimientos que debe agotar la autoridad para poder sancionar a un médico residente se encuentra investido de una fuerte legalidad y unas claras normas procesales, lo que desemboca en una protección completa de los derechos de los médicos residentes.

4.6 Comparación del modelo de residencias médicas México-Cuba

Modelo Mexicano	Modelo Cubano
Marco Jurídico	Marco Jurídico
Se encuentra reglamentado por la Ley Federal del Trabajo en su artículo 353-B hasta 353-I. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 y los reglamentos internos de cada centro médico receptor de médicos residentes	Código de trabajo del Estado Cubano Ley No. 116 de Salud Pública y su reglamento Reglamentos Generales policlínicos y hospitales Resolución 108/2004 Resolución No. 282/14
Calidad Jurídica de los médicos residentes	Calidad Jurídica de los médicos residentes
Existe una antinomia entre la Ley general y norma especializada Calidad: Becario / Trabajador	Trabajadores del Estado Cubano (Integrante del grupo básico de trabajo)
Método de ingreso	Método de ingreso
Por medio de la selección académica del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM)	<ul style="list-style-type: none"> a) En el caso de las Especialidad de Estomatología y Medicina Familiar – Ingreso directo después de culminada de Licenciatura b) Por medio de solicitud y evaluación académica c) Por medio de “graduados excepcionales”

<p>Autoridades de los médicos residentes dentro de los hospitales y tipo de relación.</p>	<p>Autoridades de los médicos residentes Dentro de los hospitales y tipo de relación.</p>
<p>Residente Superior Jefe de Residentes Profesor Titular de la especialidad Jefe de Servicio Jefe de Enseñanza Director del Hospital</p> <p>Relación académica-laboral con discrecionalidad de atribuciones e imposición de penas.</p>	<p>Residente Superior Jefe de Residentes Tutor Principal Tutor de Trabajo de Terminación de especialidad Decano de la Universidad Rector de la Universidad</p> <p>Relación laboral con atribuciones determinada. derechos y obligaciones descritos en Ley general, y sistema procesal de imposición de penas</p>
<p style="text-align: center;">Guardias médicas</p>	<p style="text-align: center;">Guardias médicas</p>
<p>Se encuentran reglamentadas en “A,B,C” y “A,B,C,D” (para algunas especialidades)</p>	<p>Se encuentran reglamentadas en “A, B, C y D” (para todas las especialidades)</p>

Conclusiones

La situación de los derechos humanos de los médicos residentes en México, es sin duda un tema de preocupación para el derecho mexicano, toda vez que existen diversas y cíclicas violaciones las cuales se componen por variables y constantes, las cuales deben a resueltas a través del derecho. Esta afirmación parte de todo el material recopilado a lo largo de la presente investigación.

Es necesario señalar que la problemática de los médicos residentes necesita de un cambio de gran envergadura, puesto que requiere de la implementación de mecanismos adecuados que permitan plantear soluciones definitivas, así como la adecuación de la legislación vigente que rige la relación de los médicos residentes con su entorno laboral, académico y social. Buscando desarrollar todas las acciones desde el paradigma de la incorporación de los derechos humanos.

Los elementos constantes dentro de la presente investigación, como principal motivación de la violación a los derechos humanos de los médicos residentes según lo arrojado por las entrevistas y el análisis desde la óptica jurídica de la problemática, se encuentra compuesto por 5 elementos: La clasificación de los médicos residentes, El método de ingreso a las residencias médicas, La normativa interna de los hospitales, El sistema de guardias médicas, La Jerarquización y delegación de poder,

Para poder dar una propuesta sedimentada en los diferentes factores involucrados, se analizaron cada uno de ellos relacionándolos directamente con el derecho, a manera de utilizar este como el instrumento para poder resolver a corto, mediano y largo plazo la problemática en boga, así mismo se utilizara como referencia el modelo de residencias médicas cubano, con la finalidad de contrastar los diferentes aspectos en los cuales, según lo recopilado por la presente investigación, son necesarios para mejorar la situación de los médicos residentes en México.

Desde la perspectiva Jurídica: Naturalmente una de las primeras nociones que arroja el razonamiento de analizar la problemática en boga, es el poder resolver la clasificación de los médicos residentes como trabajadores o como becarios, en virtud de las antinomias encontradas en la legislación vigente, y en la interpretación de nuestro máximo órgano jurisdiccional (La Suprema Corte de Justicia de la Nación) un claro ejemplo de lo anterior es el que se suscita en la contradicción de la lectura de la Ley Federal del Trabajo la cual contempla la figura del médico residente como trabajador y de la norma oficial mexicana norma NOM-001-SSA3-2012, en la cual este se contempla como becario, siendo esta última, la legislación aplicable de manera directa con los mismos. Dichas antinomias o contradicciones no son exclusivas únicamente de estos ordenamientos, puesto que, inclusive la suprema corte de justicia de la Nación se ha pronunciado de igual manera frente a dicha interrogante.

Por lo que frente a esta situación, el Estado, según lo mandado por el artículo primero de nuestra Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, de la aplicación de los fundamentales principios de la misma. Tal es el caso del principio *propersona*, contenido en su artículo primero párrafo tercero, el cual obliga a las autoridades a interpretar la norma buscando siempre la mayor amplitud de protección de los derechos humanos del individuo.

En otras palabras, al existir la disyuntiva de la situación jurídica de los médicos residentes, entre el hecho de clasificarlos propiamente como trabajadores o como becarios, la aplicación del principio *pro persona*, obliga a clasificarlos como trabajadores, puesto que esta condición permite una mayor amplitud en los derechos laborales de los médicos residentes. Situación que desembocaría en la necesidad de crear una nueva norma general para los mismos, que contenga los cambios pertinentes y acordes al paradigma de los derechos humanos.

Otro de los argumentos dentro de la presente en refuerzo de lo anterior, es duda el hecho de la clasificación de los residentes como trabajadores traería consigo la certidumbre jurídica de establecer una autoridad competente para

poder conocer las problemáticas que surjan dentro del desarrollo de la residencia médica, ya que hasta el momento la tesis 2a./J.2/2017 De la Gaceta de Semanario Judicial de la Federación de la décima época Tomo I 2013538 emitida por el pleno de la segunda sala, ha sido el único indicio del máximo órgano jurisdicción sobre la pronunciación de la situación jurídica de los médicos residentes como trabajadores, y por ende adscritos a las competencias de las Juntas de Conciliación y Arbitraje.

Por lo que al reconocerse el médico residente como trabajador, este se encontraría bajo los supuestos de procedimiento contemplados en la legislación laboral en caso de alguna falta o incumplimiento de sus funciones, eliminado de esta manera una de las principales causas de atropello a sus derechos, como lo es la falta de un procedimiento claro y cierto, que pueda funcionar como un verdadero instrumento coercitivo apegado a derecho y a los principios constitucionales. Ya que como se puede apreciar de manera directa a la lectura de los resultados de las entrevistas a los médicos residentes, las sanciones desproporcionales y en algunos casos arbitrarias, impuestas por los superiores jerárquicos a los residentes, quedarían eliminadas de la práctica, al existir un autoridad que se encargue de conocer de las mismas.

El método de selección: Como se ha visto en el desarrollo de la presente investigación, la problemática de las residencias médicas no únicamente se avoca al desarrollo de las mismas, sino esta comienza desde el método de selección de los médicos residentes, las diversas acusaciones en contra del ENARM, acusaciones sobre corrupción y venta del examen, es decir la principal tarea del mismo se ve entre dicho puesto que la función de este de ser un filtro fidedigno de las habilidades científicas de los aspirantes se ve comprometida al no poder afirmar que este sea un examen que pueda realizar su principal función de manera cabal. Este método de selección no puede representar el filtro de inducción a las residencias médicas, si no puede garantizar la transparencia de sí mismo. Pues este al tratarse de un método cuantitativo, deja de un lado uno de los aspectos más importantes de la profesionalización médica, el cual es la

vocación de la misma, así como aspectos de suma importancia que se requirieren para el desarrollo de la residencia médica, como lo es el liderazgo y aptitudes que se requirieren en virtud de la organización jerárquica de las mismas. Así pues este método cualitativo de selección también deja en segundo plano el desempeño académico del médico aspirante durante el transcurso de su carrera profesional, impidiendo esto la posibilidad de poder seleccionar a los mejores perfiles científicos investigativos, lo que contribuye a la poca producción médico científica del país.

Si bien es cierto que México debido a su densidad poblacional no puede emular de manera efectiva ni total el proceso de selección cubano, el cual tiene como estructura en un método más interactivo y meritocrático, que basa su decisión de ingreso en entrevistas y valoración de currículum académico, este método sí podría abonar a la expresión mexicana si se tomase como modelo de un porcentaje importante de los requisitos que se pidiesen para poder acceder a cursar una residencia médica en México, permitiendo así el ingreso de más aspirantes idóneos y con ello aliviar la carga de trabajo dentro de las instituciones de salud pública.

Propuestas

I. La necesidad de crear uno(s) nuevo métodos de selección más excluyentes y justos que permitan una mayor confianza en la transparencia de los resultados así como una evaluación más integral de las habilidades de los aspirantes a médicos residentes, de tal suerte que la apertura a la posibilidad de acceso al número real de médicos residentes que necesita el sistema de salud para su correcto funcionamiento.

II. Una de las principales causas de violación a los derechos humanos durante el desarrollo de las residencias médicas es la falta de normativa clara y precisa de sus derechos y obligaciones dentro de la institución donde prestan sus servicios, así como de sus horarios y cadena de mando dentro de la misma. En conjunto con lo anterior la doble clasificación de la calidad jurídica/laboral que presentan estos frente a la norma secundaria constitucional (Ley Federal del Trabajo) y la reglamentación de las residencias médicas es decir la (NOM-001-SSA3-2012), representa una de las principales problemáticas que desemboca en el ejercicio de una relación académica/laboral que excede por mucho lo permitido por la Constitución Federal. Así con la creación de un apéndice/fracción del apartado B) artículo 123 constitucional, tal y como hasta ahora se encuentra constituido de forma bicéfala, con un apartado A) y B), siendo el primero de estos la normatividad general laboral de las relaciones obrero-patronales, mientras que el apartado B) La generalidad de la normativa laboral de la relación de los trabajadores al servicio del estado. Constituiría un gran punto a favor de la certidumbre jurídica, académica y laboral de los médicos residentes. Y con ello los horarios a los que son sometidos los médicos residentes podrán de esta manera tener una mayor regulación en el sentido de que estas deberán de estar estrictamente ligadas con la base constitucional con relación a las normas laborales en armonía con las exigencias fácticas de la labor.

III. En consecuencia de lo propuesto con anterioridad, la creación de una normativa secundaria especializada en las relaciones laborales/académicas de los médicos residentes y los centros de salud donde prestan sus servicios, permitiría que las diversas y complejas problemáticas que se dan dentro del desarrollo de la residencia médica, pueda ser resuelta con un procedimiento con derechos *adjetivos* y *sustantivos* a pegados a derecho y al paradigma de los derechos humanos. Lo anterior en virtud de que, al darle solución a la problemática de la jerarquización del poder fáctica que se dá dentro de los hospitales, es decir la desproporcionalidad de autoridad con la que de facto se da entre los mismos médicos especialistas, situación que abona y agrava la situación dentro de los centros laborales de los médicos residentes, la normativa propuesta tendrá que contener la estructura deóntica de todas las normativas del neo constitucionalismo, con su apartado *Adjetivo* y su apartado *Sustantivo*, en el que se desarrollará de manera clara y precisa las facultades y potestades de cada uno de los agentes involucrados en la preparación y capacitación de los médicos residentes.

a. La clasificación amplia de los derechos y obligaciones de los médicos residentes, así como los supuestos y consecuencias normativas en las que se pueden incurrir y la pena clara y proporcional en caso de incurrir en incumplimiento de una obligación u omisión en su labor, a fin de poder eliminar el subjetivismo de proporción de castigos a los que son sometidos los médicos residentes.

b. La creación de un procedimiento *sumario* que permita resolver las controversias que se surjan con motivo del desempeño de la función de médicos residente, el cual se encuentre compuesto por mediadores o autoridades calificadoras expertas en la materia y ajenas al proceso de instrucción o enseñanza de las partes

involucradas, lo anterior en virtud del hecho de que gran parte de los abusos de autoridad o de la desproporcionalidad de las penas impuestas en caso de amonestación (castigo por guardias) no son denunciados debido a la demora de la resolución las controversias de esta naturaleza, ya que durante el transcurso de cualquier procedimiento contencioso, el médico residente usualmente es separado de su cargo, situación que genera que sean muy pocas las quejas formales de las situaciones que se lleguen a dar dentro del desarrollo de su formación profesional, por temor a ser separado de la función y la posibilidad de ser médico especialista.

Fuentes de información

Bibliografía

- ALEXY Robert. *Teoría de los Derechos Fundamentales*, Ed. CEC, 1993, p. 148 citado por Villabella Armegol Carlos. “Los derechos humanos”. Consideraciones teóricas de su legitimación en la Constitución cubana. 1ª ed. Editorial Felix Varela Cuba 2004 p. 325.
- Gasca González, Humberto. Crónica de la Facultad de Medicina (1950-1971)”, Facultad de Medicina UNAM ,Tomo I, México, 1997. p 203.
- Pozas Horcasitas, Ricardo. La democracia en blanco: el movimiento médico en México 1964-1965., Instituto de investigaciones Sociales (UNAM), Siglo XXI, México 1933. p. 180.
- Taylor, Bogan, R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. 3a. ed., *La búsqueda de los significados*. Ed. Paidós Básica, España, 2000. p. 101.
- Villabella Armegol, Carlos. Los derechos humanos. Consideraciones teóricas de su legitimación en la Constitución cubana. 1ª ed. Editorial Felix Varela Cuba 2004 p 293
-

Hemerografía

- Fernández Leal, Gustavo. “El fraude como norma en el ENARM”. *Periódico La Jornada*, México, sábado 15 de octubre, Opinión. <http://www.jornada.unam.mx/2011/10/15/opinion/016a1pol>
- Abreú Martín, Luis. Narrativa Médica en los 150 años de la Academia Nacional de Medicina en México 1era edit, México, CONRICYT, 2014, pp. 43. Citado por Domingo Vázquez, Francisco. Apuntes Históricos sobre la formación de médicos especialista en México desde la evolución educativa. *Investigación en Educación Médica, Facultad de Medicina*, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Número 26. Abril – Julio 2018, <http://riem.facmed.unam.mx/node/720>.
- Absolon KB. The Surgical School of Theodor Billroth. *Surgery* 1989Q:50:697 Citado por Quijano-Pitman, Fernando. “Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias”

Gaceta Médica de México. México, número 135, número 1, enero-junio de 2000, http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1999-135-1-73-76.pdf

Acosta Fernández, Marín. *Et al.*, “Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica” Investigación en Educación Médica. ScienceDirect, México, Volume 6, Julio-Septiembre 2017.

Blasco Hernández Teresa. *et. al.* 2008, “Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación, Nure investigación, Vol. 33, marzo-abril 2008. P. 16.

Carmona Davila, Doralicia. “Se organizan los médicos residentes e internos del sector salud” Memoria Política de México, México, número 1, 27 de Noviembre del 1964, <http://www.memoriapoliticademexico.org/Efemerides/11/27111964.html>

Cifras de la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos de la Salud (CIFRSH) 2017, de los médicos aspirantes aceptados a la residencia médica http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2017/E41_folio_sel_mex_2017.pdf

De la Garza Aguilar, Javier. “Reflexiones sobre la calidad de la carrera de medicina en México” *Gaceta Médica de México*, Vol. 141, No. 2. México, Abril-julio, 2005. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000200008&lng=es&nrm=iso

Dirección de servicios de Investigación y análisis. Subdirección de referencia especializada. Informes presidenciales, 1er informe de Gustavo Díaz Ordaz, <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/re/RE-ISS-09-06-13.pdf>

García, Jesús. “La Educación médica en la América Latina” *Organización Panamericana de la Salud*. 1972 (Publicación científica) Citado por De la Garza Aguilar, Javier. “Reflexiones sobre la calidad de la carrera de medicina en México” *Gaceta Médica de México*, México, Vol. 141, No. 2, Abril-julio 2005.

García Archundia, Abel “El movimiento médico de 1964-1965”. *Revistas de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. México, Vol 16, núm 1, enero-marzo, 2011, p. 29. <http://www.redalyc.org/pdf/473/47322865006.pdf>
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000200008&lng=es&nrm=iso

H. Rivera Reyes Héctor. “Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988”. *Revista Médica del Hospital General de México*, SS.

México, Vol. 70 Núm 1, Enero-Marzo, 2007, p. 43
<http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2007/hg071h.pdf>.

Hernandez Sampieri, Roberto et. al *Metodología de la investigación*. Mac Graw Hill, 5ta E.d, México, 2010, p. 6.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S200750571630076X>

Maldonado Díaz, Israel “ENARM, ¿una prueba que carece de credibilidad? *Saludario el medio para médicos*. México. Número 1, Enero-Junio. 2017.
<http://saludario.com/enarm-un-historial-de-fraude/>

Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en la educación. 3a ed. México: Trillas; 1998. pp. 65-68

Nuevo Reglamento de la División de Estudios Superiores de Medicina. Gaceta de la Universidad. Vol XI. Núm. 48, 21 de diciembre de 1964
<http://www.acervo.gaceta.unam.mx/index.php/gum60/article/view/4215/4214?21>.

Ortiz Monasterio, Fernando. “Cincuenta años del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General de México” Crónica de una aventura. *Revistas Biomédicas Latinoamericanas*. México, Número 2, Vol.14, mayo-agosto 2004.p.64
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=24565&id_seccion=177&id_ejemplar=2526&id_revista=37.

Pérez Velásquez, Leora. “Afrontando la residencia médicas: depresión y burnout” *Gaceta Médica de México*, México, número 149 enero – junio 2013.
https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n2/GMM_149_2013_2_183-195.pdf

Quijano-Pitman, Fernando. “Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias” *Gaceta Medica de México*. México, número 135, enero-junio de 2000,
http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1999-135-1-73-76.pdf

Reglamento de la División de Doctorado de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ciudad Universitaria. 1959,
<http://abogadogeneral.unam.mx/PDFS/COMPENDIO/151-6.pdf>

Rivera, Reyes. *Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México*. Revista Médica del hospital general de México, Año 2007, No. 1, enero-abril 2008. <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=12487>

Secretaría de Salud Pública. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, *Portal Electronico de la (CIFRHS)*,
<http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/antecedentes.pdf>.

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector salud, Comité de Posgrado y Educación continua. “Puntajes Máximos y Mínimos” Plazas de Médicos residentes
Civiles (R-1)
http://cifrhs.salud.gob.mx/2011_enarm/e35_resultados_puntajes_mex.html.

Tapia Acuña R. Otorrinología. En Valdés C (coordinador). *Especialidades medicas en México. Pasado,presente y futuro*. Vol. 2: 181-195. En Soberón G. Jumate J,

Laguna J (compiladores). La salud en México. Testimonios de 1988. México. Secretaria de Salud Instituto Nacional de Salud Pública, El colegio Nacional, Fondo de cultura Económica, 1989.

VAN DER STUYFT Patrick; DE VOS Pol. The relationship among the various care levels is a key health determinant Rev Cubana Salud Pública v.34 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2008 versión On-line ISSN 1561-3127

Vázquez Martínez, Francisco. "Apuntes históricos sobre la formación de médicos especialistas en México desde la evolución educativa". *ScienceDirect Investigación en Educación Médica*, México, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. México Vol.1.Diciembre-Marzo 2017. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505717301746>.

Velázquez, Edmundo. *Médico, compañero de la pediatra que se suicidó confirma acoso de superiores en el hospital público de Puebla*. "sin embargo periodismo digital con rigor. 40 comentarios. Puebla, 23 de Mayo del 2018. Disponible en <http://www.sinembargo.mx/23-05-2018/3421426>

Viayra Ramírez, Mariana "Suspende SSA Examen Nacional para Residencias Médicas; aspirantes pagaban \$80 mil por la prueba; doctores cuentan cómo se las ofrecían" *Periódico Crónica*". México, Lunes 11 de abril del 2016

Legislación

Gaceta Oficial de la República de Cuba. Consejo de Ministros. Reglamento de la Ley de Salud Publica Edición Ordinaria, La Habana, Lunes 22 de Febrero de 1988, año LXXXVI

Gobierno de la Réplica Mexicana "Reportes académicos; Médicos inscritos, sustentantes, seleccionados y resultados por escuela o facultad de medicina". CIFRHS, México, 2001-2016 http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/reportes_00.html